

Prosjektplan oppsummert Akuttmedisinsk kjede- gjennomføringsfasen



1.0 Oppsummering	5
2.0 Leveranser	6
2.1 Delprosjekt 1: Felles kompetanse	6
Oppsummering hospitering	6
Oppsummering samtrening	6
Oppsummering mulighetsstudie felles prosedyreportal	7
2.2 Delprosjekt 2: Digitale løsninger	7
Oppsummering Video- og bildeteknologi	7
Oppsummering Kjernejournal (KJ)	7
Oppsummering Felles digital kurve	8
2.3 Delprosjekt 3: Behandlingsforløp	8
Oppsummering. Innføring av standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten	8
Oppsummering. Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie	8
Oppsummering. Forenkle forløp - hoppe over ledd	9
Oppsummering. Gjennomføre mulighetsstudie akuttambulerende team	9
3.0 Utestående arbeid	9
3.1 Delprosjekt 1	9
3.2 Delprosjekt 2	10
3.3 Delprosjekt 3	10
4.0 Gevinstrealisering	11
5.0 Risiko og tiltak	11
6.0 Økonomi og ressurser	12
7.0 Vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA)	12
8.0 Erfaringer og utfordringer fra gjennomføringsfasen	13
9.0 Deltakere i gjennomføringsfase	14

10.0 Vedlegg _____	14
Vedlegg 1: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 1- Felles kompetanse _____	14
1.1 Oppsummering hospitering _____	16
1.2 Oppsummering samtrening _____	16
1.3 Oppsummering mulighetsstudie felles prosedyreportal _____	16
2.0 Leveranser _____	16
2.1 Hospitering _____	17
2.2 Samtrening _____	18
2.3 VR-simulering _____	18
3.0 Utestående arbeid _____	18
4.0 Gevinstrealisering _____	19
4.1 Hospitering _____	19
4.2 Samtrening _____	20
5.0 Risiko og tiltak _____	21
6.0 Økonomi og ressurser _____	21
7.0 Evaluering av gjennomføringsfase _____	22
7.1 Erfaringer fra arbeid med pilotene: _____	22
7.2 Læringspunkter / Hva kunne vært gjort annerledes: _____	22
Vedlegg 2: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 2 -Digitale løsninger _____	23
2.0 Oppsummering delprosjekt 2 _____	23
2.0.1 Oppsummering Video- og bildeteknologi _____	24
2.0.2 Oppsummering Kjernejournal (KJ) _____	24
2.0.3 Oppsummering Felles digital kurve _____	24
2.1 Leveranser _____	24
2.1.1. Videopilot _____	24
2.1.2 Kjernejournal _____	26
2.2 Utestående arbeid _____	27
2.2.1 Video: _____	27
2.2.2 Kjernejournal: _____	27
2.3 Gevinstrealisering _____	28

2.3.1 Video- og bildeteknologi	29
2.3.2 Kjernejournal (KJ)	30
Felles digital kurve	31
Framdriftsplan	31
2.5 Risiko og tiltak	32
2.6 Økonomi og ressurser	33
Økonomisk status for Delprosjekt 2:	33
2.7 Vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA)	34
2.8 Evaluering av gjennomføringsfase	34
2.8.1 Erfaringer fra videopilot:	35
2.8.2 Erfaringer fra arbeid med Kjernejournal:	35
2.8.3 Læringspunkter / Hva kunne vært gjort annerledes:	35
2.9 Deltakere i gjennomføringsfase	36
Vedlegg 3: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 3- Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre	37
2.0 Oppsummering delprosjekt 3	37
Underaktivitet	37
Gjennomført	37
Videre anbefaling	37
Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjenesten	38
Forenkle forløp -hoppe over ledd	38
Gjennomføre mulighetsstudie, akutt ambulant team	38
2.1 Oppsummering. Innføring av standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten	38
2.2 Oppsummering. Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie	39
2.3 Oppsummering. Forenkle forløp -hoppe over ledd	39
2.4 Oppsummering. Gjennomføre mulighetsstudie i forhold til akuttambulerende team	39
3.0. Leveranser	39
3.1 Innføre standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten	39
3.2 Behandlingsplan	40
3.4 Forenkle forløp -hoppe over ledd	41
3.5 Mulighetsstudie i forhold til akuttambulerende team	42

4.0 Gevinster	42
4.1 Innføring av standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten	43
4.2 Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie	44
4.3 Forenkle forløp -hoppe over ledd	44
4.4 Ambulerende team	45
5.0 Framdriftsplan	46
5.1 Oppsummering	46
5.2 Risiko og tiltak	46
5.3 Økonomi og ressurser	46
5.4 Evaluering av gjennomføringsfase	47
5.5 Deltakere i gjennomføringsfasen	47

1.0 Oppsummering

Prosjektet har nå avsluttet gjennomføringsfasen. Det er gjort omfattende pilotering i den akuttmedisinske kjeden i Agder, og man har etablert et godt erfaringsgrunnlag i de ulike delprosjektene.

Prosjektledelsen anbefaler en videreføring til en avslutningsfase, blant annet med tilhørende anbefalinger og evalueringer fra delprosjektene. Prosjektet har en sunn økonomi og har tilstrekkelig midler til avslutningsfasen.

Prosjektet gjennomførte en workshop i juni 2024. Her identifiserte vi behov og muligheter innenfor det akuttmedisinske ansvarsområdet der fornyet samhandling relativt raskt kan gi bedre forløp, økt kvalitet og pasientsikkerhet, basert på prosjekterfaringene så langt.

Det ble gjennomført en prioritering av tiltak basert på følgende:

1. Effekt

- Bedre behandlingsforløp
- Redusert behov for ressursinnsats
- Starte behandling før pasient kommer til sykehus
- Behandle pasienten på riktig nivå, og sikre at pasienten ikke innlegges dersom forventet helsegevinst er liten

2. Evne til å gjennomføre 'relativt raskt'

Det er ikke angitt hva man legger i uttrykket «relativt raskt», men samarbeidsutvalget har lagt til grunn at man prioriterer de områder som man anser kan gi resultat på kortest mulig tid (fra styringsdokument/prosjektbeskrivelse).

I dette arbeidet ble følgende underaktiviteter prioritert, med høyest effekt og størst grad av gjennomføringsevne:

1. **Samtrening:** Innføre bruk av VR i simulering på tvers av sykehus og kommuner.
2. **Videooverføring** tilgjengelig mellom legevaktleger og ambulanser i hele Agder. Mulighet for videre utvikling av løsning for påkobling av spesialister, f.eks. nevrolog eller barnelege.
3. **Akuttsekk** Alle biler i hjemmesykepleien på Agder har tilgang til og kan benytte målinger, på

en slik måte at samhandling og observasjoner av pasient bidrar til økt pasientsikkerhet.

Prosjektet så videre på hvilke suksessfaktorer som må på plass for å lykkes med underaktivitetene. En tydelig fellesnevner er behovet for en dedikert **koordinerende rolle i den akuttmedisinske kjede** i Agder som jobber på tvers av tjenestene. Dette vil kunne bidra til bedre koordinering og kommunikasjon mellom aktørene, og sikre erfaringsoverføring fortløpende i den akuttmedisinske kjede, samt tilhørende pågående og fremtidige prosjekter. Samtidig vil koordinatoren(e) kunne holde seg oppdatert på fagfeltet som er i stadig utvikling, og bidra med undervisning og støtte til aktuelt helsepersonell og derigjennom bidra til en mer effektiv og sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste i Agder.

2.0 Leveranser

Prosjektet skal levere resultater innenfor tre hovedområder (delprosjekter) med tilhørende underaktiviteter. Piloter og aktiviteter har vært fordelt geografisk mellom ulike områder i Agder for best mulig erfaringsinnhenting og ressursutnyttelse.

2.1 Delprosjekt 1: Felles kompetanse

Oppsummering hospitering

Prosjektet har pilotert intern hospitering i kommunehelsetjenesten mellom legevakt, hjemmesykepleie og KØH i Arendal kommune.

Foreløpig konklusjon hospitering

Intern hospitering bidrar til å dele kunnskap om hverandre, og kan bidra til økt tillitt mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede.

Oppsummering samtrening

Samtrening

Prosjektet har pilotert simulering på Evje. Det ble gjennomført med 2 case

Deltakere i case 1: AMK, ambulanspersonell og ansatte i hjemmesykepleie

Deltakere i case 2: ambulanspersonell, fastlege, legesekretær og ansatte i korttidsopphold.

Foreløpig konklusjon samtrening

Simuleringen på Evje viste at det var et gjennomgående ønske om bedre kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede. Simulering på tvers av forvaltningsnivåene kan bidra til økt pasientsikkerhet i tillegg til økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede.

[VR-simulering](#)

Prosjektet har pilotert VR-simulering i ambulansetjenestene på Evje og Bygland og i hjemmesykepleien i Vanse og Farsund.

Foreløpig konklusjon VR-simulering

Det ble gjennomført trening på bruk av ISBAR-metodikk, og piloten viser at VR-simulering kan bidra til bedre pasientforløp og kompetanseheving på en effektiv måte.

[Oppsummering mulighetsstudie felles prosedyreportal](#)

Konklusjon mulighetsstudie felles prosedyreportal: Det har ikke vært mulig med ressurser tilgjengelig i prosjektperioden å gjennomføre mulighetsstudiet. Underaktiviteten er planlagt gjennomført høsten 2024.

[2.2 Delprosjekt 2: Digitale løsninger](#)

[Oppsummering Video- og bildeteknologi](#)

Video som beslutningsstøtte mellom ambulanspersonell og legevaktlege er pilotert i Kristiansand og Lillesand.

Foreløpig konklusjon videopilot: Video er et nyttig supplement i pasientbehandlingen, som kan bidra til bedre behandlingsforløp og redusere behov for ressursinnsats. En ny gjennomgang av erfaringene fra videopiloten er nødvendig før endelig konklusjon ift. videobruk mellom ambulanse og legevaktlege i Agder foreligger.

[Oppsummering Kjernejournal \(KJ\)](#)

Kjernejournal er et nyttig verktøy for samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede i Agder, men benyttes i varierende grad. Prosjektet har understøttet implementering i

kommunene i Agder ved å utarbeide en felles anbefalt prosedyre for bruk av KJ.

Konklusjon Kjernejournal: Det bør satses på å understøtte videre implementering og bruk av KJ i Agder, med mål om å ta i bruk ny funksjonalitet fortløpende (behandlingsavklaringer, pasientens legemiddelliste m.m.), avhengig av nasjonale leveranser.

Oppsummering Felles digital kurve

På grunn av kompleksiteten i dagens IKT-løsninger (mange EPJ-systemer og manglende integrasjoner), samt flere pågående IKT-prosjekter i ulike deler av den akuttmedisinske kjede vil arbeid med en felles digital kurve være tilhørende komplekst og utenfor prosjektets rammer.

Konklusjon Felles digital kurve: Delprosjektet har initiert og understøttet arbeid med å ta i bruk bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) for overføring av målinger utført i primærhelsetjenesten, legemiddelliste, samt annen relevant skriftlig dokumentasjon.

2.3 Delprosjekt 3: Behandlingsforløp

Oppsummering. Innføring av standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten

Innføring av akuttkoffert i hjemmetjenesten er gjennomført i to avdelinger ved Grim i Kristiansand kommune og i Hægebostad kommune.

Konklusjon akuttsekkprosjekt: Tilgang til akuttsekk kan bidra til mer effektive behandlingsforløp, mindre ressursinnsats og økt kvalitet i pasientbehandling. Evaluering i Q3 og Q4 vil angi videre anbefaling.

Oppsummering. Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie

Prosjektet har pilotert behandlingsplan ved hjelp av OBSplan.com. Piloteringen er gjennomført i Arendal kommune av fastlege. Fastlegen har gjennomført behandlingsplan på egne listepasienter.

Konklusjon behandlingsplan: Prosjektgruppen vil i løpet av evalueringsperioden, vurdere videre anbefaling vedrørende implementering av OBSplan eller tilsvarende strukturert behandlingsplan.

Oppsummering. Forenkle forløp - hoppe over ledd

Underaktiviteten er ikke gjennomført i henhold til målsetning om å forenkle forløp for pasienter med mistanke om hoftebrudd.

Konklusjon Forenklede forløp: Det har ikke vært mulig med ressurser tilgjengelig i prosjektperioden å gjennomføre en rutineendring for pasienter med mistanke om hoftebrudd.

Oppsummering. Gjennomføre mulighetsstudie akuttambulerende team

Prosjektgruppen avklarte tidlig med styringsgruppen at akuttambulerende team ikke var hensiktsmessig tilnærming for pasientgruppen kronisk syke og skrøpelige eldre. Fokuset ble rettet mot det å kunne utnytte ny kompetanse hos avansert kliniske sykepleiere tilknyttet legevakt for å sikre bedre oppfølging av aktuelle pasientgruppe, med mulighet for ambulerende tjenester.

Konklusjon ambulerende team: Det kan være hensiktsmessig å se videre på ulik organisering for å sikre kvalitativ oppfølging av aktuelle pasientgruppe.

3.0 Utestående arbeid

3.1 Delprosjekt 1

Hospitering og samtrening

- I evalueringsfasen vil arbeidsgruppen se nærmere på erfaringene til deltakerne i pilotene vha. spørreskjema og/eller intervjuer.
- Endelig konklusjon vil foreligge når dette arbeidet er ferdigstilt, innen utgangen av Q4 2024.
- Linjen må beslutte om løsningen bør innføres permanent og breddes, eller om ev. andre løsninger bør piloteres/benyttes.

Mulighetsstudie felles prosedyreportal

Det er viktig at leddene i samhandlingskjeden har kjennskap til hverandres prosedyrer. Dette vil også være med på å fremme kunnskap om hverandres arbeid, og skape forståelse for

hverandres forutsetninger i hverdagen. Mulighetsstudie blir gjennomført høsten 2024.

3.2 Delprosjekt 2

Video:

I evalueringsfasen vil arbeidsgruppen se nærmere på erfaringene til brukerne av videoløsningen vha. spørreskjema og/eller intervjuer.

