

## Prosjektrapport for delprosjekt 1- Felles kompetanse



### 1.0 Oppsummering delprosjekt 1

I delprosjekt 1 var 3 underaktiviteter definert:

FELLES KOMPETANSE	
Etablere arenaer for hospitering	<i>Hospitering er et viktig moment i samhandlingen fordi det fremmer kjennskap til samhandlingspartneres handlingsrom og arbeidsoppgaver. Hospitering oppleves i dag å i stor grad være ensidig mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det finnes systemer for gjensidig hospitering, men disse benyttes i for liten grad. Det er ønskelig å se på muligheter for å «gjenopplive» arenaer for gjensidig hospitering, og sikre at rammevilkårene er på plass for å få dette til.</i>
Etablere arenaer og strukturer for samtrening	<i>Det er ofte i overgangen mellom leddene i den akuttmedisinske kjeden at avvik og uønskede hendelser oppstår. Derfor er det viktig med samtrening, slik også akuttforskriften krever. Man bør spesielt se på mulighetene simulering gir. Det er ønskelig å se på muligheten for å etablere arenaer for samtrening der flere ledd kan delta enn det som er tilfellet i dag.</i>
Gjennomføre mulighetsstudie med tanke på felles prosedyreportal	<i>Det er viktig at leddene i samhandlingskjeden har kjennskap til hverandres prosedyrer, slik at vi snakker samme språk og skaper forutsigbarhet. Dette vil også være med på å fremme kunnskap om hverandres arbeid, og skape forståelse for hverandres forutsetninger i det hverdagen. Det bør gjennomføres et mulighetsstudie med tanke på eventuell gevinst av en felles prosedyreportal, og beste innretningen på en slik</i>

Delprosjektgruppen har ikke gjennomført mulighetsstudie for felles prosedyreportal, men ser at dette er noe som bør følges opp videre og ses i sammenheng med arbeidet Helsefellesskapet har i sin handlingsplan for felles publiserings- og samhandlingsløsning.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Hovedfokuset i gjennomføringsfasen har vært underaktivitetene; hospitering og samtrening:

Underaktivitet	Gjennomført	Evaluering/videre anbefaling
<b>1. Hospitering</b>	Pilot på intern hospitering mellom fagutviklere i hjemmesykepleie, legevakt og KØH i Arendal kommune	<p>Evalueringsarbeid med spørreskjema til hospitanter og verter og intervju av fagutviklere er gjennomført</p> <p>Evaluering viser en bedre forståelse for roller og ansvar</p>
<b>2. Samtrening</b>	<p><b>Simulering</b> med ambulansepersonell, AMK kommunehelsetjeneste, fastlegekontor i Evje</p> <p><b>VR-simulering</b> med ambulansepersonell (Evje og Bygland) og hjemmesykepleien (Farsund)</p>	<p>Evalueringsarbeid med spørreskjema og intervju av ressurspersonene i piloten er gjennomført.</p> <p>Simulering bør være et prioritert område videre i akuttmedisinsk kjede i Agder.</p> <p>Evalueringsarbeid med spørreskjema og intervju av ressurspersonene i piloten er gjennomført.</p> <p>VR-simulering kan være et nyttig verktøy for opplæring og forbedring av samhandling, kompetanse og pasientbehandling.</p>

### Oppsummering Hospitering

Intern hospitering mellom fagutviklere i hjemmesykepleie, legevakt og KØH i Arendal kommune. Hospiteringen har gitt deltakerne innsikt i de konkrete oppgavene og ansvarsområdene til både legevakt og KØH, noe som styrker tilliten. Justeringer basert på hospiteringserfaringer har sikret en felles forståelse av forventninger og arbeidsmetoder og bedrer kunnskapen om hverandres tjeneste.

### Konklusjon hospitering:

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Intern hospitering i Arendal kommune har vist seg å øke situasjonsforståelsen og tilliten blant fagutviklere, hospiteringen har bidratt til en bedre forståelse av roller og ansvar, forbedret kommunikasjon og samhandling, samt en mer enhetlig forståelse av prosedyrer og forventninger. Dette har igjen resultert i økt medarbeidertilfredshet, med hevet kompetanse, et forbedret arbeidsmiljø og større muligheter for personlig og faglig utvikling. Arendal kommune jobber med å videreføre intern hospitering fra sine fagutviklere.

### Videre anbefaling hospitering:

1. Benytte gjensidig hospitering mer enn tidligere og sikre at hospitering blir en fast del av arbeidskulturen for å opprettholde og videreutvikle situasjonsforståelse og tillit.
2. De ulike kommunene er ulikt organisert med legevakt og KØH, det er derfor behov for å undersøke hvordan en slik hospitering kan gjennomføres i de andre kommunene
3. Gjennomgå prosedyrer jevnlig basert på erfaringer fra hospiteringen for å sikre at de er oppdaterte og relevante.
4. Utnytte mulighetene som ligger i den etablerte gjensidige hospiteringen på tvers av sykehus og kommune

### Oppsummering samtrening

Samtrening med øvelser har vært en viktig metode for å forbedre samarbeidet og effektiviteten i den akuttmedisinske kjeden. Gjennom strukturerte øvelser har helsepersonell fått muligheten til å øve på samarbeid, kommunikasjon og respons i ulike scenarier. Samlet sett har samtrening med øvelser vært en effektiv metode for å forbedre samarbeid, kompetanse og behandlingskvalitet i den akuttmedisinske kjeden. Gjennom regelmessig trening og evaluering kan helsepersonellet kontinuerlig forbedre sine ferdigheter og arbeidsmetoder, noe som gir bedre pasientbehandling og økt medarbeidertilfredshet.

### Konklusjon samtrening:

Samtrening med øvelser har vist seg å være en god metode for å styrke samarbeidet og effektiviteten i den akuttmedisinske kjeden. Gjennom regelmessige og strukturerte øvelser får helsepersonell muligheten til å forbedre sine ferdigheter innen samarbeid, kommunikasjon og respons i ulike akutte situasjoner. Denne kontinuerlige treningen bidrar ikke bare til økt kompetanse og bedre behandlingskvalitet, men også til høyere medarbeidertilfredshet. Samlet sett fører dette til en mer robust og effektiv akuttmedisinsk tjeneste, som er bedre rustet til å gi optimal pasientbehandling.

### Videre anbefaling samtrening:

1. Det bør satses på å få på plass fasilitatorer i alle kommuner (pdd mangler 8 kommuner egne fasilitatorer)
2. Fortsette med regelmessige simuleringer for å opprettholde innsikten i oppgaver og ansvarsområder i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
3. Simulering bør legges inn i turnus

# Den akuttmedisinske kjede i Agder

## Oppsummering VR-simulering

VR-simuleringer har vist seg å gi gevinster i form av økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede, økt behandlingskvalitet og økt medarbeidertilfredshet. Erfaringene fra deltakerne viser at VR-simuleringer kan være et nyttig verktøy for opplæring og forbedring av samhandling, kompetanse og pasientbehandling

VR-simuleringer har vist seg å gi gevinster i form av økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede, økt behandlingskvalitet og økt medarbeidertilfredshet. Erfaringene fra deltakerne viser at VR-simuleringer kan være et nyttig verktøy for opplæring og forbedring av samhandling, kompetanse og pasientbehandling.

## Konklusjon VR-simulering

VR-simuleringer har vist seg å være et verdifullt verktøy i den akuttmedisinske kjeden. De har bidratt til økt tillit mellom aktørene, forbedret behandlingskvalitet og økt medarbeidertilfredshet. Erfaringene fra deltakerne viser at VR-simuleringer gir bedre forståelse av samarbeidspartneres arbeid, noe som styrker samarbeidet og tilliten.

Simuleringene har også forbedret samhandlingen mellom ulike aktører ved å tilby trygg mengdetrening, noe som igjen styrker tilliten. Med økt kompetanse og bruk av standardiserte verktøy som ISBAR/NEWS2, har VR-simuleringene bidratt til bedre og mer effektive pasientforløp. Realistiske og relevante simuleringer har ytterligere forbedret behandlingskvaliteten. Totalt sett viser erfaringene at VR-simuleringer er en engasjerende og effektiv måte å forbedre samhandling, kompetanse og pasientbehandling på, og bør derfor vurderes for videre implementering og utvikling i den akuttmedisinske kjeden.

Delprosjektet har understøttet allerede pågående bruk av VR på sykehus/kommune. VR brukes i varierende grad, og økonomi oppgis som hovedårsak til manglende bruk/breidning.

## Videre anbefaling VR-simulering:

1. For å bredde bruk av VR i kommuner og sykehus på Agder er det behov for å undersøke videre organisering
2. For å innføre VR på fast basis krever det at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet. Dette krever involvering og oppfølging over tid.
3. Utforsk mulighetene for tverrfaglige VR-simuleringer som involverer flere aktører samtidig, for å styrke samarbeidet ytterligere.

## 1.1 Måloppnåelse

Felles hovedmål for prosjektet har vært:

1. **Bedre behandlingsforløp**
2. **Redusert behov for ressursinnsats**

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

3. **Starte behandling før pasient kommer til sykehus**
4. **Behandle pasienten på riktig nivå, og sikre at pasienten ikke innlegges dersom forventet helsegevinst er liten**

I tillegg har det blitt definert ulike gevinster for dette delprosjektet, se pkt. 1.2 Gevinstrealisering.

Delprosjekt 1 Felles kompetanse har på ulike måter bidratt til måloppnåelse og det er et stort potensial for ytterligere måloppnåelse ved å satse videre på hospitering og samtrening i den akuttmedisinske kjede.

### **Måloppnåelse hospitering:**

Gjennom spørreundersøkelse i forkant og etterkant av piloten i tillegg til intervju med fagutviklere i tillegg til intervju med fagutviklere, så vi at intern hospitering gav en økt situasjonsforståelse, og dermed bidro til økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede

### **Måloppnåelse samtrening:**

Gjennom spørreundersøkelse i forkant og etterkant av piloten, i tillegg til intervju i etterkant med fasilitator, viser det at samtreeningen forbedrer samarbeidet, kommunikasjonen og responsen blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden.

