

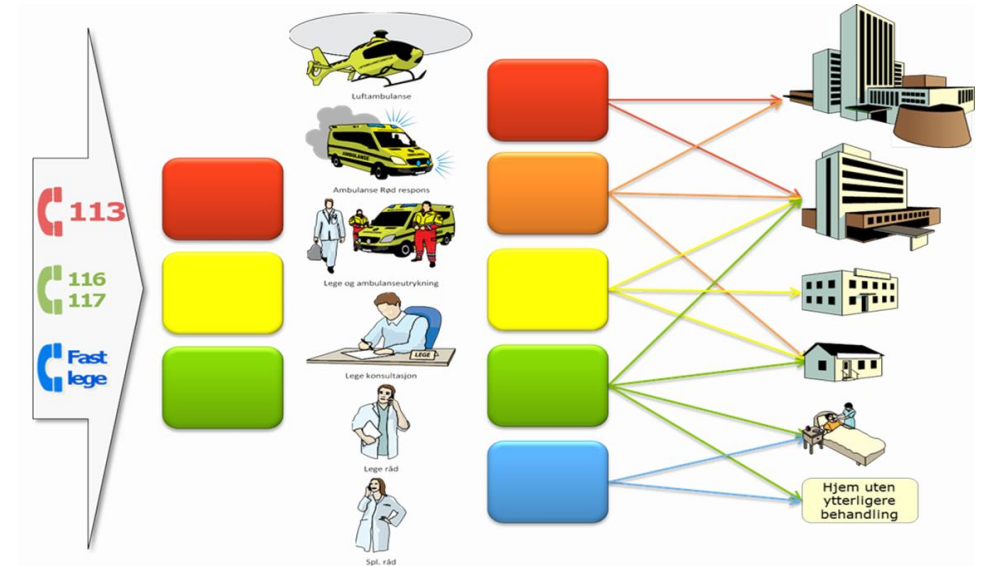


Videopilot mars – sept.2024  
Legevaktlege – ambulansespersonell

Sluttrapport nov.24

# Innhold

1. Oppdrag og mål
2. Prosjektorganisering / forankring
3. Tidslinje
4. Innsikter fra start
5. Forarbeid
6. Pilotering
7. Evaluering og eksempler
8. Gevinstrealisering / måloppnåelse
9. Økonomi og eksempler på besparelse
10. Prosjekterfaringer
11. Veien videre
12. Kontaktinformasjon
13. Referanser



Illustrasjon: Helsedirektoratet 2023

# Oppdraget

## Delprosjekt 2

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>

Videopiloten er del av et større prosjekt –  
*Den akuttmedisinske kjede i Agder*