Endelig konklusjon vil foreligge når dette arbeidet er ferdigstilt, innen utgangen av Q4 2024.

Linjen må beslutte om løsningen bør innføres permanent og breddes, eller om ev. andre løsninger bør pilotes/benyttas.

Kjernejournal:

Utestående arbeid – til evalueringsfasen:

- Innhenting av informasjon om bruk av anbefalt prosedyre for KJ fra alle kommunene i Agder, samt innspill og erfaringer fra kommunene.
- Innhenting av tall fra Norsk Helsenet på bruk av KJ i Agder til sammenligning med tall fra planleggingsfasen.
- Legekonferansen 2025 – deltakelse og innlegg med informasjon om KJ – status implementering og muligheter i akuttmedisinsk kjede i Agder.

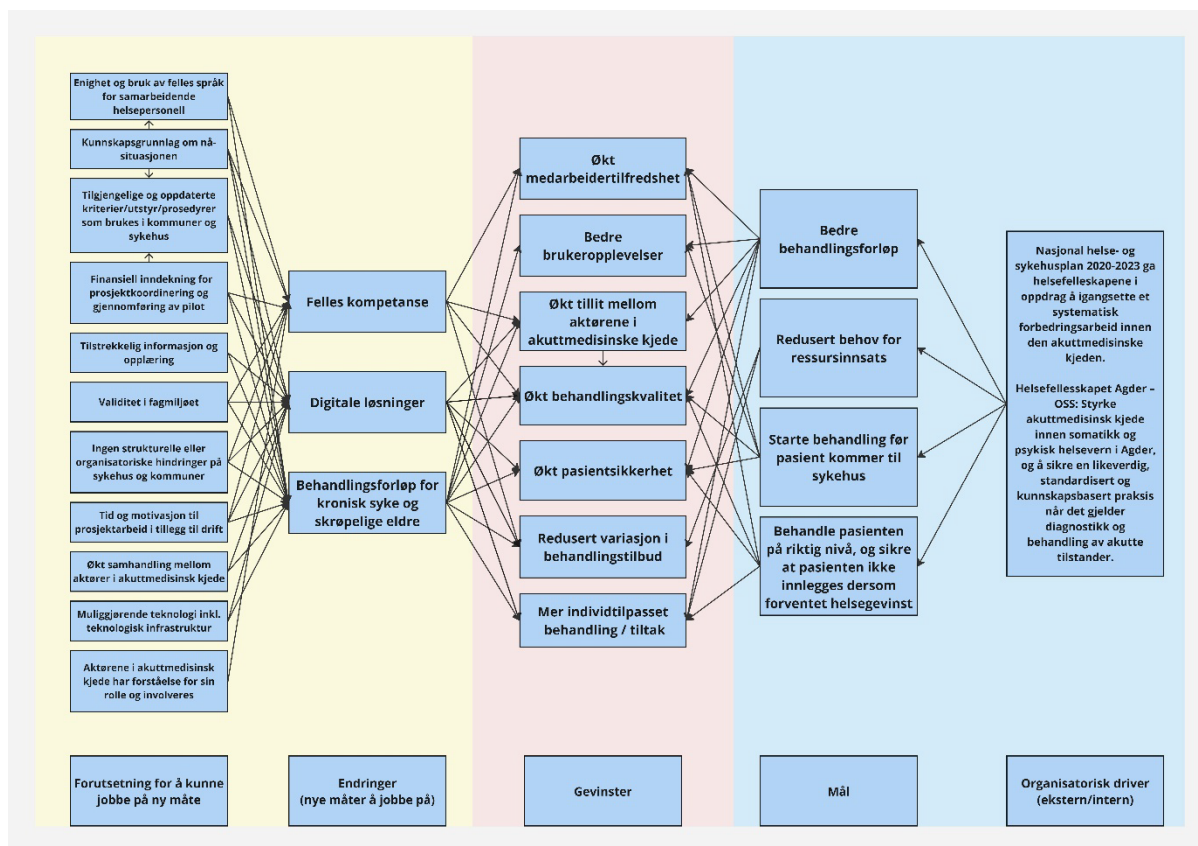
Prosjektet har også identifisert en mulighet som ikke benyttes i Agder og bør sees videre på utenfor pågående prosjekt; bruk av Psykiatrisk behandlingsplan i KJ. Det har ikke vært kapasitet til å gå videre inn i dette innenfor prosjektets rammer.

3.3 Delprosjekt 3

I evalueringsfasen vil prosjektgruppen analysere og evaluere resultater fra de ulike underaktivitetene.

- Det er gjennomført en evaluering via forms hos pilotdeltakerne i akuttsekkprosjektet, denne skal analyseres slik at prosjektet kan gi en samlet anbefaling.
- Bearbeiding av evaluering av OBS-plan. I det videre må det utarbeides en prosedyre som kommunene kan tilpasse til egen drift.

4.0 Gevinstrealisering



Prosjektet har identifisert fem hovedgevinster: økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden, økt behandlingskvalitet, økt pasientsikkerhet, redusert variasjon i behandlingstilbudet, og mer individtilpasset behandling. Bruk av video- og bildeteknologi mellom ambulanspersonell og leger forbedrer situasjonsforståelsen og tilpasser behandlingen til den enkelte pasient. Samtrening gjennom simulering av akuttmedisinske situasjoner gir helsepersonell mulighet til å øve på kritiske ferdigheter, noe som styrker samarbeidet og øker tilliten. Standardiserte akuttkofferter og NEWS2-systemet sørger for raskere, tryggere vurderinger, mens behandlingsplaner i sykehjem og hjemmesykepleie kan bidra til å redusere unødvendige innleggelser.

5.0 Risiko og tiltak

Prosjektet har identifisert diverse risikoer av ulik størrelse og konsekvens. De mest relevante er:

- Tilstrekkelig informasjon og opplæring

- Validitet i fagmiljøet
- Finansiell inndekning for gjennomføring av pilot
- Strukturelle eller organisatoriske hindringer blant involverte aktører
- Tid og motivasjon til prosjektarbeid i tillegg til drift
- Teknologisk infrastruktur
- Overføring av innsikt og struktur i overgangen fra prosjekt til drift.

Det jobbes aktivt i prosjektet for å imøtekomme disse forutsetningene.

6.0 Økonomi og ressurser

Saldo pr 1.9.24: + Kr 1 091 000 (kr 350 000 investeringsmidler fra SSHF).

Prosjektet fikk tildelt investeringsmidler fra SSHF på kr 350 000 juni 2024.

Prosjektet har en sunn økonomi og vil legge frem et budsjett i sluttrapporten på anbefalt fordeling av resterende midler. Utgiftene i delprosjektene har blitt mindre enn forventet, da valgte løsninger kostet mindre enn estimert.

Estimert behov for avslutningsfasen:

Prosjektkoordinator 30 % t.o.m des 24	250 000,-
Delprosjekt 1 ihht plan	50 000,-
Delprosjekt 2 ihht plan	50 000,-
Delprosjekt 3 ihht plan	50 000,-

SUM ESTIMERT FORBRUK **400 000**

SUM ESTIMERT UNDERFORBRUK PR 01.09.24 **691 000**

7.0 Vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA)

I forbindelse med forberedelser til Videopilot ble personvernombud og systemansvarlige fra både Kristiansand kommune og SSHF involvert. Det ble konkludert med at full DPIA gjennomgang ikke var nødvendig, men med tanke på videreføring og/eller fremtidig bruk av videoteknologi ble DPIA arbeid prioritert, og brukerrepresentant involvert.

Egen ROS-analyse ble også gjennomført i samarbeid med personvernombud og systemansvarlige i forbindelse med videopilot.

Involvering av NHN ifm. utarbeidelse av KJ-prosedyre bidro til kvalitetssikring av den nye anbefalte prosedyre for bruk av KJ.

8.0 Erfaringer og utfordringer fra gjennomføringsfasen

Nedenfor listes opp punkter som har utpekt seg når det gjelder erfaringer fra de ulike delprosjekt i gjennomføringsfasen:

Ressurser

- **Inkludering av alle aktører** er ressurskrevende og vanskelig pga. begrensede ressurser og mangel på stabile fagressurser (nødvendig å frikjøpe tid).
- Behov for **dedikerte "ildsjeler"** på arbeidsplasser som kan frigjøres til prosjektarbeid.
- Det har vært **krevende å sikre deltakelse** i flere delprosjektgrupper.
- **Manglende kontinuitet og utskifting** av prosjektdeltakere bidrar til økt merarbeid for delprosjektledere.

Engasjement og omfang

- **Stor vilje og ønske** om å få til gode løsninger på tvers av aktører.
- **Komplekst område** som er vanskelig å holde kontinuerlig oversikt over.

Deltakelse og forankring

- **Ledelsesforankring** som prioriterer avsatt tid til prosjektarbeid, er essensielt for fremdrift.

Teknologi

- **Innføring av teknologi mellom forvaltningsnivåer** krevde involvering av mange aktører, og mye tid gikk med til å få på plass nødvendige formalia.

Koordinering og prosedyrer

- **Stabil prosjektledelse og koordinering** er nødvendig for kontinuitet og fremdrift.

- **Krevende å etablere strukturer** på tvers av aktører og sikre kontinuitet i prosessene.
- **Behov for koordinerende roller** som kan støtte på tvers av ulike aktører.
 - o Tilfeldige samarbeidsstrukturer uten helhetlig koordinering har vært en barriere for effektiv fremdrift.

9.0 Deltakere i gjennomføringsfase

Delprosjektens deltakere finner man en oversikt over i de vedlagte delprosjektplanene. I tillegg har FSU Faglig samarbeidsutvalg for den akuttmedisinske kjede i Agder fungert som prosjektlederinstans, og kommet med innspill underveis i prosessen.

10.0 Vedlegg

1. Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 1- Felles kompetanse
2. Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 2 -Digitale løsninger
3. Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 3 Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre

Vedlegg 1: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 1- Felles kompetanse

1.0 Oppsummering delprosjekt 1

Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av erfaringene fra gjennomføringsfasen. Kommentarer til anbefalingene følger nedenfor i pkt. 2.0 «Leveranse».

Delprosjektet Felles kompetanse består av 3 underaktiviteter, på bakgrunn av erfaringene fra gjennomføringsfasen (se kap.2.0 «leveranse») med følgende anbefalinger:

I gjennomføringsfasen har to underaktiviteter blitt prioritert, hospitering og samtrening:

Underaktivitet	Gjennomført	Videre anbefaling
----------------	-------------	-------------------

<p>1. Hospitering</p>	<p>Pilot på intern hospitering mellom fagutviklere i hjemmesykepleie, legevakt og KØH i Arendal kommune</p> <p>Kartlagt pågående piloter som gjennomføres på SSHF/Flekkefjord kommune på hospitering</p>	<p>Evalueringsarbeid Q3 og Q4, blant annet med spørreskjema og intervjuer til fagutviklere</p> <p>Evaluering vil gi innsikt i erfaringer og om den piloterte hospiteringen eller tilsvarende løsning kan og bør innføres og ev. breddes i Agder.</p>
<p>2. Samtrening</p>	<p>Simulering med ambulansepersonell, AMK kommunehelsetjeneste, fastlegekontor i Evje</p> <p>VR-simulering med ambulansepersonell (Evje og Bygland) og hjemmesykepleien (Farsund)</p>	<p>Simulering på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste settes i system</p> <p>VR-opplæring implementeres som opplæringsmetode på Agder</p> <p>Evalueringsarbeid Q3 og Q4, blant annet med spørreskjema og intervjuer til deltakerne.</p> <p>Evaluering vil gi innsikt i erfaringer og om den piloterte simuleringen eller tilsvarende løsning kan og bør innføres og ev. breddes i Agder.</p>

3. Mulighetsstudie felles prosedyreportal	Ikke gjennom pdd	
---	------------------	--

1.1 Oppsummering hospitering

Prosjektet har pilotert intern hospitering i kommunehelsetjenesten mellom legevakt, hjemmesykepleie og KØH i Arendal kommune

Foreløpig konklusjon hospitering

Intern hospitering bidrar til å dele kunnskap om hverandre, og kan bidra til økt tillitt mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede.

1.2 Oppsummering samtrening

Prosjektet har pilotert simulering på Evje mellom AMK, ambulanspersonell og hjemmesykepleie og ambulanspersonell, fastlegekontor og korttidsopphold. Prosjektet har pilotert VR-simulering i ambulansen på Evje og Bygland og i hjemmesykepleien i Vanse og Farsund.

Foreløpig konklusjon samtrening

Simuleringen på Evje viste at det var et gjennomgående ønske om bedre kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede.

Foreløpige funn viser at VR-simulering kan bidra til økt pasientsikkerhet og kompetanseheving på en effektiv måte.

1.3 Oppsummering mulighetsstudie felles prosedyreportal

Konklusjon mulighetsstudie felles prosedyreportal: Det har ikke vært mulig med ressurser tilgjengelig i prosjektperioden å gjennomføre mulighetsstudiet.

Underaktiviteten er planlagt gjennomført høsten 2024.

2.0 Leveranser

Delprosjektet har levert etter plan jfr. besluttede underaktiviteter.

Pilotering av hospitering og samtrening ble prioritert i gjennomføringsfasen, og arbeidet beskrives i følgende underpunkter 2.1 og 2.2.

2.1 Hospitering

Gjensidig hospitering er en etablert ordning mellom Sørlandet sykehus og kommuner på Agder. Prosjektgruppen valgte å pilotere intern hospitering i den akuttmedisinske kjede for å bidra til innsikt i det interne pasientforløpet.

Hensikten med hospiteringen var å få kjennskap til hverandres organisering og arbeidsmåter som påvirker samhandlingen. Formålet var at en gjennom hospiteringen kan oppdage forbedringsområder i egen tjeneste som kan bedre samhandlingen i møte med annen tjeneste. Ved å innføre hospitering internt i kommune og sykehus vil en bidra til å styrke fokuset på at alle er deler av den akuttmedisinske kjede.