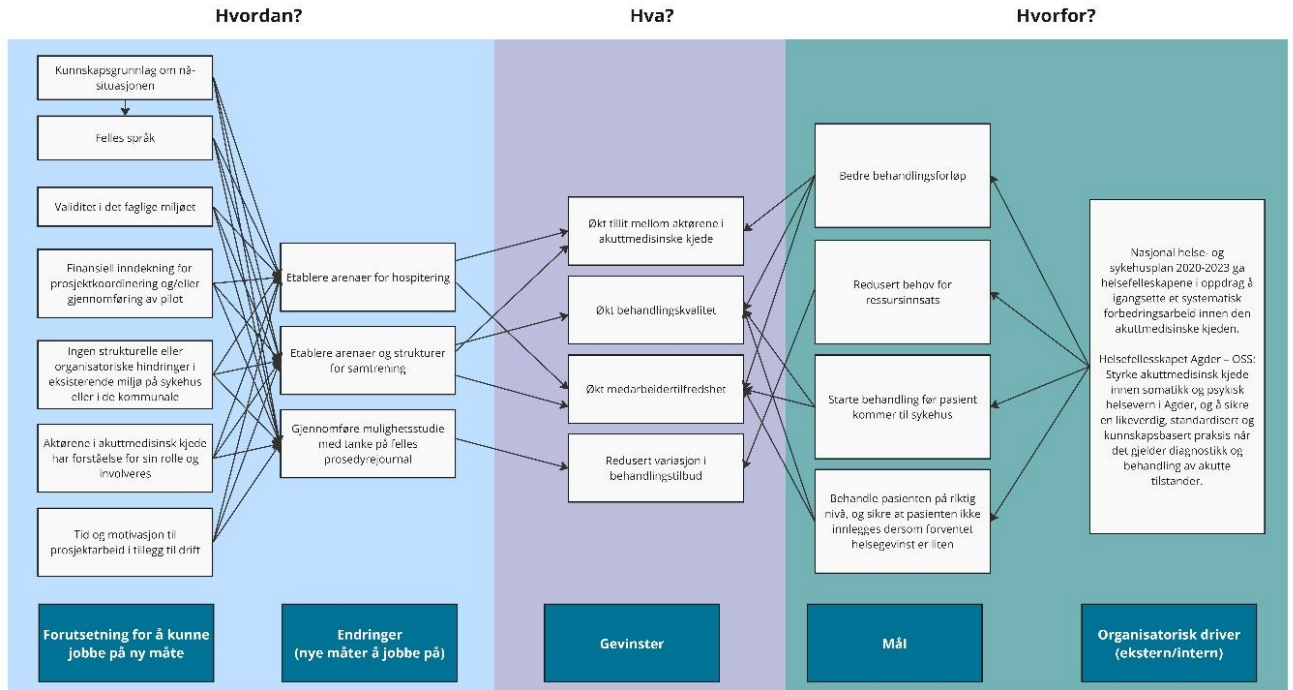
### **Måloppnåelse VR-simulering:**

Gjennom spørreundersøkelse i forkant og etterkant av piloten, i tillegg til intervju i etterkant, viser det at VR-simuleringen bedrer forståelse av samarbeidspartnere: VR-simuleringene gir deltakerne innsikt i hvordan samarbeidspartnere jobber, noe som bidrar til økt tillit og bedre samarbeid.

## [1.2 Gevinstrealisering](#)

Gevinstavhengighetskart er benyttet for å synliggjøre sammenheng mellom viktige elementer i gevinstrealiseringprosessen. Underaktivitetene i dette delprosjektet legger til rette for økt hospitering og samtrening i den akuttmedisinske kjede. Prosjektgruppa har erfart at de mange forutsetningene for endringer har gjort det utfordrende å jobbe med gevinstrealisering rundt hospitering og samtrening i akuttmedisinsk kjede. De identifiserte gevinstene i delprosjektet er beskrevet nedenfor.

# Den akuttmedisinske kjede i Agder



## Gevinstavhengighetskart Delprosjekt 1 Felles kompetanse (også i vedlegg)

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

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

Nedenfor beskrives i hvilken grad de ulike underaktiviteter treffer disse hovedgevinstene og hvilke indikatorer som ble valgt som resultatmål, samt hvordan disse ble fulgt opp i evalueringsfasen.

I henhold til styringsdokumentet vil gevinstene gjøre seg gjeldende i form av økt kvalitet og pasientsikkerhet.

### 1.2.1 Hospitering

Det er gjennomført spørreundersøkelser og intervjuer av fagutviklere for å evaluere effekten av intern hospitering. Nedenfor beskrives hvordan tiltaket har bidratt til gevinstrealisering i den akuttmedisinske kjeden.

Intern hospitering gir deltakerne gjensidighetskunnskap, som styrker tilliten mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede

- **Bedre forståelse av roller og ansvar:** Hospiteringen har gitt deltakerne innsikt i de daglige oppgavene og ansvarsområdene til både legevakt og KØH. Denne forståelsen har skapt økt respekt og tillit mellom aktørene.
- **Forbedret kommunikasjon og samhandling:** Felles erfaringer fra hospitering er blitt delt i ledermøter og mellom fagutviklingssykepleiere. Dette har styrket samhandlingen mellom ulike enheter.
- **Felles prosedyrer og forventningsavklaring:** Basert på erfaringer fra hospiteringen er prosedyrer blitt justert og forbedret. Dette sikrer enhetlige arbeidsmetoder og bygger ytterligere tillit.

Eksempel:

En fagutvikler fra hjemmesykepleien deltok i hospitering ved legevakten og fikk innsikt i hvordan triage gjennomføres og prioriteringer settes i akutte situasjoner. Dette ga bedre forståelse av arbeidsflyten og hvordan hjemmesykepleien kan tilrettelegge for effektiv pasientovergang.

*"Jeg innså hvor mye informasjon vi kan forberede før pasienten når legevakten. Dette letter arbeidet deres og øker pasientsikkerheten."*

– Fagutvikler i hjemmesykepleien

Økt trygghet og samarbeid for pasientbehandling

Hospiteringen har også vist seg å skape tryggere og mer effektive pasientoverganger.

Hjemmesykepleiere rapporterer at innsikt i legevaktens prioriteringer har gjort dem bedre rustet til å kommunisere pasientens behov. Dette øker pasientsikkerheten og skaper mer individtilpasset behandling.

### 1.2.2 Samtrening

Samtrening i den akuttmedisinske kjeden er gjennomført for å styrke tillit, behandlingskvalitet og medarbeidertilfredshet. Nedenfor beskrives hvordan simuleringer har bidratt til gevinstrealisering.

Økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede

- **Bedre forståelse av roller og ansvar:** Simuleringene har gitt deltakerne innsikt i oppgavene og ansvarsområdene til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til bedre forståelse og respekt for hverandres roller, noe som styrker tilliten.
- **Forbedret kommunikasjon og samhandling:** Gjennom møter med ledelse og fagutviklingssykepleiere har erfaringene fra simuleringene blitt delt, noe som har styrket samarbeidet mellom aktørene.
- **Felles prosedyrer og forventningsavklaring:** Justeringer basert på erfaringer fra simuleringene har bidratt til en felles forståelse av forventninger og arbeidsmetoder.

Eksempel:

Under en simulering som involverte ambulansepersonell og hjemmesykepleien, ble det tydelig hvordan tidlig melding om pasientens vitale tegn kan forberede legevakten bedre. Dette forbedret pasientflyten og ga helsepersonell trygghet i overgangen.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

*"Det var en øyeåpner å se hvordan små forbedringer i kommunikasjonen kan gjøre store forskjeller i pasienthåndteringen."*  
– Ambulansearbeider

### Økt behandlingskvalitet

- **Identifisering og utbedring av svakheter:** Simuleringene har avdekket svakheter i pasientforløp, som har blitt utbedret for å styrke behandlingskvaliteten.
- **Kontinuerlig forbedring:** Gjennom regelmessige simuleringer og evalueringer sikres en kontinuerlig forbedring av behandlingsprosedyrer og pasienthåndtering.
- **Bedre forberedelse og respons:** Simuleringene gir helsepersonell muligheten til å trene på ulike scenarier i en trygg arena, noe som forbedrer deres forberedelse og evne til å respondere i akutte situasjoner.

### Eksempel:

En simulering viste hvordan et koordinert bruk av ISBAR-metodikken forbedret pasientoverganger mellom hjemmesykepleien og AMK. Dette økte nøyaktigheten i informasjonsflyten og reduserte forsinkelser i pasientbehandlingen.

### Økt medarbeidertilfredshet

- **Økt kunnskap og kompetanse:** Deltakerne fikk mulighet til å lære nye ferdigheter og oppnå en bedre forståelse av hele den akuttmedisinske kjeden. Dette økte deres kompetanse og selvtillit.
- **Bedre arbeidsmiljø og samarbeid:** Simuleringene bidro til bedre forståelse og respekt for hverandres roller, noe som reduserte konflikter og forbedret arbeidsmiljøet.
- **Mulighet for personlig og faglig utvikling:** Simuleringene ga medarbeidere en mulighet til å utvikle seg både faglig og personlig gjennom innsikt i ulike arbeidsmetoder og praksiser.

### Eksempel:

Etter simuleringen rapporterte deltakerne at det økte deres trygghet i møte med komplekse situasjoner og styrket samarbeidet mellom de ulike aktørene i pasientforløpet.

*"Å trene i en simulert, trygg setting gjør at vi føler oss mer rustet til å håndtere reelle situasjoner."*  
– Sykepleier

### 1.2.2 VR-simulering

VR-simulering har vist seg å være et effektivt verktøy for å styrke tilliten mellom aktørene, øke behandlingskvaliteten og forbedre medarbeidertilfredsheten i den akuttmedisinske kjeden. Nedenfor beskrives hvordan VR-simulering har bidratt til gevinstrealisering.

### Økt tillit mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede

- **Bedre forståelse av samarbeidspartnere:** Deltakerne rapporterte økt innsikt i samarbeidspartnerens arbeidsmetoder, noe som bidro til bedre samarbeid og tillit mellom aktørene.



## Den akuttmedisinske kjede i Agder

- **Forbedret samhandling:** VR-simuleringene ga mulighet til å trene på samarbeid i ulike scenarier, noe som styrket relasjonene og den tverrfaglige samhandlingen.
- **Mengdetrening i trygge omgivelser:** VR-simuleringene ga aktørene en trygg arena for mengdetrening, som bidro til større selvsikkerhet og bedre samarbeid i reelle situasjoner.

### Eksempel:

Ambulansepersonell som deltok i VR-simuleringer rapporterte at de bedre forstod hjemmesykepleiens prioriteringer og ansvar, noe som forbedret samarbeidet i akutte situasjoner.

*"Å trene på denne måten gjorde meg mer bevisst på hvordan vi kan støtte hverandre bedre, og det øker tilliten."* – Ambulansearbeider

### Økt behandlingskvalitet

- **Økt kompetanse:** VR-simuleringene forbedret deltakernes kunnskap, spesielt i bruk av verktøy som ISBAR og NEWS2, som er viktige for pasientsikkerheten.
- **Forbedret pasientforløp:** Flere deltakere opplevde at simuleringene ga økt forståelse for hvordan ulike ledd i kjeden kan optimalisere pasientforløpene.
- **Realistiske og relevante treningsscenarier:** Deltakerne fant simuleringene svært relevante for deres daglige arbeid, noe som styrket læringsutbyttet.

### Eksempel:

Hjemmesykepleiere som deltok i simuleringer rapporterte at de følte seg bedre forberedt til å samarbeide med AMK og ambulansepersonell, noe som resulterte i raskere og mer målrettet pasientbehandling.

*"Vi har fått en mye bedre forståelse av hvordan informasjonen vår kan gjøre en forskjell for pasienten og samarbeidet."* – Sykepleier

### Økt medarbeidertilfredshet

- **Brukervennlighet og fleksibilitet:** VR-brillene ble opplevd som enkle å bruke og lett tilgjengelige, noe som gjorde opplæringen mer effektiv.
- **Tidsbesparende opplæringsverktøy:** Simuleringene ble vurdert som en rask og engasjerende måte å lære på, noe som reduserte stress og økte tilfredsheten.
- **Støtte og veiledning:** God støtte underveis i simuleringene bidro til en positiv læringsopplevelse for deltakerne.

### Eksempel:

Noen deltakere tok med seg VR-briller hjem for å øve videre, noe som illustrerer fleksibiliteten og engasjementet VR-simuleringene skaper.

*"Å kunne trene når det passet meg, ga en frihet som gjorde læringen enda mer effektiv."* - sykepleier

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

### 1.3 Overlevering til linja

Følgende underaktiviteter er gjennomført og ansees som overført til linje ved prosjektslutt:

1. **Hospitering** - Etter avsluttet pilot har fagutviklere i hjemmetjenesten i Arendal ønsket å fortsette med intern hospitering videre. Det har blitt avtalt omvisning på KØH og legevakt for alle fagutviklere i hjemmetjenesten.
2. **Samtrening** - Fasilitatorene i Evje har i etterkant av piloten gjennomført to simuleringer i etterkant og de ser for seg å få til 4 simuleringer pr år. De har i tillegg fått forespørsel fra Bygland om de kan gjennomføre simulering i samarbeid med dem.
3. **VR-simulering** – PTSS har som mål å ta i bruk VR i opplæring og simulering. De har inngått et nytt samarbeid med MakingView i perioden sept 24- mars 25. Opplæringen har fokus på å sikre en felles situasjonsforståelse blant samhandlende helsepersonell gjennom bruk av metoden ISBAR. ISBAR er i dag en del sykehusets verktøy for strukturert rapportering i overgangen mellom de ulike leddene. I tillegg øves NEWS2 og ABCDE som inngår i strukturert undersøkelsesmetodikk. Dette bidrar også i større grad til felles situasjonsforståelse av pasientens tilstand samt avklare riktig behandlingsnivå.

For videre anbefalinger knyttet til de ulike punktene henvises til oppsummering og videre anbefalinger under pkt. 1.0.

### 1.4 Prosjektøkonomi

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

Budsjett delprosjekt 1		Regnskap delprosjekt 1
Frikjøp av aktuelt personell hospitering	50 000	pt.0
Pilotering og samtrening	50 000	4250
VR-simulering	30 000	11 300
Oppfølging og evaluering	20 000	pt.0
Estimert sum	150 000	15 550
<b>Underforbruk pr. 26.11.24</b>		<b>134 450</b>

Samlet økonomi for prosjektet *Den akuttmedisinske kjede i Agder* rapporteres i felles sluttrapport.

#### Kommentarer til økonomi:

1. **Valg av leverandør til VR-briller** var uavklart ved prosjektoppstart. I piloten har det blitt benyttet VR-briller fra MakingView som gav oss en rabattert pris på løsningen deres i pilotperioden.
2. **Overskudd prosjektmidler**

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Midler som ikke benyttes i delprosjekt 1 fordeles til andre delprosjekt i prosjektet etter vurdering av behov og godkjenning i prosjektledelse (Arbeidsutvalg). Ved prosjektslutt vil ev. overskuddsmidler bli anbefalt brukt til oppfølging av tiltak i akuttmedisinsk kjede, etter beslutning i FSU/AU for akuttmedisinsk kjede.

En del av midlene til oppfølging og evaluering blir benyttet til avsluttende møte for prosjektet 16.12.24.

### 1.5 Dokumentasjon og lagring

Ferdigstilte rapporter og dokumenter fra prosjekt Akuttmedisinsk kjede i Agder publiseres innen 31.01.25 og blir tilgjengelig for alle under Samhandling / Helsefelleskapet her: [Samhandling - Sørlandet sykehus HF](#).

Dersom dokumenter ønskes tilsendt før de publiseres kontakt prosjektkoordinator [Vibeke.K.Realfsen@sshf.no](mailto:Vibeke.K.Realfsen@sshf.no).

Ferdigstilte dokumenter lagres også i sakssystemet Public 360 ved SSHF under sak 23/09900.

### 1.6 Evaluering av fremdrift og prosess

Delprosjekt 1 har bestått av 7 personer, i tillegg ble det tilknyttet fagpersoner i forbindelse med de ulike underaktivitetene i perioder.

Delprosjektet har levert etter plan jfr. besluttede underaktiviteter.

#### 1.6.1 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.

- Stabil prosjektledelse og -koordinering er nødvendig.
- Stor vilje og ønske om å få til gode løsninger på tvers gir mulighetsrom.
- Innovasjonsarbeid er tidkrevende, og det tar tid å endre vaner

#### 1.6.2 Erfaringer med samhandling i delprosjektet

Hovederfaringer:

Rekruttering av prosjektdeltakere og kontinuitet i arbeidsgruppene har vært en utfordring.

Deltakere fra delprosjektgruppa ble delt inn i 2 mindre arbeidsgrupper for å effektivisere tidsbruk pr. delprosjektdeltaker, en gruppe jobbet med hospitering/samtrening og en gruppe med VR-simulering. Små og dedikerte grupper ansees som hensiktsmessig og anbefales videre.

Delprosjektledere hadde møter hver 14.dag for å sikre erfaringsutveksling og innspill til hverandres prosjekter, noe som opplevdes både nyttig og nødvendig.

Regelmessige møter med AU for akuttmedisinsk kjede har vært nyttig for å få innspill til ulike utfordringer som har dukket opp.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

### 1.7 Læringspunkter

- 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.

### 1.8 Veien videre

Prosjektets resultater og videre anbefalinger blir presentert for prosjekteier i SSU (Strategisk Samarbeids Utvalg) 13.12.24.

Det blir felles oppsummeringsmøte for alle prosjektdeltakere, hvor alle kommuneoverleger er invitert 16.12.24.

Prosjekteier må beslutte eventuelt videreføring av anbefalte områder.

### 1.9 Deltakere i avslutningsfasen

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 stab
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 Egeland	Deltaker i delprosjekt 1	Rådgiver Helse og Omsorg Farsund kommune

### Vedlegg

1. Caser simulering
2. Gevinstrealiseringskart – delprosjekt 1

### Relevante lenker- delprosjekt 1

- [«Samtrening mellom ulike nødetater» SVERRE HÅKON EVJU AUGUST 2022](#)

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

- [Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten – trinnvis modell](#)
- [Norsk Standard for faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere | standard.no](#)
- Fagartikkel: [Trygghet i det små gir kvalitet i de større hendelsene](#), sept.22
- [Forstebest – Bedre og Systematisk Teamtrening](#)
- [BEST-kommune \(bestnet.no\)](#)
- [TAS - SNLA](#)
- Om [TeamSTEPPS](#)

# Sluttrapport for Delprosjekt 2 Digitale løsninger



## 2.0 Oppsummering Delprosjekt 2

Prosjektet *Den akuttmedisinske kjede i Agder* har bestått av 3 delprosjekt. I Delprosjekt 2 Digitale løsninger var 3 underaktiviteter definert:

DIGITALE LØSNINGER	
Nyttiggjøre video- og bildeteknologi, samt digital løsning for fjerndiagnostisering	<i>Vi vet at det blir knapphet på legerressurser 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>
Implementere bruk av kjernejournal	<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>
Utrede behov for felles digital kurve uavhengig av triageringssystem	<i>Det er ønskelig å utrede behovet for en felles digital kurve, og hvilke fordeler dette kan gi for behandlingsforløpet for pasienten. En slik felles kurve bør kunne brukes uavhengig av hvilket triageringssystem man legger til grunn, men hvor man kommuniserer verdier som er gjeldende på tvers av systemer.</i>

Delprosjektgruppen gjennomførte kartlegging, blant annet status for ulike EPJ-systemer og fant ut at arbeid med felles digital kurve var utenfor prosjektets rammer. Mulighet for bruk av bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) ble identifisert, fulgt opp og tatt i bruk raskt under prosjektperioden.

Hovedfokus i gjennomføringsfasen har vært på underaktivitetene; video- og bildeteknologi og implementering av Kjernejournal (KJ):

Underaktivitet	Gjennomført	Evaluering / videre anbefaling
<p><b>1. Nyttiggjøre video og bildeteknologi</b></p>	<p>Pilot på videoløsning mellom ambulanse og legevaktlege i Kristiansand og Lillesand er gjennomført (avsluttet 01.09.24).</p>	<p>Evalueringsarbeid med spørreskjema til ambulansearbeiderne og intervjuer av LV-legene er gjennomført.</p> <p>Evaluering viser lavt volum på bruk, men ofte stor nytte de ganger løsningen brukes. Grundig rapport vedlagt i PP-format.</p> <p>Se også pkt. 2.0.1 nedenfor for videre anbefalinger.</p>
<p><b>2. Implementere bruk av kjernejournal (KJ)</b></p>	<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>20 kommuner tar i bruk anbefalt prosedyre for KJ helt eller delvis.</p> <p>Noen kommuner er fortsatt ikke i gang med bruk av KJ ved prosjektslutt.</p> <p>Bruk av KJ i akuttmedisinsk kjede bør være et prioritert område videre i akuttmedisinsk kjede i Agder.</p> <p>Se også pkt. 2.0.2 nedenfor for videre anbefalinger.</p>
<p><b>3. Felles digital kurve</b></p>	<p>Kartlagt ulike EPJ-system i den akuttmedisinske kjede i Agder.</p> <p>Bruk av bildefunksjon i A-EPJ (ambulansejournal) innført.</p>	<p>Det er ingen tvil om at en felles digital kurve er ønskelig, men dette ansees som et stort og kostbart initiativ.</p> <p>Bildefunksjon i A-EPJ ble godt mottatt, og benyttes til dokumentasjon.</p> <p>Sykehuspartner har ingen mulighet for å hente ut tall på antall ganger bildefunksjon i A-EPJ er brukt.</p> <p>Se også pkt. 2.0.3 nedenfor for videre anbefalinger.</p>

## 2.0.1 Oppsummering Video- og bildeteknologi

**Video** som beslutningsstøtte mellom ambulanspersonell og legevaktlege er pilotert i Kristiansand og Lillesand. Se egen sluttrapport for detaljer.

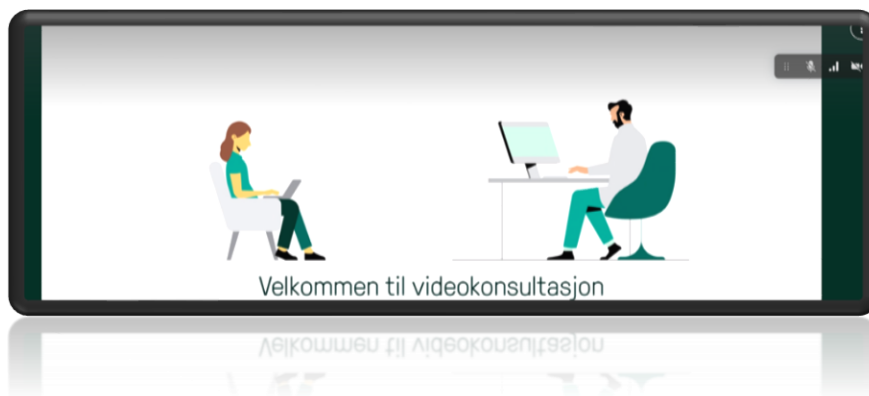
### Konklusjon videopilot:

Video er et nyttig supplement i pasientbehandlingen, som kan bidra til bedre behandlingsforløp og redusere behov for ressursinnsats. Evalueringen viser at video er et enkelt hjelpemiddel for helsepersonell som bidrar til økt beslutningsstøtte både for leger og ambulanspersonell. Bruken av video har vært lavere enn forventet, men nytten har vært stor i de fleste tilfeller løsningen har blitt brukt. NHN videorum er en enkel og lite kostbar løsning å ta i bruk. Formaliteter før oppstart er tidkrevende.

Ambulanseavdelingen SSHF og Kristiansand legevakt jobber med å videreføre bruk av den piloterte løsningen.

### Videre anbefaling Video- og bildeteknologi:

1. De ulike legevakter i Agder er ulikt organisert og det er derfor behov for å undersøke hvordan video kan brukes og implementeres ved de resterende legevaktene.
2. Erfaring fra andre piloter og videoløsninger bør undersøkes før man beslutter hvilke løsninger som egner seg for de ulike legevaktområdene.
3. For å innføre video på fast basis krever det at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet. Dette krever involvering og oppfølging over tid.



## 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, i samarbeid med Norsk Helsenett.

#### **Konklusjon Kjernejournal:**

KJ er godt implementert i spesialisthelsetjenesten, selv om ikke alle aktører i akuttmedisinsk kjede har direkte tilgang til KJ, f.eks. ambulansepersonell.

KJ var fortsatt under implementering i kommunene i Agder i prosjektperioden og innsamlede prosedyrer for bruk av KJ var svært ulike og en del var mangelfulle.