I arbeidet med piloteringen kartla prosjektet arbeidet som gjøres i Flekkefjord. SSHF har tildelt kompetansemidler til blant annet hospitering i 2024 for ansatte i døgneheter. De har planlagt at i løpet av høsten 2024 skal ca 80% av de ansatte i akuttmottaket hospitere en dag hver fordelt på følgende avdelinger: Medisinsk sengepost, anestesi, intensiv, ambulansen, føden, onkologisk enhet, medisinsk poliklinikk og akuttmottaket SSK og SSA. Jeg tenker nok at gjennom denne ordningen vil dekke ønsket/behovet for hospitering.

I akuttmottaket har de også flere ansatte i kombistillinger mellom akuttmottaket og medisinsk poliklinikk og intensiv, som også gir en samhandlingsgevinst. I tillegg har de det pågående samhandlingsprosjektet mellom SSF og Flekkefjord kommune. De har nå en sykepleier som jobber på medisinsk sengepost og hospiterer i akuttmottaket en dag i uka og en sykepleier nr 2 som jobber i hjemmesykepleien i Flekkefjord og hospiterer på sykehjem en dag i uka. Prosjektet hadde oppstart 8. januar 2024 og er i kartleggingsfasen der de jobber med å identifisere forbedringsområder i samhandlingen. Høsten 2024 bytter disse sykepleierne arbeidssted og da vil vi høste ytterligere gevinst ift samhandlingen og kompetanseoverføring mellom sykehuset og kommunen

Erfaringene deres med hospitering og kombi-stillinger er så langt gode. De jobber blant annet med case på innleggelse/utskrivelsesrapporter på tvers for å belyse hva som er viktig for den andre parten når de mottar pasienten. I tillegg ser de at det å ha en så lang periode (6 mnd) med hospitering 1 gang pr uke gir en mye bedre forståelse for hverandres arbeidshverdag, det fører til at den som hospiterer får mange spm fra hospiteringsstedet og hvordan ting fungerer hos de, og de har ulike måter å ta det med tilbake til arbeidsplassen sin på.

På bakgrunn av dette har prosjektet valgt å ikke gjennomføre pilot i spesialisthelsetjenesten, men ta med oss erfaringene de gjør seg i evalueringsrapporten av dette delprosjektet.

For å velge ut hvor den kommunale hospiteringen skulle piloteres sendte vi ut et informasjonsskriv. Arendal kommune meldte interesse.

- Prosjektet har pilotert intern hospitering i kommunehelsetjenesten mellom legevakt, hjemmesykepleie og KØH i Arendal kommune.
- Tett dialog med fagutviklere på de reseptive enhetene for å jobbe frem læringsmål og planen for hospiteringen
- Piloten ble gjennomført i aug-sep 2024.

2.2 Samtrening

Det ble gjennomført simulering på Evje i mars 2024. Prosjektgruppen utarbeidet 2 case og Evje kommune stilte selv med fasilitatorer og fikk støtte til gjennomføring av USHT. Piloten ble gjennomført i simuleringsrommet på Evjeheimen.

Erfaringer fra piloten:

- Læringsmålene var tydelige og enkle å forstå på tvers av alle instanser.
- Scenarioene ble vurdert som relevante og nyttige for arbeidssituasjonen.
- Deltakerne fra hjemmesykepleien og sykehjemmet fikk økt bevissthet om ambulansetjenestens arbeidsmetoder og informasjonsbehov, spesielt rundt bruken av NEWS2-systemet.
- Det var et gjennomgående ønske om bedre kommunikasjon og samarbeid mellom ambulanse, sykehjem og hjemmesykepleie.
- Viktigheten av nærmere vurdering (clooselup) og dialog rundt ABCDE-kartlegging ble fremhevet.

2.3 VR-simulering

Det ble gjennomført pilot i hjemmesykepleien i Farsund (Farsund og Vanse) og ambulansetjenesten i Setesdal (Evje og Bygland). Det ble gjennomført felles opplæring for ressurspersoner med praktiske øvelser.

Deltakerne forpliktet seg til:

- Pilotere VR-simulering med fokus på ISBAR som kommunikasjonsverktøy

Prosjektgruppen inngikk en avtale om bruk av VR-briller i 6 mnd med et firma som kunne levere komplett opplæringspakke (NEWS2, observasjonskompetanse og ISBAR). Dette gav oss muligheten til å kartlegge hvordan det ble opplevd å bruke VR-briller som opplæringsform.

- Foreløpige funn viser at VR-simulering kan bidra til økt pasientsikkerhet og kompetanseheving på en effektiv måte

3.0 Utestående arbeid

Hospitering og samtrening

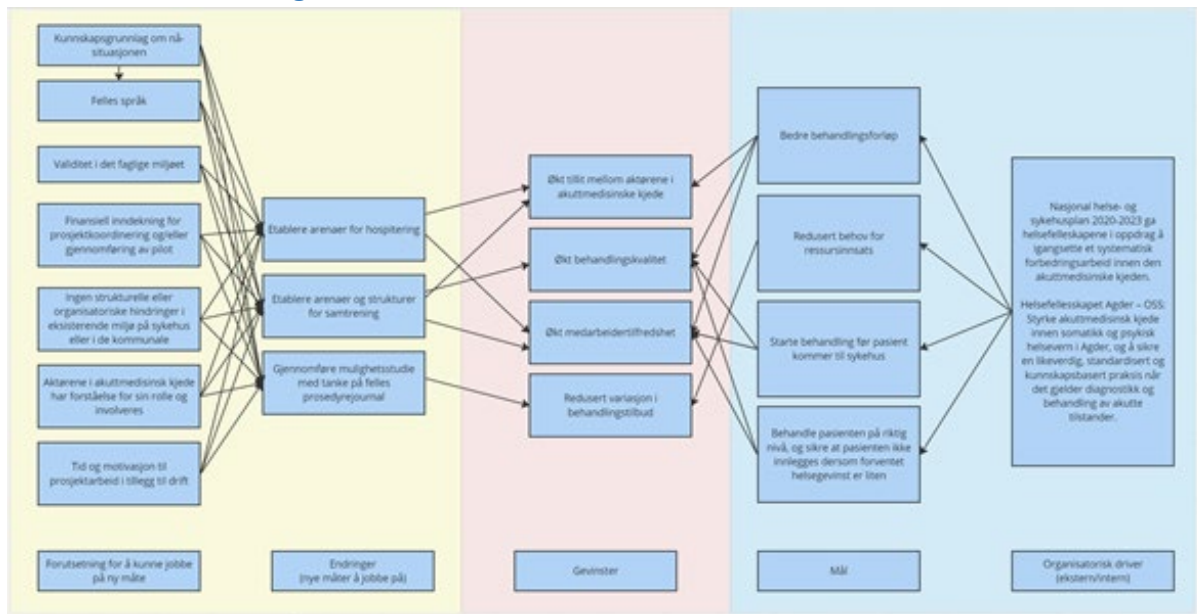
- I evalueringsfasen vil arbeidsgruppen se nærmere på erfaringene til deltakerne i pilotene vha. spørreskjema og/eller intervjuer.
- Endelig konklusjon vil foreligge når dette arbeidet er ferdigstilt, innen utgangen av Q4

Mulighetsstudie felles prosedyreportal

Det er viktig at leddene i samhandlingskjeden har kjennskap til hverandres prosedyrer. Dette vil også være med på å fremme kunnskap om hverandres arbeid, og skape forståelse for

hverandres forutsetninger i hverdagen. Mulighetsstudie blir gjennomført høsten 2024.

4.0 Gevinstrealisering



Det er 4 hovedgevinster definert for delprosjektet (fra tabell over):

1. Økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede
2. Økt behandlingstilbud
3. Økt medarbeidertilfredshet
4. Redusert variasjon i behandlingstilbud

Nedenfor beskrives i hvilken grad de ulike underaktiviteter treffer disse hovedgevinstene og hvilke indikatorer som er valgt som resultatmål, samt hvordan disse vil bli fulgt opp i evalueringsfasen. Det ble utarbeidet gevinstrealiseringsplan i planleggingsfasen. Evalueringsrapporten vil beskrive oppnådde resultatmål og gevinster med utgangspunkt i gevinstrealiseringsplanen for delprosjektet.

4.1 Hospitering

Intern hospitering for fagutviklere vil i første omgang gi brukerne økt situasjonsforståelse, og dermed bidra til økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede

Indikatorer valgt for måling av økt beslutningsgrunnlag:

1. Undersøke brukeropplevelsen – intervju eller spørreundersøkelse av fagutviklere som piloterer hospiteringsløsningen.

2. Prosjektet har i kartleggingsfasen gjennomført spørreundersøkelse rundt bl.a. tillit mellom aktørene i akuttmedisinsk kjede (nullpunktmåling). Denne vil vurderes gjentatt for prosjektet som helhet i evalueringsfasen.

Identifiserte faktorer som påvirker bruk og ev. gevinstrealisering vil bli beskrevet i evalueringsrapporten.

4.2 Samtrening

1. Å simulere akuttmedisinske situasjoner i helsetjenesten vil gi helsepersonell muligheten til å øve på kritiske ferdigheter i et kontrollert og trygt miljø. Det antas at dette bidrar til økt behandlingskvalitet og økt tillit mellom aktørene ved at man blir kjent på tvers og får bedre forståelse for hverandres kompetanse og behov for informasjon i en akutt situasjon.

Samlet sett bidrar akuttmedisinske simuleringer til økt beredskap, forbedret pasientsikkerhet, og høyere kvalitet i helsetjenesten.

Indikatorer valgt for måling av økt beslutningsgrunnlag:

1. Undersøke brukeropplevelsen – intervju eller spørreundersøkelse av de som deltok i pilotene.
2. Prosjektet har i kartleggingsfasen gjennomført spørreundersøkelse rundt bl.a. tillit mellom aktørene i akuttmedisinsk kjede (nullpunktmåling). Denne vil vurderes gjentatt for prosjektet som helhet i evalueringsfasen.

Milepæler for delprosjekt 1 Felles kompetanse:

HOVEDMILEPÆLPLAN		
	Beskrivelse av milepæl	Planlagt ferdig
M1	Kartlegging av underaktiviteter	Juni 23
M2	Prosjektplan delprosjekt ferdigstilt	Aug. 23
M3	Tjenesteutvikling og pilotering	Juni 24
M4	Evaluere og anbefaling/overgang til drift	Des. 24
M5	Sluttrapport	Des. 24

Delprosjekt 1 følger i hovedsak milepælsplanen og vil levere sluttrapport etter plan i desember 24.

Innlegg på legekonferansen i Agder i januar 25 for informasjon om status.

5.0 Risiko og tiltak

Forutsetninger for delprosjektets leveranser er illustrert i gevinstavhengighetskartet. De mest relevante for dette delprosjektet er:

1. Felles språk
2. Validitet i fagmiljøet
3. Strukturelle eller organisatoriske hindringer blant involverte aktører
4. Tid og motivasjon til prosjektarbeid i tillegg til drift
5. Teknologisk infrastruktur

Det har blitt jobbet aktivt i delprosjektet for å imøtekomme disse forutsetningene.

6.0 Økonomi og ressurser

I dette delprosjektet er utgifter i hovedsak relatert til gjennomføring av pilot på hospitering og samtrening.

I delprosjekt Felles kompetanse er utgifter hovedsakelig relatert til gjennomføring av piloter

Det var vanskelig å estimere nøyaktige tall i planleggingsfasen, men følgende estimat ble foretatt:

• Frikjøp av aktuelt personell hospitering:	50 000
• Pilotering og samtrening:	50 000
• VR-simulering:	30 000
• Oppfølging og evaluering:	20 000

Estimert sum: 150 000

Økonomisk status for Delprosjekt 1:

Foreløpig forbruk:

• Frikjøp av aktuelt personell hospitering	pt. 0
• Frikjøp av personell samtrening	2744
• Bevertning ifm. pilotering	1500
• Frikjøp av personell opplæring VR-simulering	pt.0
• Leasing av utstyr VR-simulering	11300
• Oppfølging og evaluering	pt.0

Sum foreløpig forbruk 15544

Estimert utgifter til oppfølging og evaluering 50 000

Underforbruk pr. 01.09.24 84 456

Kommentarer til økonomi:

1. Valg av leverandør til VR-briller var uavklart ved prosjektoppstart. I piloten har det blitt benyttet VR-briller fra MakingView

- Midler som ikke benyttes i delprosjekt 1 fordeles til andre delprosjekt i prosjekt Den akuttmedisinske kjede i Agder etter vurdering av behov og godkjenning i prosjektledelse (Arbeidsutvalg).

7.0 Evaluering av gjennomføringsfase

Erfaringer fra gjennomføringsfasen:

- Deltakere fra delprosjektgruppa ble delt inn i 2 mindre arbeidsgrupper for å effektivisere tidsbruk pr. delprosjektdeltaker, en gruppe jobbet med simulering og hospitering, og en gruppe med VR-simulering.

7.1 Erfaringer fra arbeid med pilotene:

Prosjektgruppen har opplevd stort engasjement og velvilje fra alle som ble involvert i pilotene. Både i rekruttering, gjennomføring og tilbakemeldinger i etterkant har vært positive.

7.2 Læringspunkter / Hva kunne vært gjort annerledes:

- Stor vilje og ønske om å få til gode løsninger på tvers gir mulighetsrom.
- Stabil prosjektledelse og -koordinering er nødvendig.
- Deling av informasjon på tvers av forvaltningsnivå er vanskelig uten etablert felles nettsted/plattform.
- Inkludering av alle aktuelle aktører i prosjekter i akuttmedisinsk kjede som går over lengre tid er ressurskrevende og krever tilgang til dedikerte og stabile fagressurser og frikjøp av tid.