De fleste kommunene (20 av 23) har valgt å implementere anbefalt prosedyre for bruk av KJ helt eller delvis. 2 kommuner har ikke gitt tilbakemelding tross gjentatte purringer.

#### **Videre anbefaling Kjernejournal:**

1. Det bør satses på å understøtte videre implementering og bruk av KJ i Agder, med mål om å ta i bruk ny funksjonalitet fortløpende (behandlingsplaner, pasientens legemiddelliste m.m.), avhengig av nasjonale leveranser.
2. Det er behov for å gjøre status og muligheter i KJ kjent blant aktuelle aktører i den akuttmedisinske kjede, for å understøtte bruk.
3. Bruk av psykiatrisk kriseplan i KJ er en uutnyttet mulighet som bør undersøkes nærmere.

### 2.0.3 Oppsummering Felles digital kurve

Prosjektet skulle utrede behovet for en felles digital kurve. Det ble sett til ulike løsninger, blant annet Akuttkjeden Telemark sitt arbeid med en felles papirjournal. 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. Løsningen ble raskt tilgjengelig og benyttes i ambulanseavdelingen. Sykehuspartner har per nå ingen muligheter for å hente ut tall på antall ganger løsningen er brukt.

#### **Videre anbefaling Felles digital kurve:**

1. Det anbefales å jobbe mot felles systematikk i bruk av ABCDE-undersøkelse, NEWS2-score og ISBAR i hele kjeden, uavhengig av EPJ-system.
2. Det er ingen tvil om at en felles digital kurve er ønskelig, men dette ansees som et stort og kostbart initiativ.
3. Bruk av APler ansees som mer nærliggende og realistisk for deling av relevante data. API (Application Programming Interface) er et grensesnitt som lar to programvareløsninger kommunisere og utveksle data.

## 2.1 Måloppnåelse

Felles hovedmål for prosjektet har vært:

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

I tillegg har det blitt definert ulike gevinster for dette delprosjektet, dette beskrives under pkt. 2.2 Gevinstrealisering nedenfor.

Delprosjekt 2 Digitale løsninger har på ulike måter bidratt til måloppnåelse og det er et stort potensial for ytterligere måloppnåelse ved å satse videre på god felles utnyttelse av digitale løsninger i den akuttmedisinske kjede.

### Måloppnåelse Videopilot:

Gjennom å undersøke ulike pasientcase hvor video mellom ambulanspersonell og lv-lege ble benyttet, ser vi at bruk av video i flere tilfeller har bidratt til bedre behandlingsforløp. Eksempler på dette er:

Case nr.1

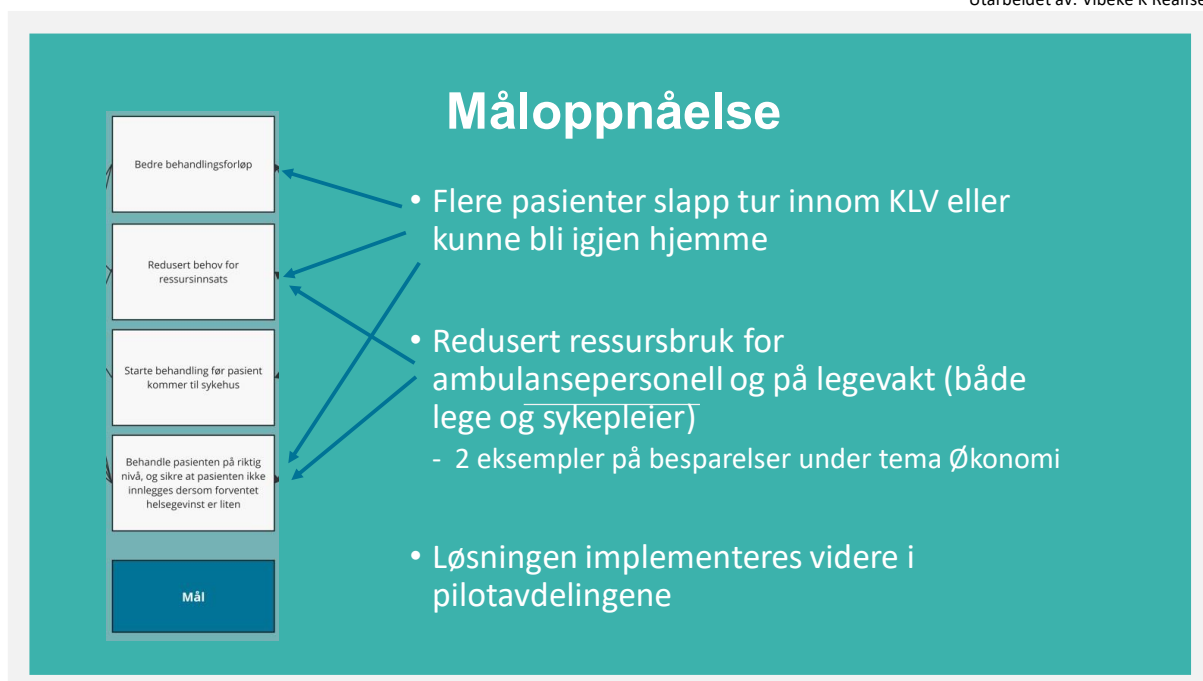
*«Får behandlingsstøtte av lege til å gi ytterligere smertelindring og en direkte innleggelse på sykehus. Pasienten ville i utgangspunktet bli igjen hjemme, men etter video fikk ambulanspersonell støtte av lege og pasienten samtykket til innleggelse.»*

Case nr.2

*«Endret leveringssted etter video. Personell på ambulansen vurderte å la pasient bli igjen hjemme, men etter video så legen noen mer alarmerende observasjoner og vil ha pasienten inn.»*

Redusert behov for ressursinnsats følger naturlig som en konsekvens av at pasienter ikke må kjøres innom legevakt, eller kan bli igjen hjemme.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan bruk av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege har bidratt til måloppnåelse:



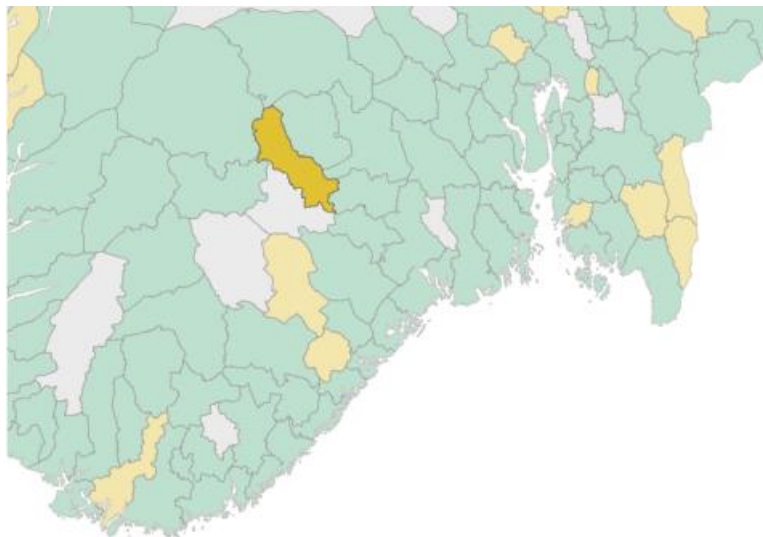
Illustrasjon hentet fra sluttrapport for Videopilot (vedlegg).

### Måloppnåelse Kjernejournal (KJ):

Økt bruk av KJ i Agder henger naturlig sammen med kunnskap om og mulighet for bruk av KJ-løsningen og det er ved prosjektslutt fortsatt noen kommuner som ikke har innført denne løsningen. Ved innsamling av KJ-prosedyrer ble det identifisert ulike forbedringspotensial i eksisterende prosedyrer i alle kommuner, blant annet rundt definisjon av bruksområde og begrepsavklaringer. Prosjektet har bidratt med en anbefalt prosedyre for bruk av KJ i kommunene. 20 av 23 kommuner som har gitt tilbakemelding, har valgt å implementere den anbefalte prosedyre for bruk av KJ helt eller delvis, noe som bidrar til et felles utgangspunkt for bruk og forbedring av eksisterende prosedyrer. Prosjektdeltakerne mener bruk av anbefalt prosedyre vil bidra til bedre behandlingsforløp og kan bidra til å unngå unødvendige innleggelser.

Antall oppslag i KJ ble undersøkt ved prosjektstart og ved prosjektslutt ønsket vi å få tilsendt tilsvarende statistikk. Det rapporteringsverktøyet Norsk Helsenett brukte ved prosjektstart er ikke lengre tilgjengelig, men de jobber med et nytt verktøy hvor aktørene selv kan hente ut de dataene man har behov for. Dette verktøyet blir oppdatert med ny informasjon fortløpende, og finnes her: [Microsoft Power BI](#).

Dessverre kan vi ikke ta ut tall tilsvarende statistikk som ble tilsendt tidligere i prosjektperioden, og vi har derfor ikke oversikt over hvorvidt antall oppslag i KJ har økt i prosjektperioden. Flere kommuner har innført KJ i prosjektperioden og vi antar at dette har hatt en positiv innvirkning på antall oppslag.



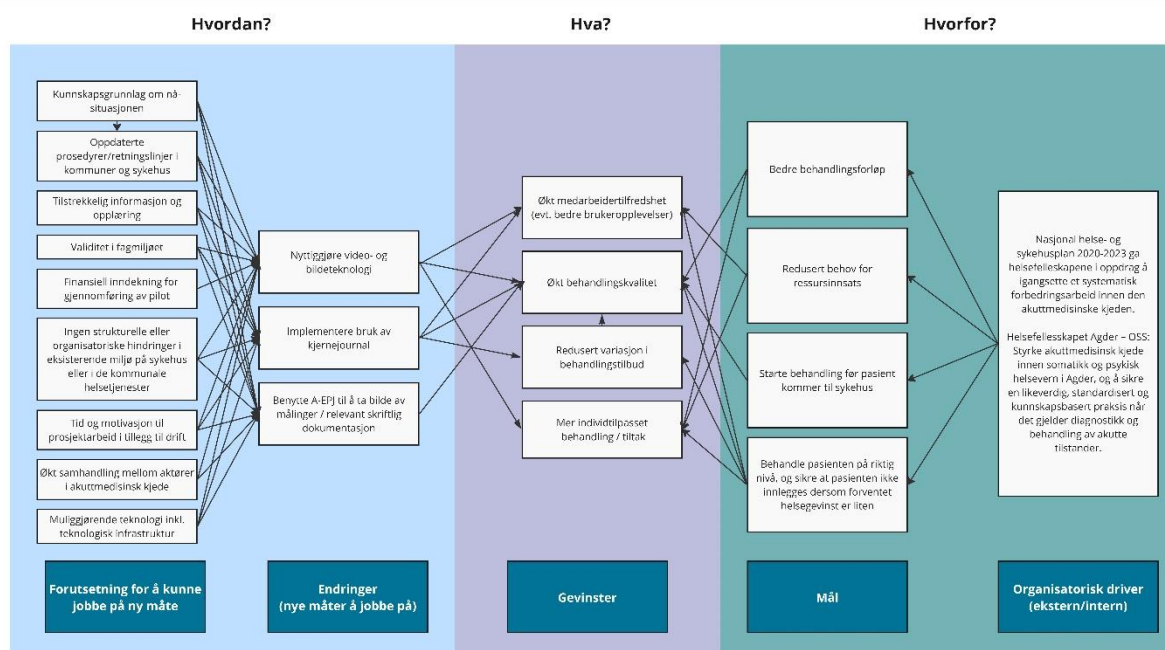
● Bruker Kjernejournal ● Teknisk tilrettelagt for Kjernejournal

Utklipp fra NHNs nettside (Power BI) 21.11.24 som viser hvilke kommuner som bruker KJ.