Deltakere i gjennomføringsfase

Navn	Rolle i gjennomføringsfase	Stillingstittel / Arbeidssted
Marianne Næsland Formanek	Delprosjektleder	Rådgiver seksjon samhandling SSHF
Elisabeth Flagtvedt	Deltaker i delprosjekt 1	Rådgiver Prehospital klinikk SSHF
Inger Lene Grostøl	Deltaker i delprosjekt 1	Fagutvikler ambulansetjenesten Lindesnes
Linda Torsvik	Deltaker i delprosjekt 1	Kristiansand- Livsmestring
Merethe Land	Deltaker i delprosjekt 1	Grimstad kommune - USHT Øst
Karin Eie	Deltaker i delprosjekt 1	Flekkefjord kommune, legevakt/akuttmottak
Miriam Høyland	Deltaker i delprosjekt 1	Rådgiver Helse og Omsorg Farsund kommune

Vedlegg 2: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 2 -Digitale løsninger

2.0 Oppsummering delprosjekt 2

I gjennomføringsfasen har to underaktiviteter blitt prioritert, video- og bildeteknologi og implementering av Kjernejournal (KJ):

Underaktivitet	Gjennomført	Videre anbefaling
1. Nyttiggjøre video og bildeteknologi, samt digital løsning for fjerndiagnostisering	Pilot på videoløsning mellom ambulanse og legevaktlege i Kristiansand og Lillesand frem til 01.09.24.	<p>Evalueringsarbeid Q3 og Q4 2024, blant annet med spørreskjema til ambulansearbeiderne og intervjuer av LV-legene.</p> <p>Evaluering vil gi innsikt i erfaringer og om den piloterte videoløsning eller tilsvarende løsning kan og bør innføres og ev. breddes i Agder.</p>
2. Implementere bruk av kjernejournal (KJ)	<p>Innsamlet prosedyrer for bruk av KJ fra kommunene i Agder, samt SSHF.</p> <p>Utarbeidet anbefalt prosedyre for bruk av KJ i kommunene, i samarbeid med Norsk helsenett (NHN).</p> <p>Anbefalt prosedyre sendt til alle kommunene i Agder.</p>	<p>Bidra til videre implementering, ved å gjøre status og muligheter i KJ kjent blant aktuelle aktører i den akuttmedisinske kjede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering ift. hvor mange kommuner som tar i bruk anbefalt prosedyre for KJ • Bruk av KJ i akuttmedisinsk kjede er bør være et prioritert område videre • Deltakelse på Legekonferansen 2025
3. Felles digital kurve	Bruk av bildefunksjon i A-EPJ (ambulansejournal) innført tidligere i prosjektperioden.	Evaluere erfaringer med innført løsning.

2.0.1 Oppsummering Video- og bildeteknologi

Video som beslutningsstøtte mellom ambulanspersonell og legevaktlege er pilotert i Kristiansand og Lillesand.

Foreløpig konklusjon videopilot: Video er et nyttig supplement i pasientbehandlingen, som kan bidra til bedre behandlingsforløp og redusere behov for ressursinnsats. En nøye gjennomgang av erfaringene fra videopiloten er nødvendig før endelig konklusjon ift. videobruk mellom ambulans og legevaktlege i Agder foreligger.

2.0.2 Oppsummering Kjernejournal (KJ)

Kjernejournal er et nyttig verktøy for samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede i Agder, men benyttes i varierende grad. Prosjektet har understøttet implementering i kommunene i Agder ved å utarbeide en felles anbefalt prosedyre for bruk av KJ.

Konklusjon Kjernejournal: Det bør satses på å understøtte videre implementering og bruk av KJ i Agder, med mål om å ta i bruk ny funksjonalitet fortløpende (behandlingsavklaringer, pasientens legemiddelliste m.m.), avhengig av nasjonale leveranser.

2.0.3 Oppsummering Felles digital kurve

På grunn av kompleksiteten i dagens IKT-løsninger (mange EPJ-systemer og manglende integrasjoner), samt flere pågående IKT-prosjekter i ulike deler av den akuttmedisinske kjede vil arbeid med en felles digital kurve være tilhørende komplekst og utenfor prosjektets rammer.

Konklusjon Felles digital kurve: Delprosjektet har initiert og understøttet arbeid med å ta i bruk bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) for overføring av målinger utført i primærhelsetjenesten, legemiddelliste, samt annen relevant skriftlig dokumentasjon. Bruk av løsningen og erfaringer med denne vil undersøkes i evalueringsfasen.

2.1 Leveranser

Delprosjektet har levert etter plan jfr. besluttede underaktiviteter.

Pilotering av videoløsning og arbeid med implementering av KJ ble prioritert i gjennomføringsfasen, og arbeidet beskrives i følgende underpunkter 2.1.1 og 2.1.2.

2.1.1. Videopilot

Oppdraget - fra prosjektbeskrivelsen:

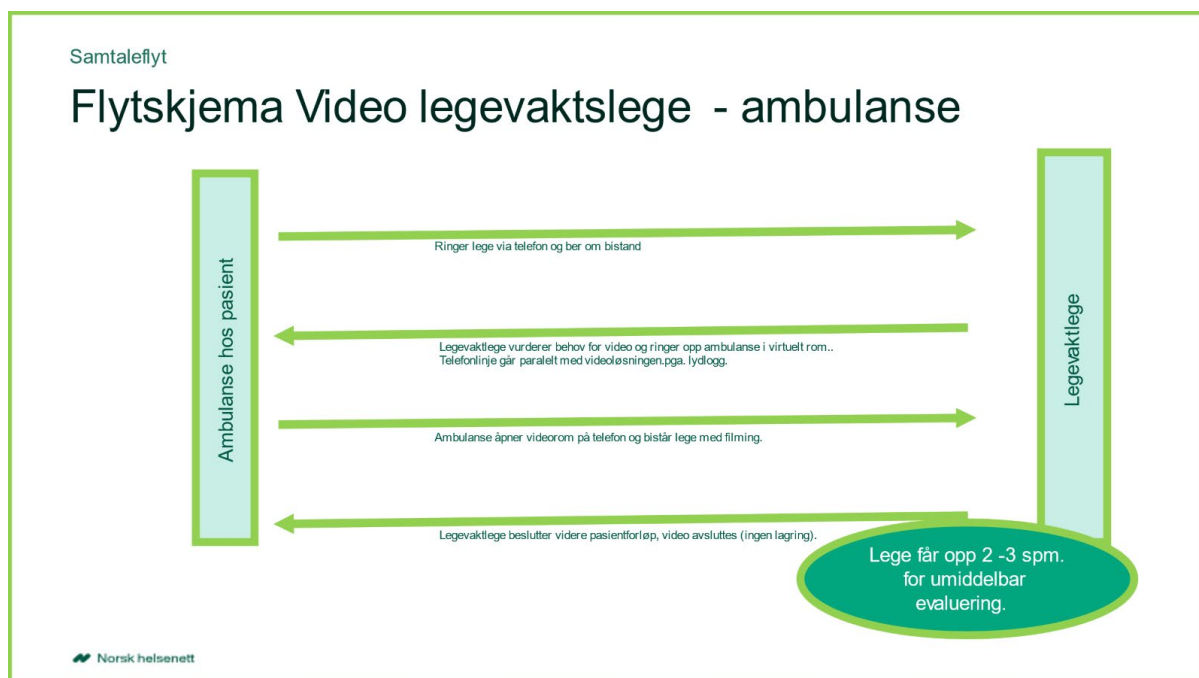
DIGITALE LØSNINGER	
Nyttiggjøre video- og bildeteknologi, samt digital løsning for fjerndiagnostisering	<i>Vi vet at det blir knapphet på legeressurser i fremtiden. Det blir viktig å bruke kompetansen og ressursene riktig. Bruk av video- og bildeteknologi er i liten grad satt i system i dag, og brukes lite. Man ønsker å nyttiggjøre oss av teknologien for å styrke vurderings- og beslutningsstøtte ute i tjenesten.</i>

- Video er et nytt kommunikasjonsverktøy i dialogen mellom ambulanspersonell og LV-lege.

- En pilot med bruk av video mellom ambulanspersonell i Kristiansand og LV-leger ved Kristiansand legevakt er gjennomført. Lillesand ambulansstasjon ble inkludert underveis i piloten.
- Pga. lave tall på bruk i starten ble pilotperioden utvidet fra 3 til 6 mnd. og Lillesand ambulansstasjon ble påkoblet de siste 3 mnd.



- Mye tid i starten av gjennomføringsfasen har gått med til nødvendig forarbeid/formalia.
- Gjennomføring av formalia ifm. videopilot, med involvering av personvernombud, systemansvarlige og brukerrepresentant.
 - Det har blitt utarbeidet diverse dokumenter;
 - Avtale om felles behandlingsansvar
 - DPIA
 - ROS
 - Prosedyre for bruk av løsningen
 - Div. opplæringsmateriell
- Norsk helsenett har deltatt i arbeidsgruppen for videopilot og vært aktive under hele perioden, fra NHN-videoløsning ble valgt.
- Videopilotperioden startet opp i Kristiansand 04.03.24 kl.14 og varte i første omgang tom. 02.06.24. Pga. lave tall på bruk ble piloten utvidet fra og med 03.06.24 til og med 01.09.24 for Kristiansand, og Lillesand ambulansstasjon ble samtidig påkoblet i denne perioden (for henvendelser til Kristiansand legevakt). Kjøreavstand til legevakt er noe lengre for Lillesand ambulansene, noe som antas å påvirke behov og bruk av video.
- Utvidelse av piloten innebærer en forsinkelse i fremdriftsplanen, men da piloten kontinueres over sommerperioden vil dette i liten grad forsinke evalueringsarbeidet som vil pågå i Q3 og Q4 2024.
- Plan for evaluering er 2-delt;
 - Under piloten: To spørsmål som besvares umiddelbart etter bruk av løsningen av hhv. ambulanspersonell og LV-leger. Disse kommer automatisk opp ved bruk av løsningen.
 - Etter piloten: Spørreskjema til ambulanspersonell og intervju av LV-leger. Gjennomføres etter 01.09 (pilotperiode slutt).



- Arbeidsgruppen ser også til andre pågående videopiloter og har blant annet innhentet erfaringer og konklusjon fra Helse-Midt sin videopilot:

2.1.2 Kjernejournal

Oppdraget – fra prosjektbeskrivelsen:

<p>Implementere bruk av kjernejournal</p>	<p><i>Man ønsker å sikre at tidskritisk informasjon er tilgjengelig for de som trenger det som for eksempel AMK eller ambulansetjenesten. I sammenheng med arbeidet knyttet til kjernejournal, er det også ønskelig å se på felles retningslinjer for tilgjengeliggjøring av kriseplan for psykisk syke pasienter</i></p>
---	---

- Planleggingsfasen viste at det var ulike pågående prosesser med implementering av KJ i kommunene i Agder i prosjektperioden. Samtidig pågår ulike nasjonale prosjekter via Norsk helsenett som er ansvarlig for KJ-løsningen, blant annet journalintegrasjon via API-er, forbedring av eksisterende innhold og utvidelse av innholdet i KJ, som Pasientens legemiddelliste.
- Alle kommunene i Agder ble kontaktet for å få tilsendt eksisterende prosedyrer for bruk av Kjernejournal. Av 25 kommuner responderte 23. Noen felles betraktninger rundt innsamlet materiale:
 - Det er store ulikheter mellom KJ-prosedyrene, både i innhold, beskrivelse av bruk og begrepsavklaringer, f.eks. om samtykke.
 - Formuleringer i flere av prosedyrene kan direkte motvirke bruk av KJ, f.eks. «Åpning av kjernejournal uten lovlig grunnlag er straffbart, og kan få konsekvenser for arbeidsforholdet.»

- o Det er potensial for økt bruk av KJ ved endret beskrivelse av bruksområde for KJ, da flere prosedyrer henviser til at KJ kun skal benyttes ved oppstart av tjenester/mottak av ny pasient.
- o Noen kommuner har 3-4 prosedyrer som omhandler KJ, dette ansees som unødvendig kompliserende av arbeidsgruppen.

- **Uheldige formuleringer i flere prosedyrer kan hemme bruk:**
«Åpning av kjernejournal uten lovlig grunnlag er straffbart, og kan også få konsekvenser for arbeidsforholdet.»
- **Feil forståelse av regler for bruk av KJ kan hemme bruk:**
«Legene på legesentrene bruker det og de må ha godkjenning av pasient først.»

- En anbefalt prosedyre for bruk av KJ i kommunene ble utarbeidet på bakgrunn av innsamlet materiale og i samarbeid med Norsk helsenett (se vedlegg).
- Ferdigstilt anbefaling ble sendt ut til alle kommunene i Agder 24.05.24, etter fremdriftsplan.
- Pr.12.08.24 har 9 kommuner respondert; 5 tar i bruk anbefalte prosedyre, 2 tar i bruk deler av prosedyren og 2 vil se nærmere på dette ved anledning.
- Resterende kommuner vil bli kontaktet i Q3/Q4 for en total oversikt.
- DigiVest er et samarbeid mellom IKT-tjenester i HelseVest. De etterspurte innsikt i arbeidet med KJ. Arbeid og prosedyre ble delt i Teams-møte 07.06.24 med DigiVest.

2.2 Utestående arbeid

2.2.1 Video:

I evalueringsfasen vil arbeidsgruppen se nærmere på erfaringene til brukerne av videoløsningen vha. spørreskjema og/eller intervjuer. Se punkt 2.3 Gevinstrealisering for ytterligere detaljer.

Endelig konklusjon vil foreligge når dette arbeidet er ferdigstilt, innen utgangen av Q4 2024.

Linjen må beslutte om løsningen bør innføres permanent og breddes, eller om ev. andre løsninger bør piloteres/benyttes.

2.2.2 Kjernejournal:

Utestående arbeid – til evalueringsfasen:

1. Innhenting av informasjon om bruk av anbefalt prosedyre for KJ fra alle kommunene i Agder, samt innspill og erfaringer fra kommunene.

- Innhenting av tall fra Norsk Helsenett på bruk av KJ i Agder til sammenligning med tall fra planleggingsfasen.
- Legekonferansen 2025 – deltakelse og innlegg med informasjon om KJ – status implementering og muligheter i akuttmedisinsk kjede i Agder.

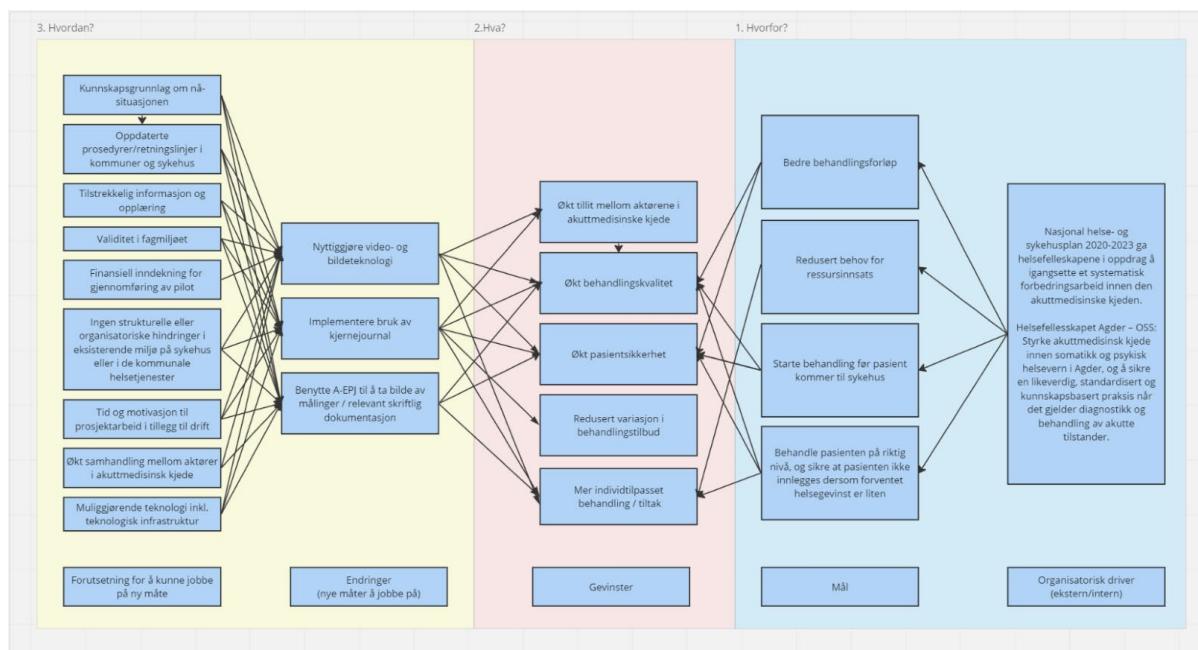
Prosjektet har også identifisert en mulighet som ikke benyttes i Agder og bør sees videre på utenfor pågående prosjekt; bruk av Psykiatrisk behandlingsplan i KJ. Det har ikke vært kapasitet til å gå videre inn i dette innenfor prosjektets rammer.

- Psykiatrisk behandlingsplan er tilgjengelig under kritisk info i KJ (pågående behandling), men har foreløpig en begrensning på 500 tegn. Det jobbes med utbedring av løsningen i NHN.

Erfaringene fra arbeid med en felles prosedyre for bruk av KJ i kommunene kan med fordel tas videre i et arbeid med felles retningslinjer for tilgjengeliggjøring av kriseplan for psykisk syke pasienter, men vil kreve en bredere involvering og dedikerte ressurser.

2.3 Gevinstrealisering

Gevinstavhengighetskart er benyttet for å synliggjøre sammenheng mellom viktige elementer i gevinstrealiseringsprosessen. Aktiviteter i dette delprosjektet legger til rette for økt bruk av teknologiske løsninger i den akuttmedisinske kjede. De identifiserte gevinstene i delprosjektet er foreløpige, da grad av realisering avhenger av omfang på faktiske endringer i praksis, samt tilhørende forutsetninger for å lykkes med endringene.



Gevinstavhengighetskart Digitale Løsninger (også i vedlegg)

Det er 5 hovedgevinster definert for delprosjektet (fra tabell over):

1. **Økt tillit mellom aktørene i akuttmedisinsk kjede**
2. **Økt behandlingskvalitet**
3. **Økt pasientsikkerhet**
4. **Redusert variasjon i behandlingstilbud**
5. **Mer individtilpasset behandling / tiltak**

Nedenfor beskrives i hvilken grad de ulike underaktiviteter treffer disse hovedgevinstene og hvilke indikatorer som er valgt som resultatmål, samt hvordan disse vil bli fulgt opp i evalueringsfasen. Evalueringsrapporten vil beskrive oppnådde resultatmål og gevinster med utgangspunkt i gevinstrealiseringsplanen for delprosjektet.

Det er ikke estimert finansielle gevinster knyttet til delprosjektet, men økonomiske besparelser vil bli eksemplifisert via anonymiserte case-beskrivelser fra videopilot.

2.3.1 Video- og bildeteknologi

Bruk av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege vil i første omgang gi brukerne økt situasjonsforståelse, og dermed økt beslutningsgrunnlag for legene som skal ta en avgjørelse rundt pasientbehandlingen. Dette antas å bidra til økt behandlingskvalitet og økt pasientsikkerhet ved at legen får førstehåndsupplysninger (bilde av pasient vs. gjenfortalt via ambulanspersonell).

Ved å få økt innsikt i pasientstatus og aktuell situasjon vil legene få mulighet til å ta beslutninger som er tilpasset den enkelte: mer individtilpasset behandling / tiltak, for eksempel vurdere om pasient kan bli igjen hjemme med tilsyn av pårørende / hjemmesykepleie.

Bruk av video mellom ambulanspersonell og lege antas å bidra til økt samarbeid mellom involverte aktører og gode løsninger for pasientene. Ambulanspersonell befinner seg tidvis i krevende situasjoner, og vil kunne oppleve økt støtte fra legene ved bruk av video. Dette kan igjen bidra til økt tillit mellom de involverte aktører i den akuttmedisinske kjede.

Indikatorer valgt for måling av økt beslutningsgrunnlag og ev. endring av pasientflyt (Via-punkter):

1. Undersøke brukeropplevelsen – intervju eller spørreundersøkelse av leger og ambulansarbeidere som piloterer video-løsningen.
2. Registrering av triage – ev. endring opp eller ned som følge av videooppkobling.
Gjøres via direkte evaluering gjennom spørsmål som kommer opp umiddelbart i etterkant av bruk av videoløsningen, via Google Forms.
3. Registrere ev. endring i Via – leveringssteder i A-EPJ (ambulansjournal) – hente ut tall før og ved bruk av video.
4. Prosjektet har i kartleggingsfasen gjennomført spørreundersøkelse rundt bl.a. tillit mellom aktørene i akuttmedisinsk kjede (nullpunktmåling). Denne vil vurderes gjentatt for prosjektet som helhet i evalueringsfasen.

Forutsetning for gevinst er at video-løsningen tas i bruk. Det vil derfor også registreres antall videooppkoblinger og sammenligne med potensialet for antall oppkoblinger.

Identifiserte faktorer som påvirker bruk og ev. gevinstrealisering vil bli beskrevet i evalueringsrapporten.

Prosjektet har foreløpig registrert flere positive erfaringer ifm. bruk av video under ambulanseoppdrag og konkrete case vil bli anonymisert og benyttet som eksempler i evalueringsarbeidet.

Bruk av video mellom ambulanse og lege i områder med større avstander enn det som ønskes pilotert her, kan i tillegg til gevinster for pasient og helsepersonell, vise til store økonomiske innsparinger: [Video i akuttmedisinen | Innomed](#), Publisert 18.06.2020.

2.3.2 Kjernejournal (KJ)

«Innføring og bruk av kjernejournal er viktig for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene. En rekke kommuner har allerede innført kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene, men bruken er lavere enn forventet.»

KS: [Øke pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene](#), Publisert 12.06.23

Implementering av KJ i kommunene i Agder var forventet fullført ila. 2023, men er fortsatt pågående i 2024. På bakgrunn av dette besluttet prosjektet å fokusere på å understøtte kommunenes implementering ved å samle inn alle foreliggende KJ-prosedyrer, for å få innsikt og se om det var et forbedringspotensial.

En felles anbefaling ble utarbeidet på bakgrunn av innsamlet materiale i samarbeid med Norsk Helsenet, som har det nasjonale ansvaret for KJ. Anbefaling ble sendt ut til kommunene i mai 24

Antall kommuner som tar prosedyren i bruk helt eller delvis registreres. 9 kommuner ga rask tilbakemelding og flere har pr.01.07.24 innført anbefalt prosedyre. Evalueringsarbeidet vil følges opp i Q3 / Q4 i 2024.

SSHF har benyttet KJ i flere år, også i den akuttmedisinske kjede, men ikke alle aktører har direkte tilgang til KJ. Ambulansepersonell bør få direkte tilgang til KJ i A-EPJ (ambulansenes journalsystem). Dette ansees for å være en potensiell lavhengende frukt, som kan være med å bidra til økt pasientsikkerhet og mer individtilpasset behandling. Sykehuspartner jobber med å skaffe ambulansepersonell direkte tilgang til KJ, men arbeid med innloggingsløsning tar lang tid. Prosjektgruppen har understøttet denne prosessen ved å etterspørre fremdrift jevnlig, da direkte tilgang til KJ for ambulansepersonell ansees som nødvendig for effektiv samhandling i den akuttmedisinske kjede.

Relevante indikatorer er å måle bruk / antall oppslag i KJ for både kommunene i Agder og fastleger. Forutsetning er at data leveres fra Norsk Helsenet. Selv om økt bruk ikke er en garanti for økt behandlingskvalitet, anser prosjektgruppa dette som sannsynlig, og dermed relevante indikatorer for oppdraget: Implementering av kjernejournal.

Behandlingsavklaringer og -plan for pasienter bør lagres i kjernejournal for å sikre tilgang for alle aktører i akuttmedisinsk kjede. Standardisering / anbefalt felles mal for behandlingsplan ivaretas i delprosjekt 3 og må sees i sammenheng med implementering og økt bruk av KJ.

For å få utnyttet potensialet i KJ (økt pasientsikkerhet, økt behandlingskvalitet og mer individtilpasset behandling/tiltak) anbefaler delprosjektet et videre fokus på å understøtte økt bruk av KJ i den akuttmedisinske kjede.

Felles digital kurve

På grunn av kompleksiteten i dagens IKT-løsninger (mange EPJ-systemer og manglende integrasjoner), samt flere pågående IKT-prosjekter i ulike deler av den akuttmedisinske kjede vil arbeid med en felles digital kurve være tilhørende kompleks.

Delprosjektet anser det som lite hensiktsmessig å utvikle nye løsninger, som f.eks. app eller lignende, da det er flere integrasjoner på gang allerede. Å understøtte pågående implementering av sanntidsskjerm, også i legevaktene, ansees som særlig relevant og må ivaretas utenfor delprosjektet.

Delprosjektet har initiert og understøttet arbeid med å ta i bruk bildefunksjon i A-EPJ for overføring av målinger utført i primærhelsetjenesten, legemiddelliste, samt annen relevant skriftlig dokumentasjon. Dette muliggjør overføring av relevant informasjon mellom aktører i den akuttmedisinske kjede, og gir nye dokumentasjonsmuligheter. Delprosjektet har bidratt til å få på plass denne funksjonen, som vil kunne bidra til økt behandlingskvalitet og økt pasientsikkerhet.

I evalueringsfasen vil bruk av denne funksjonaliteten bli undersøkt og beskrevet. Indikator for resultatmål vil være intervju/spørreundersøkelse hos ambulanspersonell, ift. hvor fornøyde de er med tilgang til løsningen, og tilhørende innsikt i ev. fordeler med bruk av bildefunksjon i A-EPJ.

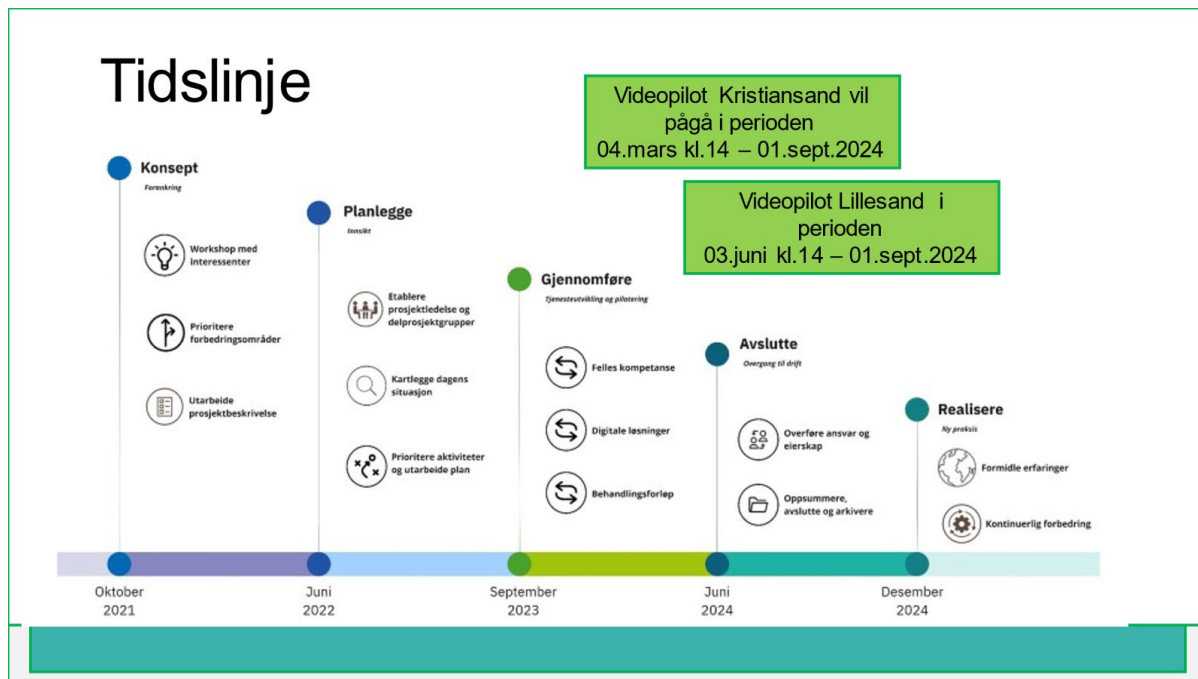
For ytterligere detaljer rundt gevinstrealisering, tilhørende indikatorer og målinger henvises til gevinstrealiseringsplan for delprosjektet.