Ambulansepersonell som sentral aktør i akuttmedisinsk kjede har fortsatt ikke direkte tilgang til KJ og må få opplysninger via AMK-operatør som logger seg inn i KJ-løsningen og kopierer relevant informasjon. Delprosjektgruppa har forsøkt å bidra til å fremskynde prosessen med innføring av KJ i ambulansenes journalsystem (A-EPJ), ved å etterspørre fremdrift jevnlig hos Sykehuspartner. Det er utfordringer med innloggingsløsning som gjør at direkte tilgang til KJ fortsatt ikke er på plass ved prosjektslutt.

## 2.2 Gevinstrealisering

Gevinstavhengighetskart er benyttet for å synliggjøre sammenheng mellom viktige elementer i gevinstrealiseringsprosessen. Underaktivitetene i dette delprosjektet legger til rette for økt bruk av teknologiske løsninger i den akuttmedisinske kjede. Prosjektgruppa har erfart at de mange forutsetningene for endringer har gjort det utfordrende å jobbe med gevinstrealisering rundt digitale løsninger i akuttmedisinsk kjede. De identifiserte gevinstene i delprosjektet er beskrevet nedenfor.



Gevinstavhengighetskart Delprosjekt 2 Digitale løsninger (også i vedlegg)

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

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

Nedenfor beskrives i hvilken grad de ulike underaktiviteter treffer disse hovedgevinstene og hvilke indikatorer som ble valgt som resultatmål, samt hvordan disse ble fulgt opp i evalueringsfasen.

Det er ikke estimert finansielle gevinster knyttet til prosjektet som helhet, eller delprosjekt 2, men eksempler på økonomiske besparelser er beskrevet i denne rapporten under punktet *Økonomi* via anonymiserte case-beskrivelser fra videopilot.

### 2.2.1 Video- og bildeteknologi

Det er laget egen sluttrapport i forbindelse med videopilot hvor evaluering av løsningen er grundig beskrevet (vedlegg). Det er gjennomført spørreundersøkelse til ambulanspersonell, intervju av lv-leger og benyttet spørsmål som kom opp automatisk etter bruk av videoløsningen. Nedenfor beskrives hvordan bruk av video har bidratt til gevinstrealisering.

Bruk av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege gir i første omgang brukerne økt situasjonsforståelse, og dermed økt beslutningsgrunnlag for legene som skal ta en avgjørelse rundt pasientbehandlingen. I piloten har video bidratt til økt behandlingsskvalitet ved at legen får førstehåndsopplysninger (bilde av pasient vs. gjenfortalt via ambulanspersonell).

*«Etter video ble vurderingen endret. Kutt i hodet. Jeg fikk ett annet inntrykk av pasienten ved å se henne. Oppfattet henne mer forvirret og ble sendt til sykehus i stedet for legevakt for vurdering der.»*

LV-lege nr.2

Ved å få økt innsikt i pasientstatus og aktuell situasjon har legene fått 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.

Ble forløpet for pasienten(e) endret pga. bruk av video?

*«Ja. Jeg tror i hvert fall halvparten av tilfellene så trenger ikke pasienten å innom legevakten.»*

LV-lege nr.5

Bruk av video mellom ambulanspersonell og lege understøtter økt samarbeid mellom involverte aktører og gode løsninger for pasientene. Ambulanspersonell befinner seg tidvis i krevende situasjoner, og opplever økt støtte fra legene ved bruk av video. Dette kan igjen bidra til økt tillit mellom de involverte aktører i den akuttmedisinske kjede. I forbindelse med evalueringen kom det frem at ambulanspersonell opplevde større grad av økt beslutningsstøtte enn legene ved bruk av video under konferering. Det var også tilfeller hvor den ene part kan oppleve nytte av video, selv om den andre part ikke gjør det.

Økt trygghet for pasient ved bruk av video er også en gevinst som er identifisert gjennom evaluering fra ambulanspersonell.

På grunn av manglende mulighet for å registrere bruk av video som tiltak i EPJ systemene hos ambulans og legevakt har vi ikke nøyaktige tall på oppkoblinger og unngåtte via-punkter. Det er estimert ca.40 reelle pasienthendelser hvor video har vært benyttet og det er rapportert flere caser hvor tur til legevakt har vært unngått eller pasient har kunnet bli igjen hjemme.

Flere faktorer påvirker bruk og dermed total gevinstrealisering, blant annet deltok kun 8 leger i piloten på grunn av bemanningsutfordringer ved Kristiansand legevakt. Løsningen ble tilgjengelig kun på Ipad for legene i starten, og denne ble glemt ved flere anledninger. Det ble etablert tilgang til videoløsningen både på Ipad og telefon for legene underveis i piloten.

I denne piloten ble Kristiansandsområdet valgt pga. aktivitetsgrunnlag. Det kan være hensiktsmessig å fokusere på legevakter med lang kjørestand til sykehus i videre arbeid med video mellom legevaktlege og ambulanspersonell.

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

## 2.2.2 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 ved prosjektslutt i 2024. Oppdaterte prosedyrer / retningslinjer i kommuner og sykehus er definert som en av flere forutsetninger for å oppnå gevinstrealisering.

På bakgrunn av forsinkelser i innføringen av KJ 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.

I kartleggingsfasen fikk vi svar fra 23 av 25 kommuner og oppdaget store variasjoner mellom kommunene:

- Ingen like prosedyrer
- Ikke alle har prosedyrer for KJ
- Ulik beskrivelse av bruksområde
- Ulik beskrivelse av samtykke
- Alle prosedyrer har forbedringspotensial

I tillegg kunne formuleringer direkte motvirke bruk av KJ, f.eks.;

*«Åpning av kjernejournal uten lovlig grunnlag er straffbart, og kan få konsekvenser for arbeidsforholdet.»*

En felles anbefaling ble utarbeidet på bakgrunn av innsamlet materiale i samarbeid med Norsk Helsennett, 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 er registrert. De fleste av Agders 25 kommuner har valgt å implementere anbefalt prosedyre for bruk av KJ helt eller delvis:

- 15 kommuner vil bruke den anbefalte prosedyre for KJ
- 5 kommuner vil bruke deler av denne til utbedring av eksisterende prosedyre
- 3 kommuner har gitt tilbakemelding om at de ikke vil benytte anbefalte prosedyre
- 2 kommuner har ikke gitt tilbakemelding tross gjentatte purringer

SSHF har benyttet KJ i flere år, også i den akuttmedisinske kjede, men ikke alle aktører har direkte tilgang til KJ. Ambulansepersonell har ikke 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 behandlingskvalitet 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. Dessverre er ikke denne tilgangen på plass ved prosjektslutt.

Bruk / antall oppslag i KJ for både kommunene i Agder og fastleger er ønskelig å se på. Forutsetning er at data leveres fra Norsk Helsenett. 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. Som nevnt under måloppnåelse har det ikke vært mulig å skaffe tilveie oppdaterte tall på bruk av KJ via Norsk Helsenett ved prosjektslutt, selv om dette ble innhentet i kartleggingsfasen og da viste lave tall og variasjon i bruk av KJ.

Behandlingsavklaringer / -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.

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.

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 i Agder.

### 2.2.3 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.

Delprosjektet anser det som lite hensiktsmessig å utvikle nye/egne løsninger for Agder, som f.eks. app eller lignende, da det er flere integrasjoner på gang allerede. Å understøtte pågående initiativ for deling av opplysninger i sanntid ansees som særlig relevant og bør prioriteres i videre arbeid i akuttmedisinsk kjede.

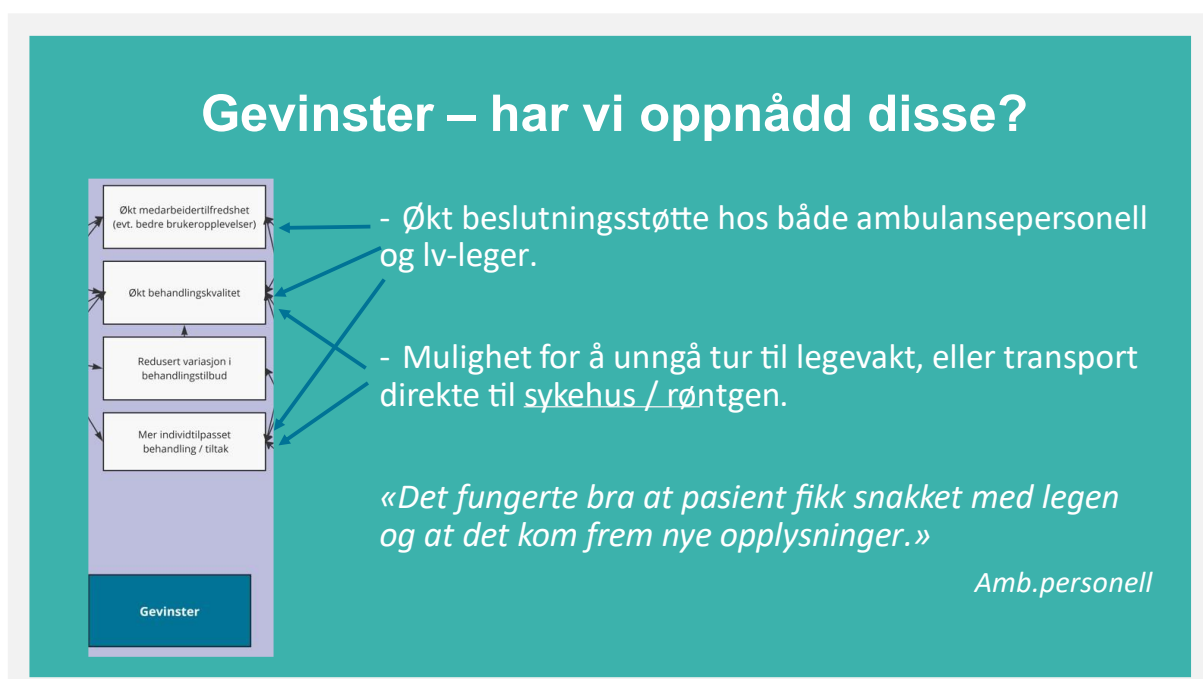
Delprosjektet har initiert og understøttet arbeid med å ta i bruk bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) for overføring av målinger utført i primærhelsetjenesten, legemiddelliste, samt annen



relevant skriftlig dokumentasjon. Dette muliggjør overføring av relevant informasjon mellom aktører i den akuttmedisinske kjede, og gir nye dokumentasjonsmuligheter, som vil kunne bidra til økt behandlingsskvalitet og økt pasientsikkerhet.

Mulighet for å bruke bildefunksjon i A-EPJ ble godt mottatt av ansatte i ambulanseavdelingen. Sykehuspartner har per nå ingen muligheter for å hente ut tall på antall ganger det er brukt. Ledelse ved ambulanseavdelingen oppfatter at det blir brukt ofte til fakturerbare oppdrag, og av og til av dokumentasjon av andre forhold.

–



Illustrasjon hentet fra sluttrapport for Videopilot (vedlegg).

## 2.3 Overlevering til linjen

Følgende underaktiviteter er gjennomført og ansees som overført til linje ved prosjektslutt:

1. Videopilot – etter avsluttet pilot har ledelse ved både Ambulanseavdelingen SSHF og Kristiansand legevakt ønsket å bruke pilotert løsning videre. Det er videreført dialog og arbeid rundt implementering av videoløsningen som er pilotert (videorum via NHN).
2. Kjernejournal – Anbefalt felles prosedyre for bruk av Kjernejournal ble sendt ut til alle kommuner i mai 24. Dette gir et felles grunnlag for økt og riktig bruk av KJ i kommunene i Agder. Kommuner som ikke har innført KJ ved prosjektslutt har et godt utgangspunkt ved innføringen av KJ.

3. Felles digitale løsninger – Bruk av bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) ble tidlig identifisert som en «lavhengende frukt» og prioritert. Innføring av denne kom raskt på plass og kan benyttes til å ta bilder av målinger etc.

For videre anbefalinger knyttet til de ulike punktene henvises til oppsummering og videre anbefalinger under pkt. 2.0.

## 2.4 Prosjektøkonomi - delprosjekt 2

Samlet økonomi for prosjektet *Den akuttmedisinske kjede i Agder* rapporteres i felles sluttrapport.

I delprosjekt 2 Digitale løsninger er utgifter hovedsaklig 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 var: 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**

**Avsatte midler til evaluering og avslutning 50 000**

---

**Underforbruk pr. 22.11.24 310 474**

### Kommentarer til økonomi:

#### 1. Taksting

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 legetakst 1K "Beslutningsstøtte til ambulanspersonell som er til stede hos pasient." (200kr refusjon, egenandel 0). Refusjonsutgiftene er ikke belastet prosjektet.

## 2. Valg av videoløsning

Valg av videoløsning og leverandør har hatt stor 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 med videorom fra Norsk helsenett (NHN) 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.

Ev. tilleggsutgifter til utvidelse av pilot fra 3 til 6 mnd. i Kristiansand og påkobling av Lillesand ved valg av løsning fra privat aktør er ikke undersøkt.

## 3. Overskudd prosjektmidler

Ved prosjektslutt vil ev. overskuddsmidler bli anbefalt brukt til oppfølging av tiltak i akuttmedisinsk kjede, etter beslutning i FSU/AU for akuttmedisinsk kjede.

En del av midlene til evaluering og avslutning blir benyttet til avsluttende møte for hele prosjektet 16.12.24 i Kristiansand.

Ev. utgifter til videre bruk av NHN virtuelle møterom avhenger av antall rom som benyttes og ev. endringer av avtaler. Ved prosjektslutt har SSHF en stordriftavtale mellom HSØ og NHN som gir fast pris på Kr 100.- pr videorom (virtuell adresse). Denne avtalen endres fra 1.januar 2025 og det er videre prisene som ligger her som blir gjeldende: [Virtuelle møterom - Norsk helsenett \(nhn.no\)](https://www.nhn.no). Bruk av videorom via SSHF medfører ikke kostnader for kommunene.

I forbindelse med DIPS ARENA innføring ved SSHF i november 24 vil også Delta løsningen til NHN etableres. Da blir det pris pr samtale (ca.60 kr. pr. Samtale)

I oppdraget lå det ikke forventninger til finansielle gevinster knyttet til prosjektet, eller delprosjektet, men økonomiske besparelser vil naturlig følge som en sekundærggevinst ved økt/bedre bruk av felles digitale løsninger og bedre pasientforløp. Nedenfor følger 2 eksempler på besparelser identifisert i forbindelse med bruk av video mellom legevaktlege og ambulanse.

### Eksempel på besparelse nr.1:

Pasient født i 1963 med infeksjonstegn, bosted: Kristiansand kommune.

**Forløp:** Pasient har tidligere samme dag vært hos lege, fått utskrevet Bactrim grunnet urinveisinfeksjon.

Til ambulansen forteller pasienten at vedkommende nå føler seg verre. Ifølge ambulansjournal har ikke vitale målinger endret seg siden legebesøket. Pasienten er engstelig og gruer seg til natten hvor vedkommende ikke har tilsyn fra hjemmesykepleie.

Ambulanse konferer med legevakslege over video. Lege får se pasient samt urinposens farge. Lege mener at pasienten kan avvente med å komme til legevakt eller sykehus. Avtaler at hjemmesykepleie

tar nytt tilsyn senere på kvelden. Ifølge ambulansejournal: «Pas opplever det greit å få snakket med legen ansikt til ansikt, og godtar vurderingen».

Sammenlagt kjøretid: 22 min. Kjørte kilometer: 18.

#### **Potensielt forløp uten videokonsultasjon:**

Uten videokonsultasjon ville sannsynligvis pasienten blitt transportert til Kristiansand legevakt for vurdering. Der ville ambulansen ventet mens pasienten ble undersøkt, for så antakelig kjøre pasienten tilbake til hjemadresse.

Sammenlagt kjøretid: 44 min. Sammenlagt kjørt kilometer: 36.

Ventetid legevakt: 60 min(estimert)

#### **Oppsummert:**

- **Ambulanse sparte 82 min og 22 kilometer.**
- **Kristiansand legevakt: sparte bruk av triagesykepleier 10-15 min. og legekonsultasjon ca.10-15 min.** (trukket fra tid til bruk av video og dokumentasjon)
- **Pasient sparte tid og egenandel oppmøte legevakt** (sum avhenger av om lege er spesialist)

#### **Eksempel på besparelse nr.2:**

Pasient født i 1970 med magesmerter, bosted: Lillesand kommune.

#### **Forløp:**

Pasienten hadde sterke magesmerter, oppfordret til å bli undersøkt av lege. Ønsket allikevel å bli igjen hjemme. Ambulansepersonell opprettet videokonsultasjon med legevaktslege. Ved hjelp av denne ble pasienten enig om å bli med til sykehuset i Arendal (SSA). Ambulansepersonellet fikk samtidig konsultert om videre smertebehandling.

Sammenlagt kjøretid: 64 minutt (ikke medregnet videokonsultasjon på omtrent 10 minutt)

Sammenlagt kjørt kilometer: 78 km.

#### **Potensielt forløp uten videokonsultasjon:**

Uten videokonsultasjon ville sannsynligvis ambulanspersonellet ønsket å medbringe pasienten til legevakt. Denne pasienten har hjemadresse i Lillesand, og tilhører dermed Kristiansand legevakt (KLV). Da personellet forventer videre transport ville de antakelig trillet pasienten inn på legevakten og latt pasienten ligge på bære mens de venter på tilgjengelig lege. Legen skal undersøke pasienten og deretter skrive innleggelsespapirer. Estimert tidsforbruk for inn/utlasting, samt legeundersøkelse er 60 minutt. Etter legeundersøkelse måtte pasienten blitt fraktet videre til SSA for innleggelse, ambulansen må deretter returnere til ambulansstasjonen i Lillesand.

Sammenlagt oppdragstid: 175 min

Sammenlagt kjørte kilometer: 136.

#### Oppsummert:

- **Ambulanse sparte 101 min og 58 kilometer.**
- **Kristiansand legevakt: sparte bruk av triagesykepleier 10-15 min. og legekonsultasjon ca.10-15 min.** (trukket fra tid til bruk av video og dokumentasjon)
- **Pasient sparte tid og egenandel oppmøte legevakt** (sum avhenger av om lege er spesialist)

## 2.5 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.

Involvering av Norsk Helsenett (NHN) i forbindelse med utarbeidelse av KJ-prosedyre bidro til kvalitetssikring av den nye anbefalte prosedyre for bruk av KJ, også med tanke på personvern.

## 2.6 Dokumentasjon og lagring

Ferdigstilte rapporter og dokumenter fra prosjekt Akuttmedisinsk kjede i Agder publiseres innen 31.01.25 og blir tilgjengelig for alle under Samhandling / Helsefellesskapet her: [Samhandling - Sørlandet sykehus HF](#).

Dersom dokumenter ønskes tilsendt før de publiseres kontakt prosjektkoordinator [Vibeke.K.Realfsen@sshf.no](mailto:Vibeke.K.Realfsen@sshf.no).

Ferdigstilte dokumenter lagres også i sakssystemet Public 360 ved SSHF under sak 23/09900.

## 2.7 Evaluering av prosjektarbeidet – delprosjekt 2

Delprosjekt 2 har bestått av 9 personer, i tillegg ble det tilknyttet fagpersoner i forbindelse med de ulike underaktivitetene i perioder. Det er særlig arbeid med videopilot som har vært tidkrevende.

Delprosjektet har levert etter plan jfr. besluttede underaktiviteter.

### 2.7.1 Erfaringer fra videopilot:

- Videopilot 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-lege til prosjektet, begrenset legedeltakelse og bytte av LV-legeressurs 2 ganger underveis kan hatt negativ påvirkning på bruk av løsningen.
- Til tross for felles opplæring av ambulanspersonell 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.

#### Prosjekterfaringer gjennomføringsfase video:

- Løsningen lite brukt i starten, dette sees i sammenheng med:
  - få leger opplært (kun 8 totalt)
  - løsning kun tilgjengelig på Ipad for lege (tilgang på telefon etter hvert)
  - ble glemt i en hektisk hverdag
- Innovasjonsarbeid er tidkrevende og det tar tid å endre vaner
- Stort ønske om å bruke video hos alle parter
- Demotiverende for ambulanspersonell når de ønsker å bruke video og lege ikke har mulighet
- Legene husker ikke på det – ønsker at ambulanspersonell tar initiativ (gjør gjerne sjekkliste)

Innføring av video på fast basis krever at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet.

### 2.7.2 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 og tilbakemeldinger 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.
- Det 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 Behandlingsplan og Pasientens legemiddelliste.

- 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, ny relevant funksjonalitet, samt tilganger og gode rutiner blant de ulike aktørene.

### 2.7.3 Erfaringer fra arbeid med Felles digital kurve:

Å få oversikt over de ulike systemene som benyttes er krevende.

- Kommunene og fastlegene bruker mange ulike EPJ-systemer som ikke snakker sammen. Under prosjektperioden var noen av disse under utskifting, blant annet System X.
- SSHF har også ulike EPJ-systemer pre- og inhospitalt, noe som kompliserer ev. arbeid med felles digital kurve i den akuttmedisinske kjede.
  - Ambulansene og AMK har ulike systemer. Luftambulansen har fortsatt papirjournal og benytter et eget system (LABAS) for lagring av elektroniske data.
  - Innføring av DIPS Arena inhospitalt pågikk i prosjektperioden.

Akuttkjeden Telemark utviklet et felles papirskjema for de ulike aktørene i akuttmedisinsk kjede og har ønsket å digitalisere dette. Dette er ikke kommet på plass. Papirløsning anbefales ikke av prosjektgruppen.

Arbeid med felles kommunal journal stoppet opp og regjeringen har i prosjektperioden (2023) gitt Norsk helsenett oppdraget å utvikle, teste og gjøre tilgjengelig den tekniske løsningen som skal gjøre det mulig å trygt dele journaler og pasientdata innad i kommunene.

- Felles journalløft i kommunene er et viktig steg på veien for at relevante og nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom pasientløpet.
- Regjeringen åpner også for at forsøkene kan bidra til at pasientinformasjon kan deles mellom kommuner og sykehus.

Å delta i nasjonale initiativ ansees som mer hensiktsmessig enn å starte arbeid med en felles digital kurve i Agder.

Digitale løsninger som gir mulighet for overføring av relevante data som målinger og EKG i sanntid bør prioriteres og understøttes.

### 2.7.4 Erfaringer med samhandling i delprosjektet

Hovederfaringer:

- Rekruttering av prosjektdeltakere og kontinuitet i arbeidsgruppene har vært en utfordring.
- Det har vært varierende leveranse fra prosjektdeltakere underveis som tidvis medførte merarbeid på delprosjektleder for å ivareta fremdriftsplan.
- 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. Mindre dedikerte grupper ansees som hensiktsmessig og anbefales videre.

Delprosjektledere hadde møter hver 14.dag for å sikre erfaringsutveksling og innspill til hverandres prosjekter, noe som opplevdes både nyttig og nødvendig. Prosjektstøtte fra KOM-avdelingen ved SSHF var svært nyttig for prosjektledelsen.

Regelmessige møter med AU for akuttmedisinsk kjede har vært nyttig for å få innspill til ulike utfordringer som har dukket opp.