Framdriftsplan



Det har vært behov for å utvide pilotperioden for test av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege fra 3 til 6 mnd. Lillesand ambulansstasjon ble også koblet på underveis.

Gjennomføringsfasen for delprosjekt 2 blir derfor forlenget fra 01.07 til 01.09, men dette forventes i liten grad å påvirke evalueringsfasen pga. sommerferieavvikling.



Milepæler for delprosjekt 2 Digitale løsninger:

HOVEDMILEPÆLPLAN		
	Beskrivelse av milepæl	Planlagt ferdig
M1	Kartlegging av underaktiviteter	Juni 23
M2	Prosjektplan delprosjekt ferdigstilt	Aug. 23
M3	Tjenesteutvikling og pilotering	Juni 24
M4	Evaluerer og anbefaling/overgang til drift	Des. 24
M5	Sluttrapport	Des. 24

Delprosjekt 2 følger i hovedsak milepælsplanen, med unntak av utvidet videopilot, og vil levere sluttrapport etter plan i desember 24.

Innlegg på legekonsferansen i Agder i januar 25 for informasjon om status og muligheter for bruk av KJ i akuttmedisinsk kjede vil også bli gjennomført i forlengelsen av prosjektet, for å sikre informasjonsoverføring til sentrale aktører.

2.5 Risiko og tiltak

Forutsetninger for delprosjektets leveranser er illustrert i gevinstavhengighetskartet. De mest relevante for dette delprosjektet er:

1. Tilstrekkelig informasjon og opplæring

2. Validitet i fagmiljøet
3. Finansiell inndekning for gjennomføring av pilot
4. Strukturelle eller organisatoriske hindringer blant involverte aktører
5. Tid og motivasjon til prosjektarbeid i tillegg til drift
6. Teknologisk infrastruktur

Det har blitt jobbet aktivt i delprosjektet for å imøtekomme disse forutsetningene, særlig ifm. videopilot. På tross av dette har tall på bruk av videoløsningen blitt noe lavere enn forventet. Evalueringsarbeidet vil se nærmere på mulige årsaker og beskrive anbefalte tiltak videre ifm. sluttrapporten.

Egen ROS-analyse utarbeidet ifm. videopilot ligger som vedlegg til delprosjektrapporten.

Implementering av KJ avhenger av mange faktorer og avhengig av innfallsvinkel vil risiko og aktuelle tiltak måtte defineres. I delprosjektet er en felles anbefalt prosedyre utarbeidet, og det er ikke ansett nødvendig å konkretisere risikoområder og eventuelle tiltak ifm. dette arbeidet.

2.6 Økonomi og ressurser

I delprosjekt Digitale løsninger er utgifter hovedsakelig relatert til gjennomføring av pilot for bruk av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege.

Det var vanskelig å estimere nøyaktige tall i planleggingsfasen, men følgende estimat ble foretatt:

• Opplæring av aktuelt personell:	25 000
• Utvikling og implementering av video-løsning:	125 000
• Oppfølging og evaluering:	50 000
• Ev. taksting – utgifter til leger (må avklares)	200 000

Estimert sum: 400 000

Økonomisk status for Delprosjekt 2:

Foreløpig forbruk:

• Opplæring LV-leger	16 046
• Opplæring amb.personell	19 080
• Bevertning ifm. opplæring	4400
• Video-løsning (NHN virtuelt rom)	pt.0
• Oppfølging og evaluering	pt.0
• Taksting ifm. videopilot	0

Sum foreløpig forbruk 39 526
Estimert utgifter til oppfølging og evaluering 50 000

Kommentarer til økonomi:

1. Utgifter til taksting for bruk av video var uavklart ved prosjektoppstart og under vurdering sentralt. Ny normaltariff fra juli 2023: «Takster for e-konsultasjon kan også benyttes hvor ansatt helsepersonell ved fastlegekontoret, i kommunale helse- og omsorgstjenester og ambulansetjenesten er sammen med pasienten og legen deltar på video eller telefon». I pilot har det blitt benyttet lege takst 1K "Beslutningsstøtte til ambulanspersonell som er til stede hos pasient." 200kr refusjon, egenandel 0". Refusjonsutgiftene belastes ikke prosjektet.
2. Valg av videoløsning og leverandør har stor økonomisk innvirkning på prosjektøkonomien. I planleggingsfasen ble ulike løsninger vurdert og en privat aktør tilbød bruk av videoløsning ifm. videopilot i 3 mnd. for kr.150 000. Løsning fra Norsk helsenett ble valgt og begge aktører hadde allerede lisenser som kunne benyttes uten ytterligere kostnader ifm. pilot. Dedikert ressurs fra NHN har deltatt aktivt i arbeidsgruppa for videopilot uten at det har medført tilleggs kostnader for prosjektet.
3. Midler som ikke benyttes i delprosjekt 2 fordeles til andre delprosjekt i prosjekt Den akuttmedisinske kjede i Agder etter vurdering av behov og godkjenning i prosjektledelse (Arbeidsutvalg).

2.7 Vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA)

I forbindelse med forberedelser til Videopilot ble personvernombud og systemansvarlige fra både Kristiansand kommune og SSHF involvert. Det ble konkludert med at full DPIA gjennomgang ikke var nødvendig, men med tanke på videreføring og/eller fremtidig bruk av videoteknologi ble DPIA arbeid prioritert, og brukerrepresentant involvert (se vedlegg DPIA-Videopilot).

Egen ROS-analyse ble også gjennomført i samarbeid med personvernombud og systemansvarlige (se vedlegg ROS-Videopilot).

Involvering av NHN ifm. utarbeidelse av KJ-prosedyre bidro til kvalitetssikring av den nye anbefalte prosedyre for bruk av KJ.

2.8 Evaluering av gjennomføringsfase

Erfaringer fra gjennomføringsfasen:

- Deltakere fra delprosjektgruppa ble delt inn i 2 mindre arbeidsgrupper for å effektivisere tidsbruk pr. delprosjektdeltaker, en gruppe jobbet med videopilot og en gruppe med KJ.
- Prosjektdeltakelse og kontinuitet i arbeidsgruppene er en utfordring, og varierende leveranse fra prosjektdeltakere underveis medførte merarbeid på delprosjektleder for å ivareta fremdriftsplan.

2.8.1 Erfaringer fra videopilot:

- Innføring av teknologiske løsninger mellom forvaltningsnivåene krever involvering av mange aktører, blant annet systemansvarlige, brukere, personvernombud og brukerrepresentant. Å finne felles jevnlig treffpunkter kan være en utfordring.
- Videopiloten krevde mye formalia som var svært tidkrevende, både ift å samle aktuelle personer, men også å utarbeide nødvendige dokumenter med tilhørende høringsrunder.
- Utfordringer med å rekruttere LV-leger til prosjektet, begrenset legedeltakelse og bytte av LV-legeressurs underveis kan hatt negativ påvirkning på bruk av løsningen.
- Til tross for felles opplæring av ambulansepersonell og leger like i forkant av oppstart videopilot ble ikke løsningen tatt i bruk første 2 uker i starten. Medvirkende årsak kan være at kun kjørelegene er involvert og det var mye fravær blant legene i denne perioden.
 - Av 12 kjørelege-stillinger var kun 7 besatt ved pilotoppstart, og 2 av disse legene var fraværende ved oppstart av piloten.
- Ved utvidelse av piloten 02.06 var kun 5 av 12 kjørelegestillinger besatt og det ble besluttet opplæring av andre aktuelle leger for å øke bruk av video ifm. pilotperioden.
- Innføring av video på fast basis krever at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet.

2.8.2 Erfaringer fra arbeid med Kjernejournal:

- Implementering av Kjernejournal i kommunene var pågående i prosjektperioden og ikke alle hadde etablert bruk av KJ ved gjennomføringsfasens slutt. Dette påvirket mulighetene for å jobbe med KJ i hele akuttmedisinske kjede i Agder.
- Det var svært tidkrevende å samle inn KJ-prosedyrer fra en del av kommunene og noen måtte purres på inntil 5-6 ganger.
- Store ulikheter og stort forbedringspotensial i innsamlet materiale viser at kommunene med fordel kan samarbeide i større grad om prosedyrer ifm. nasjonale løsninger.
 - Samarbeid om prosedyrer må koordineres og dette krever tid og dedikert ansvarlig ressurs.
- Implementering og effektiv bruk av KJ i hele den akuttmedisinske kjede er et stort arbeid og en langvarig, kontinuerlig prosess med mange avhengigheter, blant annet utvikling av KJ-løsningen fra NHN, legenes initiativ og bruk, samt tilganger og gode rutiner blant de ulike aktørene.

2.8.3 Læringspunkter / Hva kunne vært gjort annerledes:

- En tidligere konkretisering av begrensede underaktiviteter hadde vært fordelaktig for fremdrift, f.eks. oppdraget «Implementering av Kjernejournal».
- Stor vilje og ønske om å få til gode løsninger på tvers gir mulighetsrom.
- Stabil prosjektledelse og -koordinering er nødvendig.
- Det er krevende å etablere møtepunkter på tvers av forvaltningsnivåene og sikre kontinuitet og fremdrift.
- Deling av informasjon på tvers av forvaltningsnivå er vanskelig uten etablert felles nettsted/plattform.

- Inkludering av alle aktuelle aktører i prosjekter i akuttmedisinsk kjede som går over lengre tid er ressurskrevende og krever tilgang til dedikerte og stabile fagressurser og frikjøp av tid.
- Manglende kontinuitet og utskifting av prosjektdeltakere er en utfordring, det bør oppnevnes vara-deltaker hvis mulig.
- Implementering av nye løsninger og endring av arbeidsmetoder er tidkrevende og kanskje særlig utfordrende i akuttmedisinsk kjede hvor tidskrav og pågang tidvis er stor.

2.9 Deltakere i gjennomføringsfase

Navn	Rolle i gjennomføringsfase	Stillingstittel / Arbeidssted
Vibeke K. Realfsen	Delprosjektleder og leder av arbeidsgruppene	Prosjektkoordinator og delprosjektleder (SSHF)
Viggo Lutcherath	Deltaker i delprosjekt 2	Kommuneoverlege Lindesnes
Rebecca Efteland	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Kjernejournal	Avdelingsleder hjemmesykepleie, Lyngdal kommune
Liv Solveig Torsøe	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Videopilot	Enhetsleder akuttmedisinske tjenester, Kristiansand kommune
Marit Gunstveit	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Videopilot	Assisterende ambulansesjef, prehospital klinikk, SSHF
Annika Johansen	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Videopilot	Assisterende områdeleder Kristiansand, ambulanseavdelingen PTSS, SSHF
Sandra Baldursson	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Kjernejournal	Fagutvikler akuttmottak, SSHF Arendal
Renate Løland	Deltaker i delprosjekt 2 og 3 og arbeidsgruppe Kjernejournal	Fagutvikler korttidsavdeling / ØHD, Kvinesdal kommune
Geir L. Sporaland	Deltaker i delprosjekt 2	Fastlege Arendal og Praktiskonsulent SSHF

Vedlegg 3: Prosjektrapport fra gjennomføringsfase for delprosjekt 3- Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre

2.0 Oppsummering delprosjekt 3

I gjennomføringsfasen er tre underaktiviteter prioritert. Innføring av akutt koffert i hjemmetjenesten, innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie og mulighetsstudie for ambulerende tjeneste

Underaktivitet	Gjennomført	Videre anbefaling
Innføre standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten	Pilotering gjennomført i 3 hjemmesykepleieavdelinger i hhv. Kristiansand og Hægebostad kommune. Piloten har både bidratt til at alt personell har hatt tilgang til akuttsekk samt sikret opplæring i NEWS2 (systematisering av vitale parameter), observasjonskompetanse og ISBAR (kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell). Opplæringen er gjennomført vha. VR briller	<p>Akuttsekk med utstyr til å utføre NEWS2 målinger gjøres tilgjengelig i alle tjenestebiler i hjemmesykepleien</p> <p>VR-opplæring implementeres som opplæringsmetode på Agder</p> <p>ISBAR innføres som metode på lik linje med NEWS2</p>

<p>Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjenesten</p>	<p>Innledningsvis kartlegging av helsepersonells forhold til bruk av behandlingsplan</p> <p>Fastlege i Arendal piloterte metodikk for utarbeidelse av OBSplan på egne listepasienter som var i behov av behandlingsplan</p> <p>Fastlege i Arendal har evaluert skjemaet i OBSplan.</p> <p>Institusjonslege i Arendal kommune har evaluert OBSplan på egne pasienter ved lindrende avdeling</p>	<p>Prosjektet vil utarbeide en rutine for bruk av OBSplan slik at kommunene kan implementere metodikken i egen tjeneste.</p> <p>Bruk av behandlingsplan bør være et prioritert område videre. Viser for øvrig til nødvendigheten av at informasjon knyttet til behandlingsplan bør implementeres i kjernejournal (delprosjekt 2). Dette sikrer at relevant informasjon om pasienten gjøres tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell</p>
<p>Forenkle forløp - hoppe over ledd</p>	<p>Underaktiviteten og målet om å utarbeide en felles rutine for pasienter med mistanke om hoftebrudd er ikke gjennomført etter målsetning.</p>	<p>Det bør arbeides videre med tiltakskort for «Fast-track hoftebrudd #3696</p> <p>Prosjektgruppen vil initiere dialog med det ortopediske miljøet på SSHF før prosjektperioden er over.</p>
<p>Gjennomføre mulighetsstudie, akutt ambulant team</p>	<p>Prosjektet har sett på mulighetene for å benytte avansert kliniske allmennsykepleiere i Legevakt. Dette for å avlaste fastleger og bidra til at sårbare pasienter får nødvendige oppfølging av sine ofte komplekse helseutfordringer. Dette arbeidet kan både skje i legevakt, men man kan også vurdere ambulerende virksomhet og bruk av videoløsning mellom lege og sykepleier for å fastslå pasientbehov/oppfølging, ev. i hjemmet.</p>	<p>Prosjektet anbefaler at man primært utreder muligheter lokalt i egen legevakt. Oppgavefordeling står sentralt blant annet gjennom ulike TØRN prosjekter og bør også inngå som en naturlig utvikling innen de akuttmedisinske tjenester</p>

2.1 Oppsummering. Innføring av standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten

Innføring av akutt koffert i hjemmetjenesten er gjennomført i to avdelinger ved Grim, Kristiansand kommune og i Hægebostad kommune.