## 2.8 Læringspunkter

- Manglende kontinuitet og utskifting av prosjektdeltakere er en utfordring, det bør oppnevnes vara-deltaker hvis mulig.
- 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.
- Tidkrevende forarbeid før pilotering av digitale løsninger, sett av god tid til dette.
- Det er krevende å få oversikt over pågående prosjekter andre steder, både lokalt og nasjonalt.
- 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 med faste regelmessige møtepunkter 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.
- Innhenting av tallmateriale kan være en utfordring av ulike årsaker, blant annet manglende muligheter for registrering, endringer i systemer underveis og manglende svar ved forespørsler.
- 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.
- 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 Veien videre

Prosjektets resultater og videre anbefalinger blir presentert for prosjekteier i SSU (Strategisk Samarbeids Utvalg) 13.12.24.

Det blir felles oppsummeringsmøte for alle prosjektdeltakere, hvor alle kommuneoverleger er invitert 16.12.24.

## 2.10 Deltakere i delprosjekt 2



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, prehospitalet klinikk, SSHF
Annika Johansen	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Videopilot	Assisterende områdeleder Kristiansand, ambulansesjef PTSS, SSHF
Sandra Baldursson	Deltaker i delprosjekt 2 og arbeidsgruppe Kjernejournal	Fagutvikler akutt mottak, 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 Praktisk konsulent SSHF

## Vedlegg

1. Videopilot - sluttrapport
2. KJ - anbefalt prosedyre for Kjernejournal i kommunene
3. Gevinstrealiseringskart – delprosjekt 2

## Relevante lenker – delprosjekt 2

- [Videokonsultasjon - Norsk helsenett](#)
- [Prehospital video i samhandling \(PreViS\) - Sykehuset Innlandet HF](#)
- [SNLA Video: Tester video i ambulanser - Norsk Luftambulansesentral](#)
- [Bliksund integrerer video i Bliksund EWA - bringer sykehuskompetanse til ambulansene via videokonsultasjon](#)
- [Veileder for bruk av video, lyd og bilde - ehelse Normen](#)
- [NOU 2019: 10 - regjeringen.no](#) Åpenhet i grenseland — Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen
- Om [Felles kommunal journal](#): og [veien videre for FKJ](#)
- [Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#) (gjelder både delprosjekt 2 og 3)
- [Hva er kjernejournal - Norsk helsenett \(nhn.no\)](#)



- [Kjernejournalforskriften](#) og [Forslag til endringer i Kjernejournalforskriften](#)
- [Førstehjelpstudien - Videoveiledet førstehjelp i AMK – OsloMet](#)
- [Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025 - ehelse](#)

## Sluttrapport for Delprosjekt 3 - Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre



### 3.0 Oppsummering delprosjekt 3

Delprosjekt 3 har bestått av 4 definerte underaktiviteter:

BEHANDLINGSFORLØP FOR KRONISK SYKE OG SKRØPELIGE ELDERE	
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>
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>
Forenkle forløp – hoppe over ledd	<i>Man ønsker å se på muligheten for at enkelte diagnoser eller pasientgrupper kan ha mulighet 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>
Gjennomføre mulighetsstudie i forhold til akuttambulant team	<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 innleggelse hvor dette ikke er hensiktsmessig, og avlaste legevakt.</i>

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

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

Underaktivitet	Gjennomført	Videre anbefaling
<b>Innføre standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten</b>	<p>Pilotering gjennomført i 3 hjemmesykepleieavdelinger i hhv. Kristiansand og Hægebostad kommune.</p> <p>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>	<p>Akuttsekk med utstyr til å utføre NEWS2 målinger gjøres tilgjengelig i alle tjenestebiler i hjemmesykepleien.</p> <p>VR-opplæring implementeres som opplæringsmetode i Agder.</p> <p>ISBAR innføres som metode på lik linje med NEWS2.</p>

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

<p><b>Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjenesten</b></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>Institusjonslege i Arendal kommune har evaluert OBSplan på egne pasienter ved lindrende avdeling.</p>	<p>Prosjektet har utarbeidet en anbefalt prosedyre for bruk av behandlingsplan/OBSplan slik at kommunene kan implementere metodikken i egen tjeneste.</p> <p>Bruk av behandlingsplan bør være et prioritert område videre.</p> <p>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><b>Forenkle forløp - hoppe over ledd</b></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 implementering av fast-track forløp for pasienter med hoftebrudd (tiltakskort for «Fast-track hoftebrudd #3696).</p>
<p><b>Gjennomføre mulighetsstudie, akutt ambulant team</b></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>

### 3.0.1 Oppsummering Innføring av standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten

Innføring av akuttkoffert 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

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

informasjon. Kunnskap om kompetanse og forventninger til samarbeidende helsepersonell bidrar til økt trygghet i samarbeidssituasjoner.

Evaluering av prosjektet om innføring av standardisert akutt koffert viser at økt tilgjengelighet til akuttsekk økte kunnskapen om NEWS2. Ved innføring av rutine for å benytte NEWS2, i situasjoner hvor pasienten har funksjonsfall eller i situasjoner hvor man mistenker akutt sykdom, viser kartleggingen vår følgende:

- Det har blitt et økt fokus på å utføre NEWS2.
- Økningen for de som bruker og kjenner rutinen er på ca. 20% fra utgangspunktet.

Kartleggingen viser også at tilgjengelig akuttsekk bidrar til at målingene utføres av det helsepersonellet som i utgangspunktet ivaretar pasienten. Tidligere var det vanlig at man enten reiste inn og hentet akuttsekk, eller ba om bistand fra kollega/sykepleier. En slik praksis forsinket muligheten til å raskt kunne avklare om pasienten burde tilbys annen helsehjelp, eller avklare om pasienten var i sin habituelle tilstand.

Før oppstart av prosjektet var det mange medarbeidere som var usikre på både bruk av utstyret og å utføre målinger av vitalia. Opplæring i observasjonskompetanse via VR-teknologi og praktisk bruk av utstyret bidro til å øke kompetansen slik at alle kunne utføre målinger av vitalia og regne ut NEWS2 score. Kunnskapen om ISBAR er også økt, men fortsatt er noen usikre på bruken av dette verktøyet.

Tilliten til bruk av VR-teknologi har økt i prosjektperioden. Vår kartlegging viser at tilliten til denne opplæringsformen har økt fra 43,5 % før oppstart til over 70 % etter prosjektperioden. Kartleggingen viser for øvrig at opplæring via e-læringskurs gir svært lite læringsutbytte og at helsepersonellet har liten tillit til denne læringsformen.

### **Videre anbefaling Akuttsekk:**

Prosjektgruppen anbefaler at alle kommuner skal sikre at hjemmesykepleien har en akuttsekk pr ansatt som utfører ambulerende oppdrag i bil i Agder.

Det anbefales også at opplæring av alle som jobber i hjemmesykepleien sikres, så de kan utføre NEWS2 og strukturert kommunikasjon ved hjelp ISBAR. Prosjektgruppen ser at bruk av VR i opplæringsøyemed sikrer god og trygg opplæring i en hverdag hvor det er vanskelig å sette av tilstrekkelige ressurser til ulike former for opplæring.

Prosjektgruppen anbefaler videre at innføring av akuttsekk i hjemmesykepleien i tilstrekkelig omfang (en sekk pr. bil) blir en nasjonal standard. En akuttsekk/koffert har pr. d.d. en kostnad på mellom kr. 4-5000.- avhengig av leverandør.

### **3.0.2 Oppsummering Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie**

Prosjektet har pilotert behandlingsplan ved hjelp av [OBSplan.com](https://www.obsplan.com). Piloteringen er gjennomført i Arendal kommune av fastlege. Fastlegen har gjennomført behandlingsplan på egne listepasienter.

### **Konklusjon behandlingsplan:**

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

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

### Evaluering behandlingsplan

**Sammenfatning fra felles kartlegging** (representerer ikke alle kommuner, noen ikke svart)

Kartleggingen som er utført blant ansatte (ledere/fagutviklere/koordinatorer) i kommunehelsetjenesten på Agder viser at kommunene i stor grad oppgir at de har rutiner for når man skal kontakte AMK, legevakt eller fastlege. I tillegg oppgir over 80% at behandlingsavklaring benyttes i avdeling, hvor ca. halvparten oppgav å ha rutine for bruk av behandlingsavklaring. Samtidig oppgir 2/3 at de ikke vet/benyttar mal for behandlingsavklaring i avdeling. Kartlegging viser at behandlingsavklaring hovedsaklig lagres i kommunens journalsystem, men også i journal system hos legen. Et fåtall oppgir lagring i kjernejournal eller annet sted.

### Evaluering av OBS plan, kort oppsummering

Positivt/fremmer	Negativt/hemmer
<p>1. Positiv opplevelse av bevisstgjøring for de vurderingsmomenter som jeg til vanlig gjør mer intuitivt. Mange kunne ha stor nytteverdi av den.</p> <p>2. Oversiktlig og enkel plan. Den gir god veiledning ift. beskrive aktuelt behandlings-nivå. Bra at man har et sted for å føre spesielle anmerkninger (C). Kan bidra til å sikre behandling på rett nivå for å unngå over- og underbehandling.</p> <p>3. Det er enkelt å krysse av skjemaet Skjemaet er veldig fint i seg selv, den tar for seg 3 nivåer av behandling som er veldig i tråd med hvordan vi gjør slike vurderinger.</p>	<p>1. Ikke så glad i skjema/formalisme- unødvendig formalistisk</p> <p>2. Viktig å sikre at legevakt har denne tilgjengelig</p> <p>3. Guideline må være enklere, mange spørsmål og skjema lar seg ikke gjennomføre. Tidkrevende arbeid, egen takst (tilsvarende årskontroll) kan motivere. Burde fokusere mest på akutte hendelser og et generelt overordnet behandlingsnivå. Erfaringsmessig har skjema null verdi om det ikke er grundig avklart med pasient og pårørende</p>

**Erfaringer fra prosjektgruppen** - Erfaringer fra prosjektgruppen er at det ikke er noe tvil om at tematikken løfter mange problemstillinger, både knyttet til det etiske aspektet, forståelsen av begrep og den praktiske gjennomføringen. Nytteverdien av å være en tverrfaglig sammensatt prosjektgruppe har i denne sammenheng belyst flere perspektiv og utfordringer knyttet til tema.

...vi vet at det per dags dato kun er et sted; kjernejournal hvor alle aktører i den akuttmedisinske kjeden har mulighet til å innhente viktig informasjon. Samtidig viser kartleggingen ulik/ingen praksis ift. gjennomføring av behandlingsplan og liten bruk av kjernejournal. Ut ifra det vi kan se så er det i dag store forskjeller i praksis og mangelfulle rutiner på gjennomføring av strukturerte samtaler med pasient og pårørende. En felles forståelse av behandlingsplan og standardisering av hvordan det bør praktiseres på Agder vil kunne bidra til å styrke informasjonsflyten mellom helsepersonell og tilføre økt beslutningsstøtte for helsepersonell på tvers. Pasientsikkerheten vil med dette bli styrket, og behandling på riktig nivå kan lettere etterstrebes.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Basert på denne evalueringer anser prosjektgruppen at innføring av behandlingsplaner for pasienter med skrøpelig eller kroniske sykdommer bør prioriteres. Gruppens anbefaling er at det etableres et eget prosjekt for å ivareta dette arbeidet, da vi i utgangspunktet har anbefalt å innføre akuttsekk i alle biler som den delen av prosjektet som er enklest å ivareta.

Imidlertid er gevinsten for pasienten stor ved innføring av behandlingsplan. Dette vil lede til at helsepersonell kan gjøre riktige vurderinger raskt hvis de har tilgang til slik informasjon og pasient kan sikres korrekt behandlingsnivå og unngå for eksempel innleggelse på sykehus dersom det er avklart at utkomme av slik innleggelse ikke vil være hensiktsmessig eller forlenge lidelse.