Konklusjon akuttsekkprosjekt: Tilgang til akuttsekk kan bidra til mer effektive behandlingsforløp, mindre ressursinnsats og økt kvalitet i pasientbehandling. Bruk av ISBAR som kommunikasjonsverktøy, bidrar til økt pasientsikkerhet ved at relevant informasjon overføres på en

strukturert måte med fokus på relevant informasjon. Kunnskap om kompetanse og forventninger til samarbeidende helsepersonell bidrar til økt trygghet i samarbeidssituasjoner.

2.2 Oppsummering. Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie

Prosjektet har pilotert behandlingsplan ved hjelp av OBSplan.com. Piloteringen er gjennomført i Arendal kommune av fastlege. Fastlegen har gjennomført behandlingsplan på egne listepasienter.

Konklusjon behandlingsplan: Det bør satses på å sikre implementering av OBSplan eller tilsvarende strukturert behandlingsplan, i alle kommuner på Agder. Behandlingsplaner bør lagres både i kommunens eget EPJ-system og i kjernejournal.

2.3 Oppsummering. Forenkle forløp -hoppe over ledd

Underprosjektet er ikke gjennomført i henhold til målsetning om å forenkle forløp for pasienter med mistanke om hoftebrudd.

Konklusjon Forenklede forløp: Det har ikke vært mulig med ressurser tilgjengelig i prosjektperioden å gjennomføre en rutineendring for pasienter med mistanke om hoftebrudd.

2.4 Oppsummering. Gjennomføre mulighetsstudie i forhold til akuttambulerende team

Prosjektgruppen avklarte tidlig at akuttambulerende team ikke var hensiktsmessig tilnærming for pasientgruppen kronisk syke og skrøpelige eldre med styringsgruppen. Fokuset ble rettet mot det å kunne utnytte ny kompetanse hos avansert kliniske sykepleiere tilknyttet legevakt for å sikre bedre oppfølging av aktuelle pasientgruppe, med mulighet for ambulerende tjenester.

Konklusjon ambulerende team: Det kan være hensiktsmessig å se videre på ulik organisering for å sikre kvalitativ oppfølging av aktuelle pasientgruppe.

3.0. Leveranser

3.1 Innføre standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten

Innføre standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten	<i>En standardisert akuttkoffert i alle kommuner vil fremme objektiv samhandling mellom helsepersonell i akuttkjedens ledd. Standardisert utstyr vil gi bedre samhandling, og sikre rett behandling på rett sted og til rett tid.</i>
--	---

Kartlegging i forkant av pilotering viser at mange kommuner har akuttkofferter. Imidlertid er det ikke alle kommuner som har hatt dette tilgjengelig i alle tjenestebiler/ til alt utøvende personell på vakt.

Konsekvensen av dette var at kartlegging av vitalia ofte ble forsinket, enten fordi personellet selv må inn og hente akuttkoffert eller ved at de måtte be personell med tilgang til akuttkoffert utfører målinger i etterkant. Dette kan forsinke oppfølging, avklaring og behandling av pasienter i hjemmetjenesten.

I forkant av piloteringen inviterte vi alle kommunene på Agder om å delta i piloteringen. Vi fikk positiv tilbakemelding fra 4 kommuner. Kristiansand, Hægebostad, Bykle og Bygland. Vi valgte de to

førstnevnte, både for å se om det var mulig å se ulikheter mellom by og bygdekommuner og utnytte synergien knyttet til at begge kommunene henvender seg til legevakten i Kristiansand.

Deltagerkommunene forpliktet seg til:

- å gjennomføre bruk av akuttkoffert i tjenesten og ble supplert med koffert, slik at alle har tilgang til utstyret på jobb.
- Gjennomføre NEWS2 målinger hos alle pasienter som ble vurdert med funksjonstap og mulig i behov for legetilsyn eller sykehusinnleggelse
- Måle bruk av ISBAR i forbindelse med sykehusinnleggelse

Prosjektgruppen valgte tidlig å gjennomføre opplæring i observasjonskompetanse ved bruk av VR-briller/teknologi. Vi inngikk en avtale om bruk av briller i 6 mnd med et firma som kunne levere komplett opplæringspakke (NEWS2, observasjonskompetanse og ISBAR). Det er prosjektgruppens oppfatning at det stadig blir vanskeligere å gjennomføre opplæring ved ordinær drift. Denne tilnærmingen ga oss muligheten til å kartlegge hvordan pilotkommunene opplevde denne opplæringsformen opp mot de mer tradisjonelle.

Alle pilotavdelingene fikk også en forelesning i geriatri vha. prosjektleder og kommuneoverlege.

Det er gjennomført flere møtepunkter mellom prosjektleder og kontaktpersoner i pilotavdelingene underveis, både digitalt og fysisk gjennom pilotperioden.

Avslutningsvis inviterte vi samarbeidende helsepersonell til en felles fagsamling som et bidrag til å bli bedre kjent med hverandre. Det viser seg at det er vanskelig å samle personell på fritiden og vi lykkes bare å få til en tverrfaglig samling på tvers av forvaltningsnivåene i piloten. Tilbakemeldingene fra denne samlingen var udelt positiv. Deltagerne opplevde det som svært nyttig å få et innblikk i hverandres måte å arbeide på.

Evaluering av pilotene er gjennomført og resultatet presenteres i endelig rapport.

3.2 Behandlingsplan

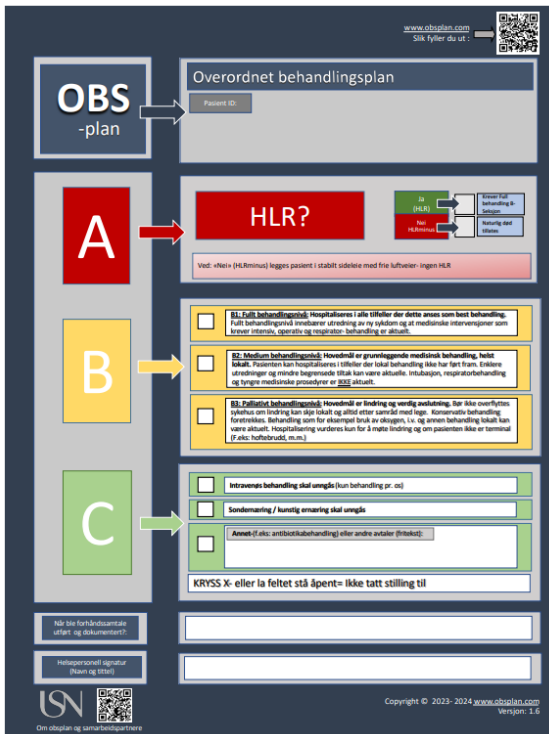
Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjeneste	<i>Det er et mål å unngå sykehusinnleggelse når det ikke er ønsket eller hensiktsmessig, og når forventet helsegevinst er liten. For å oppnå dette må man legge til rette for forutsigbarhet og avklarte forventninger. En behandlingsplan skal brukes som beslutningsstøtte for sykepleiere i kommunens helsetjeneste, og vil gi verdighet ved livets slutt.</i>
---	---

Behandlingsplaner er svært nyttige og av og til helt nødvendige for å sikre at pasienter får forutsigbare behandlingsforløp på riktig nivå.

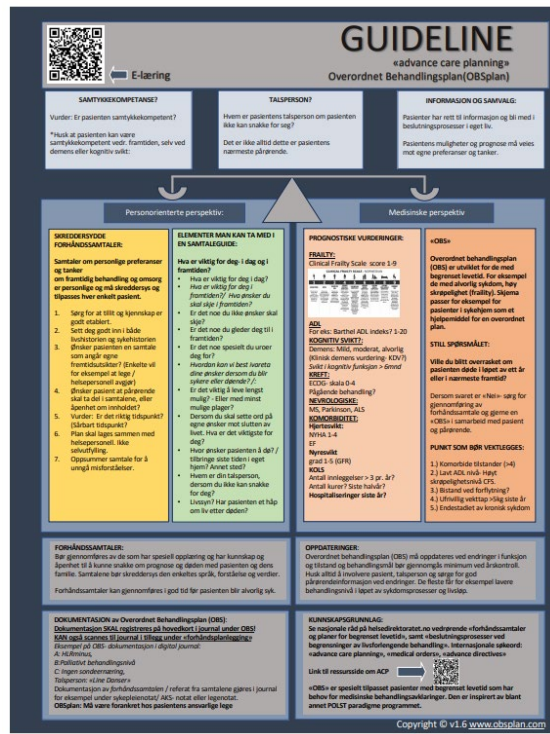
En av hovedutfordringene knyttet til å gjennomføre behandlingsplaner for aktuelle pasientgruppe er mangel på en tilgjengelig og strukturert plan for gjennomføring. Notodden kommune og

Universitetet i Helse Sør-Øst har i samarbeid utarbeidet en strukturert mal som prosjektet valgte å pilotere.

Inkludert i OBSplan, medfølger også en guideline for lege og en digital opplæringspakke for helsepersonell. Innholdet er tilgjengelig på www.OBSplan.com



The screenshot shows the OBS-plan form with three main sections: A (HLR?), B (Medisinske vurderinger), and C (Intervensjonsbehandling). Section A includes a decision tree for HLR. Section B includes checkboxes for various medical conditions. Section C includes checkboxes for interventions and referrals. The form also includes a QR code and a copyright notice for 2023-2024.



The screenshot shows the OBS-plan guideline document, titled 'GUIDELINE «advance care planning» Overordnet Behandlingsplan (OBSplan)'. It includes sections for 'SAMTYKKEKOMPETANSE?', 'TALSPERSON?', 'INFORMASJON OG SAMVILLIG', 'PERSONENTEN PERSPEKTIV', 'MEDISINSKE PERSPEKTIV', 'FORHÅNDSAMTALE', 'OPPGAVER', 'KUNNSKAPSGRUNNLAG', and 'DOKUMENTASJON'. It also includes a 'FRÅLYTT' section with a table of clinical frailty scale scores and a 'PUNKT SOM BØR VERTIKLES' section with a list of points to consider.

Piloteringen har gitt ny kunnskap og presentasjon av evaluering og forslag til implementering presenteres i endelig rapport. Det vil komme en anbefaling knyttet til å følge opp dette underprosjektet fra prosjektgruppen.

3.4 Forenkle forløp -hoppe over ledd

<p>Forenkle forløp – hoppe over ledd</p>	<p><i>Man ønsker å se på muligheten for at enkelte diagnoser eller pasientgrupper kan ha muligheten for å hoppe over ledd i akuttkjeden der hvor dette vurderes hensiktsmessig. Dette vil begrense ressursbruk i kjeden, samt føre til et langt mer smidig behandlingsforløp for pasienten.</i></p>
--	---

Prosjektet gjennomgikk innledningsvis med Sørlandet Sykehus HF (SSHF) at vi i fellesskap skulle prioritere å utarbeide et forenklet forløp for pasienter med mistanke om hoftebrudd. Problemstillingen er sammensatt og involverer en rekke aktører i sykehus, både pre- og in-hospitalt. I

utgangspunktet skal det foreligge en rutine på tvers av de tre sykehuslokasjonene, men erfaringen fra ambulansetjenesten viser at det foreligger noe ulik praksis.

Det har vist seg vanskelig å få til en strukturert tilnærming til mandatet i prosjektperioden og prosjektet har ikke sett seg i stand til å levere på mandat.

3.5 Mulighetsstudie i forhold til akuttambulerende team

<p>Gjennomføre mulighetsstudie i forhold til akuttambulant team</p>	<p><i>Det er et mål å gjennomføre behandling på lavest riktige nivå. Det er ønskelig å gjennomføre et mulighetsstudie med tanke på gevinst av akuttambulant team. Det bør ses på hvorvidt dette kan sikre behandling på rett sted, og få pasienter inn i rett behandlingsforløp raskere. Det bør også vurderes hvorvidt dette vil hindre innleggelser hvor dette ikke er hensiktsmessig, og avlaste legevakt.</i></p>
---	---

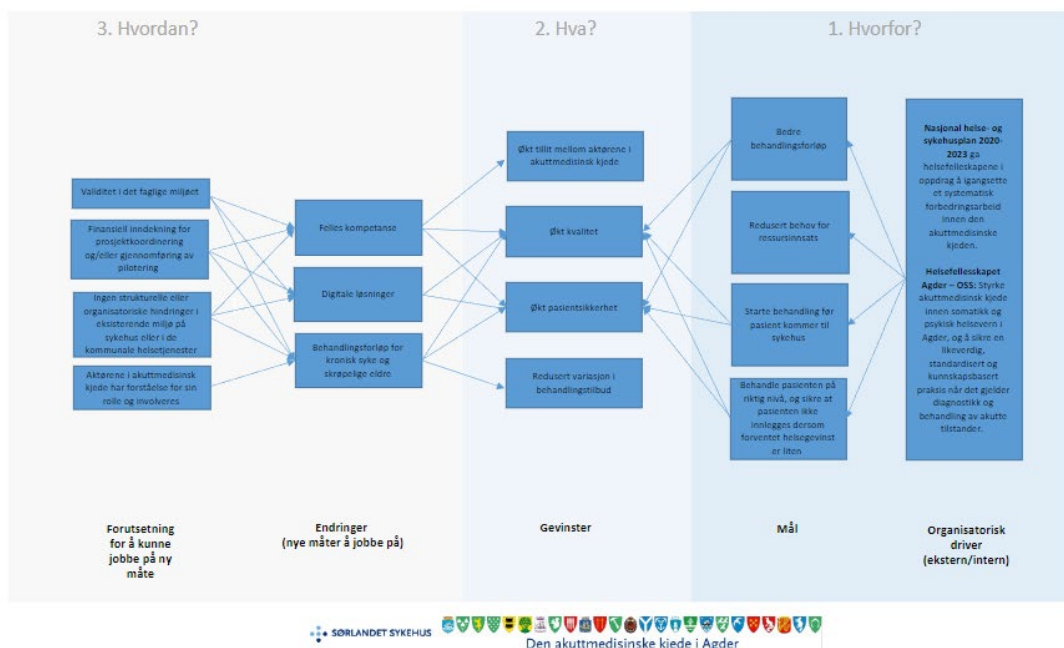
Prosjektgruppen tok initiativ overfor styringsgruppen til å kunne vurdere denne underaktivitet uten premissen akuttambulant team. Pasienter som kan kategoriseres som akutte, vil i all hovedsak ivaretas av den ordinære akuttmedisinske tjeneste og avklares av AMK, eller legevakt. Imidlertid har ofte skrøpelige eldre behov for en grundig geriatrisk kartlegging, da symptombildet ofte avviker fra det ordinære kliniske bildet som andre pasientgrupper ofte identifiseres gjennom.

I underprosjektet har vi tatt utgangspunkt i Legevakten i Kristiansand. Vi ser et potensiale for å benytte avansert kliniske sykepleiere (AKS) i legevakt for å avlaste både fastleger, ambulansetjeneste og ikke minst pasienter. Med utgangspunkt i Kristiansand legevakt ble det utført 5000 turer ut til pasient i 2023.

2300 av disse turene ble utført av ambulanse for å hente inn pasient til legevakt for vurdering/kartlegging. I flere av tilfellene kun for å måle CRP. Dette innebærer at anslagsvis 6 – 7 ambulanseturer ofte kun er transportoppdrag, hvilket legger press på akutt tjenestens kapasitet og ofte innebærer stor belastning for pasienten.

4.0 Gevinster

Aktivitetene i delprosjekt 3 handler i stor grad om økt samarbeid, legge til rette for økt samhandling og god kommunikasjon og kunnskap om pasientenes behov. Dette er illustrert ved hjelp av vedlagte gevinstrealiseringskart.



Det er identifisert 4 hovedgevinster for delprosjektet:

1. Økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede
2. Økt kvalitet
3. Økt pasientsikkerhet
4. Redusert variasjon i behandlingstilbud

4.1 Innføring av standardisert akutt-koffert i hjemmetjenesten

Ved å benytte utstyret i akutt-kofferten settes hjemmesykepleiers medarbeidere i stand til å måle vitalia. Blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens og temperatur er alle indikatorer som kan gi informasjon om alvorlige tilstander. Ved å sette vitalia inn i et system benytter man en matrise som kalles NEWS2. En NEWS2 kan være med på å gi samarbeidende helsepersonell rask informasjon om pasientstatus og hastegrad. Dette er kun en del av bildet når det gjelder skrøpelige eldre. Ofte vil pasientgruppen ha mindre utslag på vitalia/NEWS2 innledningsvis og kunnskap om pasienten og pasientens normale allmentilstand vil ofte være sentrale opplysninger i tidlig fase.

Det å kunne kommunisere ved hjelp av et felles «språk» i kontakt med f.eks. lege, AMK, legevakt eller ambulanspersonell sikrer effektiv informasjonsoverføring. I tillegg til å inngi tillit, vil slik informasjonsutveksling bidra til økt pasientsikkerhet fordi man systematiserer og analyserer tilgjengelig informasjon. Det vil også kunne bidra til at pasienten sikres riktig behandling til riktig tid. Dette bildet forsterkes ytterligere dersom man benytter ISBAR i informasjonsoverføringen.

Prosjektet har kartlagt forutsetninger og kunnskap knyttet til NEWS2, ISBAR og observasjonskompetanse gjennom kartlegging av både før og etter pilotering. Vi vil også søke å validere bruken av VR-brille i opplæringen i denne underaktiviteten. Resultatet av kartleggingene presenteres i endelig rapport.

Som i alle endringsprosesser er det en forutsetning at nye rutiner følges opp også etter avslutning av piloten. Gevinsten vil avhenge av om denne forutsetningen er til stede.

4.2 Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie

Den akuttmedisinske kjede har i lengre tid vært opptatt av og sett hvordan ressursene i kjeden er under press. Som beskrevet i punkt 2.4, viser målinger ved Legevakten i Kristiansand at de har 6- 7 transportoppdrag med ambulanse til og fra legevakten med pasienter som trenger avklaring. Mange av disse pasientene kan tilhøre grupper som ikke bør omfattes av behandlingsavklaringer. Erfaringen til legevakten er allikevel at man ofte mottar henvendelser fra både hjemmesykepleien og sykehjem hvor behandlingsavklaringer ikke foreligger. Majoriteten av pasienter som i dag bor på sykehjem og flere som ivaretas av hjemmesykepleien er så multimorbide at det kan være hensiktsmessig å definere behandlingsavklaringer for å redusere belastningen for pasient, pårørende og helsetjenesten. Mange leger vegrer seg for å utarbeide behandlingsplaner. Det er ressurskrevende, ofte er man usikre på hvordan denne kan defineres og kommuniseres videre, ofte skal pårørende involveres og det er ikke gode nok økonomiske incitament i takstsystemet. Elementer av dette, identifiserte vi i vår grunnleggende kartlegging, innledningsvis i prosjektet.

Ved å implementere en strukturert mal for bruk i arbeidet er prosjektgruppen av den oppfatning, at man forenkler arbeidet med behandlingsavklaringer. For pasienter vil en slik plan, gi bedre forutsetninger for hvordan helsepersonell best skal ivareta den enkelte og deres pårørende når situasjonen tilsier det. De etiske aspektene i å ha en god plan for behandlingsnivå må nevnes. Mange eldre opplever å bli flyttet i løpet av sine siste dager/timer, kanskje uten å ønske det selv. Dette kan utgjør en stor merbelastning for pasient, pårørende og helsepersonell. Helsepersonell er pålagt å iverksette livreddende tiltak i akuttsituasjoner og kan kun unnlate slike tiltak, dersom dette er definert av lege. Mange sykehjem har rutiner for dette, men ofte erfarer ambulanspersonell at det ikke foreligger tilgjengelig informasjon i akuttsituasjoner som tilsier at de skal følge en slik plan. Prosjektgruppen peker på delprosjekt 2 og deres omtale av kjernejournal for å sikre at behandlingsplaner gjøres tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell.

Delprosjektet har pilotert OBSplan i samarbeid med en fastlege og en institusjonsleder i Arendal kommune. Skjemaet er ytterligere vurdert av en annen fastlege. Evalueringen av dette arbeidet presenteres i endelig rapport, men vi har så langt mottatt positive signaler knyttet til bruken av malen. I så måte understøtter delprosjektet de fire identifiserte gevinstene i prosjektet.

4.3 Forenkle forløp -hoppe over ledd

På tross av manglende muligheter til å gjennomføre målsetningen om å forenkle og innføre ny rutine for hoftebruddpasienter, tar prosjektgruppen allikevel et initiativ til det ortopediske miljøet etter anbefaling fra fagdirektør og ber om at de arbeider videre med å utarbeide et tiltakskort basert på nasjonal standard «fast-track hoftebrudd #3696». En slik rutine vil sikre gevinstrealisering i tråd med målene prosjektet har arbeidet etter. Vår anbefaling er at man i det videre arbeider for å innføre forenklede forløp, også på dette området i SSHF.

Hensikten med et slik tiltakskort er å sørge for å optimalisere og gi raskere behandling til pasienter med hoftebrudd.

- Erfaring er at innføring av fast-track reduserer komplikasjoner, som trykksår, forvirring og pneumoni (lungebetennelse).

- Studier viser også kortere liggetid og redusert mortalitet (dødelighet). For ambulansespersonellet innebærer det at de følger pasient fra skadested, til sengepost, via røntgen og pasienten slipper å forholde seg til flere personer enn strengt nødvendig.
- Enklere smertelindring og informasjonsoverføring og tid fra skade til ankomst ortopedisk avdeling reduseres.

4.4 Ambulerende team

Som vist i punkt 3.5, vil innføring av ambulerende team med utgangspunkt i legevakt kunne redusere belastningen for pasient og tjeneste samt bidra økt kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Det er rimelig å anta at det også kan bidra til økt tillit mellom samarbeidende helsepersonell. Vi velger å vise potensialet ved en slik mulighetsstudie ved hjelp av de underliggende punktene.

Hvordan bruke AKS sykepleier i en ambulerende tjeneste i kommunen?

- Være organisert fra legevakt
- AKS sykepleier foretar hjemmebesøk hos pasienter. Kartlegger, vurderer og avklarer, event. konfererer med lege pr telefon eller videokonsultasjon
- AKS spl hele døgnet alle dager i året eller kveld/natt/helg? AKS spl hele døgnet for å serve fastleger som er ansatt av kommunen og legevakten. Private legesenter bør organisere med eget «primærhelseteam» da de ikke må fratras sitt ansvar. Flere private legesenter i Kristiansand har sykepleiere i primærhelseteam. Arendal med nytt helsehus hvor legevakt er stasjonert og hvor det skal opprettes kommunalt legesenter kan gjøre god bruk av AKS sykepleier hele døgnet
- AKS spl kan være et bindeledd mellom legevaktslege, fastlege og andre kommunale helsetjenester

Hvorfor AKS sykepleiersteam fra legevakt?

- Flere eldre (eldrebølge). Mange skrøpelige eldre bor hjemme
- Færre leger og færre sykepleiere/helsearbeidere
- Bruke ressurser på best mulig måte for å sikre god kvalitet på tjenestene mest mulig effektivt

Fordeler med AKS sykepleiersteam fra legevakt

- Avlaste/frigjøre legevaktslege
- Frigjøre ambulansekapasitet for transport av pasienter til og fra legevakt
- Forhindrer innleggelse sykehus og kommunal øyeblikkelig hjelp
- Pasienter blir avklart uten transport til legevakt og kan i flere tilfeller behandles hjemme
- Kan bidra til raskere avklaring av skrøpelige pasienter
- Økonomisk besparende å behandle pasienter i eget hjem
- Hjemmesykepleien får tilgang på raskere avklaring av pasienter, økt trygghet både for pasient, pårørende og for hjemmesykepleien
- Mindre belastende for pasienten og for pårørende når avklaring kan skje i eget hjem

Bakdelar med AKS sykepleierteam fra legevakt

- Fastleger som ikke er godt nok kjent med AKS sykepleieres kompetanse
- Uklar rollefordeling mellom lege og AKS sykepleier
- Begrenset ressurs for distriktene

Helsetjenesten står foran en rekke utfordringer, særlig knyttet til tilstrekkelig kompetanse og ressurser. Ved å tenke oppgavedeling, bruk av teknologi og tett samarbeid vil man kunne oppnå ressursbesparelser. Ved å benytte tilgjengelige kompetanse og sikre god oppgavedeling i kombinasjon med kvalitetssikring og trygge rutiner, underbygges god ressursutnyttelse. En tydelig TØRN tilnærming vil kunne bidra til å at akutt tjenestens samlede ressurser mer brukes mer effektivt, kan øke pasientsikkerheten og bidra til økt tillit mellom aktørene i kjeden.

5.0 Framdriftsplan

FREMDRIFTSPLAN								
Q1-23	Q2-23	Q3-23	Q4-23	Q1-24	Q2-24	Q3-24	Q4-24	
Kartlegging og delprosjektplan		Utarbeide mal, behandlingsavklaring, pilotere i kommune				Evaluere og sluttrapport		
		Implementere akuttsekk i pilotkommune, inkl. opplæring og samhandlingsarenaer						
		Forenklede forløp i sykehus						

5.1 Oppsummering

Delprosjekt 1, 2 og 4 følger i all hovedsak etablerte fremdriftsplan. Delprosjekt 3, forenkle forløp anbefaler prosjektgruppen, at ivaretas i regi av SSHF, som et eget prosjekt. Dette følger av at de prehospitaltjenestene er en del av SSHF og endringer pre- og inhospitalt best ivaretas i egen organisasjon.

5.2 Risiko og tiltak

Risiko i prosjektet er i all hovedsak beskrevet i gevinstavhengighetskartet. Prosjektgruppen vil peke særlig på det å sikre validitet i det akuttmedisinske miljøet. Dette kan gjøres ved å øke kunnskapen om avhengighetene mellom de ulike tjenestenivåene og. Kunnskap om hverandres forutsetninger og forventninger til hverandre, er helt sentralt i arbeidet med god pasientsikkerhet, og god kvalitet.

Nødvendige ressurser til å sikre samarbeid og finansiering av utstyr og opplæring, vil være en forutsetning for å sikre god og felles forståelse for hvordan man kan løse felles utfordringer.

5.3 Økonomi og ressurser

Utgifter så langt i prosjektet følger de rammer som er estimert og er som følger:

- Akuttkofferter kr. 40 000.-
- Pilotering av behandlingsplan kr. 15 000.-

Sum forbruk per dato. Kr. 55 000.-

5.4 Evaluering av gjennomføringsfase

Det er generelt krevende å sikre deltagelse i prosjektgruppene. Manglende kontinuitet bidrar til å økt merarbeid for prosjektleder.

Positivt å dele prosjektgruppen opp i mindre grupper for å ivareta enkeltoppgaver underveis.

5.5 Deltakere i gjennomføringsfasen

Navn	Rolle i gjennomføringsfase	Stillingstittel / Arbeidssted
Åshild Grimestad Pettersen	Deltager i delprosjekt 3	Fagkoordinator. Legevakten i Kristiansand
Anne Kjersti Tynes	Deltager i delprosjekt 3	Fagutvikler Arendal kommune
Renate Løland	Deltager i delprosjekt 2 og 3	Fagutvikler Kvinesdal kommune
Bente Karin Torkildsen	Deltager i delprosjekt 3	Sykepleier, SSHF, Flekkefjord
Martin Hauge	Deltager i delprosjekt 3	Ambulansesjef SSHF
Einar Kristian Smedsaas	Deltager i delprosjekt 3	Ass. stasjonssjef Arendal ambulansestasjon
Jan Ståle Nilsen	Deltager i delprosjekt 3	Kommuneoverlege Arendal kommune
Heidi Helene Hamre	Prosjektleder delprosjekt 3	Rådgiver, Arendal kommune