Det er noen hindre for å sikre at det utføres behandlingsplaner, mangel på egne takster for fastleger er det mest sentrale. Dette bidrar til at fastleger ikke gjennomfører kartleggingen.

Innføring av OBS-plan kan sikre en systematisk tilnærming til utførelsen av behandling og bidra til økt trygghet for leger som gjennomfører slike kartlegginger.

### Utkast til anbefalt prosedyre for behandlingsplan (tilpasses etter lokale behov):

Dato: dd.mm.åå	Prosedyre behandlingsplan og behandlingsavklaring-kortversjon	
<b>Hensikt</b>	Sikre at involvert helsepersonell samarbeider, legger til rette for og involverer pasienter i egne behandlingsmål, tiltak og belysning av pasientens egenomsorg.	
<b>Omfang</b>	Helsepersonell som kjenner pasienten, fastlege, tilsynslege	
<b>Ansvar</b>	Helsepersonell som kjenner pasienten	
<b>Målgruppe</b>	Pasienter som er på sykehjem og pasienter som helsepersonell	
<b>Forutsetning</b>	Pasienten samtykker til at det opprettes en behandlingsplan/-avklaring	
<b>Beskrivelse/gjennomføring</b>		
<b>Steg1 Helsepersonell innleder</b>		
Helsepersonell sender forespørsel til fastlege/tilsynslege om behov for å opprette behandlingsplan eller behandlingsavklaring etter samtykke fra pasienten.		
<u>Ved sykehjem:</u>		
Helsepersonell involverer tilsynslege/fastlege etter interne retningslinjer, og setter opp tid i kalender etter avtale		
<u>Hjemmetjenesten:</u>		
Helsepersonell sender forespørsel til fastlege via elektronisk melding. Det avtales i samråd med pasient/pårørende om booking av en dobbelttime.		
<b>Bor pasienten på sykehjem? Hjemmesykepleien har vurdert at det er behov for behandlingsplan?</b>	<b>Har pasienten begrenset levetid?</b> -snakk med pasient/pårørende om forhåndssamtale- helsepersonell deler ut info. materiell på forhånd	
<b>Har snakket med pasient og vurdert at det er behov for en behandlingsplan, mal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose (historikk, aktuelt nå)</li> <li>- Behandlingsmål (klare/realistiske mål med behandling, involvering av pasient i mål)</li> <li>- Behandling (hvilke alternativer for behandling, fordeler/ulempes, valg av behandling i samråd med pasient)</li> </ul>	<b>Behov for behandlingsavklaring, mal: (basert på OBS Guideline)</b> A: HLR ja/nei B1: Fullt behandlingsnivå- hospitaliseres i alle tilfeller der dette anses som beste behandling B2: Medium behandlingsnivå- Hovedmål er grunnleggende medisinsk behandling, helst lokalt.	



## Den akuttmedisinske kjede i Agder

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlingsplan (konkretiser behandlingsplan, plan for oppfølging og evaluering)</li> <li>- Tidspunkt for evaluering</li> </ul>	B3: Palliativt behandlingsnivå- hovedmål er lindring og verdig avslutning. Forhåndsamtale utført og plan for evaluering
→ Mal kan kopieres fra tiltak over i elektronisk melding	
<b>Steg 2 Fastlege/tilsynslege: Oppfølging av behandlingsplan evt. avklaring</b>	
Utarbeides av fastlegen/tilsynslegen sammen med pasient/pårørende. Planen skal være en kortfattet og konkret plan.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fastlege svarer på malen i elektronisk melding etter at time er avholdt</li> <li>- Tilsynslege dokumenterer i journal under tiltak «behandlingsplan/ avklaring) etter mal</li> <li>- Kritisk informasjon legges inn i kjernejournal</li> </ul>	
<b>Steg 3: Oppfølging helsepersonell</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsepersonell følger opp behandlingsplan og melder ifra ved behov for oppdateringer</li> <li>- Har rutine for å sjekke at kritisk informasjon er registrert i kjernejournal, og som OBS i eget journalsystem</li> <li>- Sørger for at behandlingsplan blir sendt med som del av overføringsnotat</li> </ul>	
<b>Avvik</b>	

### 3.0.3 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.

### 3.0.4 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.

## 3.1 Leveranser

### 3.1.1 Innføre standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten

<b>Innføre standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten</b>	<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>
---	---

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

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 utføre målinger i etterkant. Dette kan forsinke oppfølging, avklaring og behandling av pasienter i hjemmetjenesten.

I forkant av piloteringen inviterte vi alle kommunene på Agder 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 kofferter, 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.

### 3.1.2 Behandlingsplan

<p>Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjeneste</p>	<p><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></p>
--	--



## Den akuttmedisinske kjede i Agder

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.

### 3.1.4 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.

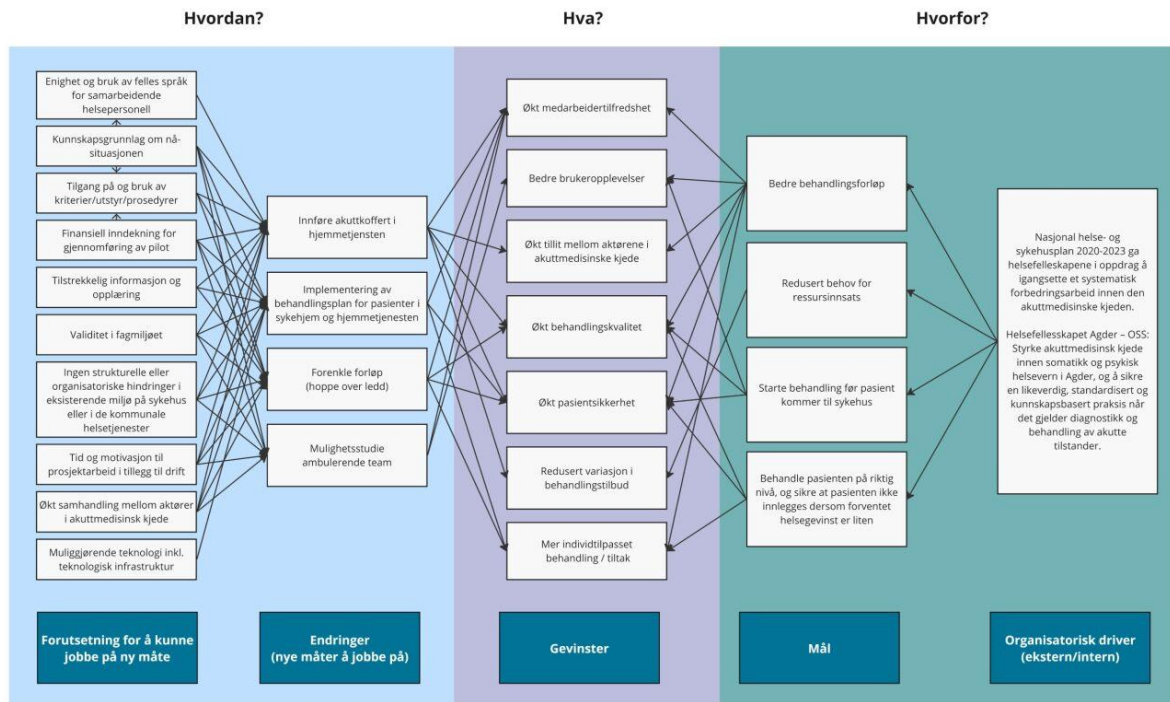
I underprosjektet har vi tatt utgangspunkt i Legevakten i Kristiansand. Vi ser et potensiale for å benytte avansert kliniske sykepleiere (AKS) i legevakt for å avlaste både fastleger, ambulansetjeneste og ikke minst pasienter. Med utgangspunkt i Kristiansand legevakt ble det utført 5000 turer ut til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

### 3.2 Gevinster

Aktivitene 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.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder



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

### 3.2.1 Innføring av standardisert akuttkoffert i hjemmetjenesten

Ved å benytte utstyret i akuttkofferten 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.

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.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

### 3.2.2 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 ovenfor, 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 incitamenter 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 utgjøre 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, og vi har mottatt positive signaler knyttet til bruken av malen. I så måte understøtter delprosjektet de fire identifiserte gevinstene i prosjektet.

### 3.2.3 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 ambulanspersonellet innebærer det at de følger pasient fra skadested, til sengepost, via røntgen og pasienten slipper å forholde seg til flere personer enn strengt nødvendig.

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

- Enklere smertelindring og informasjonsoverføring og tid fra skade til ankomst ortopedisk avdeling reduseres.

### 3.2.4 Ambulerende team

Som nevnt ovenfor, 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 sykepleierteam 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 sykepleierteam fra legevakt

- Avlaste/frigjøre legevaktslege
- Frigjøre ambulanskapasitet for transport av pasienter til og fra legevakt
- Forhindre 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

#### Bakdelene med AKS sykepleierteam fra legevakt

- Fastleger som ikke er godt nok kjent med AKS sykepleieres kompetanse

## Den akuttmedisinske kjede i Agder

- 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 brukes mer effektivt, kan øke pasientsikkerheten og bidra til økt tillit mellom aktørene i kjeden.

### 3.3 Fremdrift

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

### 3.4 Prosjektøkonomi - delprosjekt 3

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.-

### 3.5 Dokumentasjon og lagring

Ferdigstilte rapporter og dokumenter fra prosjekt Akuttmedisinsk kjede i Agder publiseres innen 31.01.25 og blir tilgjengelig for alle under Samhandling / Helsefellesskapet her: [Samhandling - Sørlandet sykehus HF](#).

Dersom dokumenter ønskes tilsendt før de publiseres kontakt prosjektkoordinator [Vibeke.K.Realfsen@sshf.no](mailto:Vibeke.K.Realfsen@sshf.no).

Ferdigstilte dokumenter lagres også i sakssystemet Public 360 ved SSHF under sak 23/09900.

### 3.6 Evaluering av prosjektarbeidet – delprosjekt 3

Det har vært krevende å sikre deltagelse i prosjektgruppa. Manglende kontinuitet har bidratt til økt merarbeid for delprosjektleder.





## Den akuttmedisinske kjede i Agder

Det har vært positivt å dele prosjektgruppen opp i mindre grupper for å ivareta enkeltoppgaver underveis.

### 3.7 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
<b>Heidi Helene Hamre</b>	<b>Prosjektleder delprosjekt 3</b>	<b>Rådgiver, Arendal kommune</b>

### Vedlegg

- Gevinstrealiseringskart delprosjekt 3
- Utkast til anbefalt prosedyre for behandlingsplan (tilpasses etter lokale behov)

### Relevante lenker – delprosjekt 3

1. [Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#)
2. [Eldre i den akuttmedisinske kjeden Rapport nr. 1-2021 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021](#)
3. [Overganger og brudd i pasientforløp for eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater, 2017](#)
4. [Vurdering av skade hos eldre – oppdaterte verktøy, 2022](#)
5. [CRANE \(Comprehensive Treatment of Chronic Patients in Rural Areas\)](#)
6. [Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)
7. [Nasjonal spredning av digital hjemmeoppfølging | Innomed, 2022](#)
8. [Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten, systematisk oversikt, 2022](#)
9. [Everyday activities in older adults readmitted to hospital \(diva-portal.org\), 2022](#)
10. Erfaringer med å forebygge reinnleggelser – masteroppg.: [Microsoft Word -MASTEROPPGAVE uke 44 2.revisjon.docx \(inn.no\)'](#)
11. [Norske-retningslinjer-for-tverrfaglig-behandling-av-hoftebrudd.pdf, 2018](#)