## Hovedmål:

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**

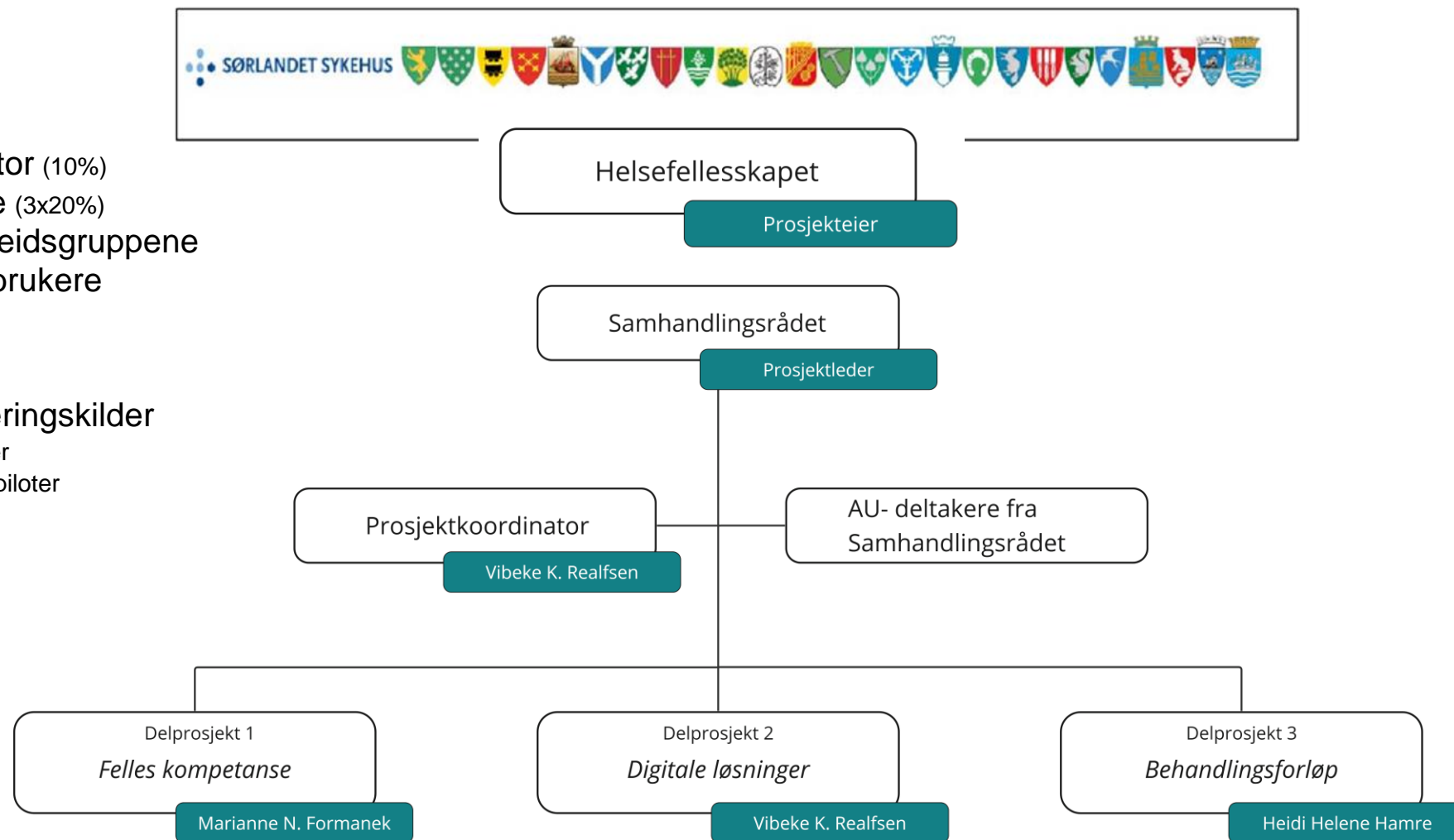
# Prosjektorganisering / forankring

## • Deltakere

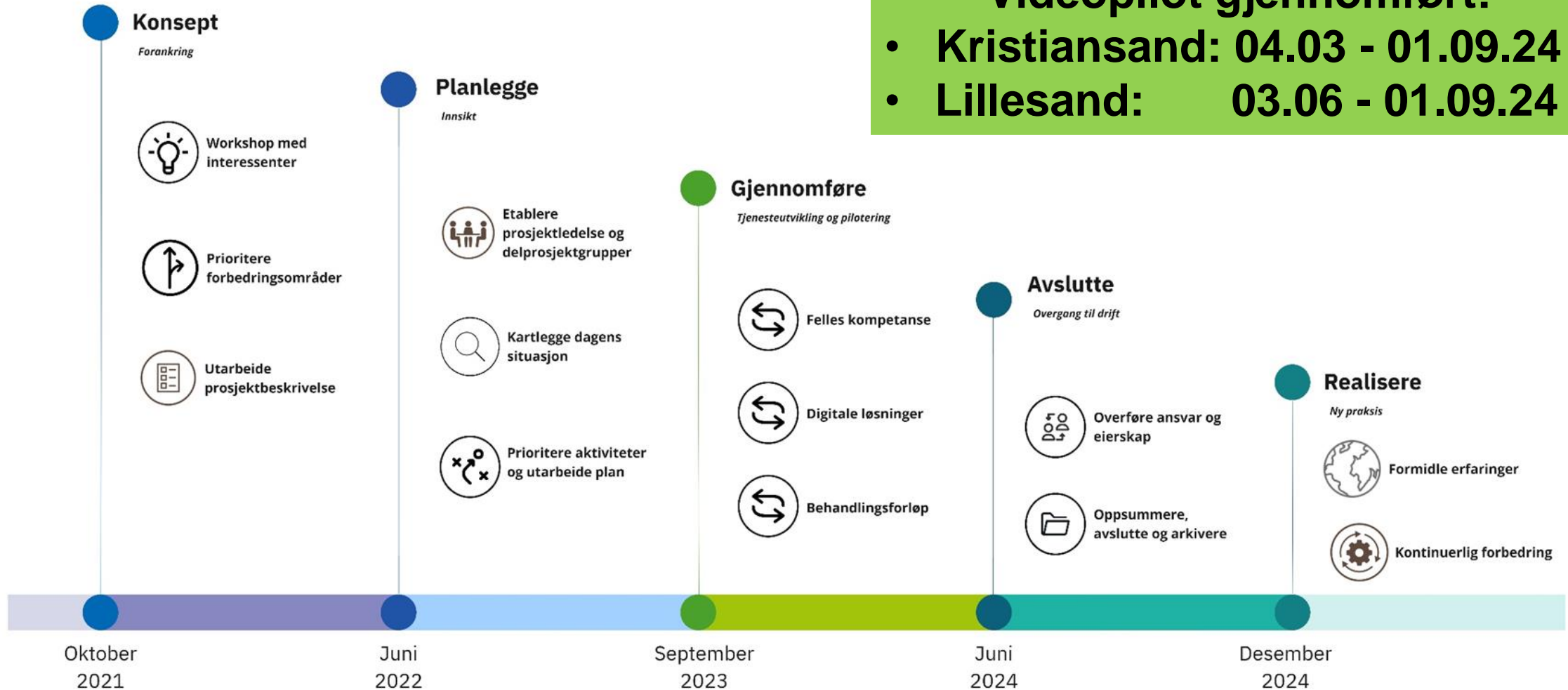
- Prosjektkoordinator (10%)
- Delprosjektledere (3x20%)
- Medlemmer i arbeidsgruppene
- Representasjon brukere

## • Finansiering

- Eksterne finansieringskilder
  - Frikjøp ressurser
  - Gjennomføring piloter



# Tidslinje for prosjekt *Akuttmedisinsk kjede i Agder*



## Videopilot gjennomført:

- Kristiansand: 04.03 - 01.09.24
- Lillesand: 03.06 - 01.09.24

# Innsikter fra start



## Video:

- Videoteknologi som beslutningsstøtte i den akuttmedisinske kjede er i stor grad implementert i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og legevaktsentraler) i Agder.
  - Siste legevaktsentral i Agder innførte video våren 24
- Utprøving av videoteknologi som beslutningsstøtte mellom ambulansespersonell og legevaktlege er ikke tidligere gjort i Agder.
- Ulike teknologiske løsninger er aktuelle.
- Kartleggende spørreundersøkelse ble gjennomført (eksempel på neste lysbilde).

# Eksempel på innsikter



8. Tror du video-overføring mellom ambulanspersonell og lege kan bidra til bedre pasientbehandling?

[Flere detaljer](#)

[Innblikk](#)

● Ja	44
● Nei	2
● Vet ikke / usikker	19



*SSHF (prehospitalt og akuttmottak)*

6. Tror du video-overføring mellom ambulanspersonell og lege kan bidra til bedre pasientbehandling?

[Flere detaljer](#)

● Ja	34
● Nei	16
● Vet ikke / usikker	40



*Kommunalt ansatte leger og fastleger*



# Forarbeid videopilot

- Forankring
- Etablere arbeidsgruppe
  - Interessentanalyse og gevinstrealiseringsplan
- Samle aktuelle interessenter
- Vurdere aktuell løsning
  - Videorom via Norsk Helsenett ble valgt
- Utarbeide nødvendige dokumenter
  - Avtale om felles behandlingsansvar
  - DPIA
  - ROS
  - Opplæringsmateriell / prosedyre
- Brukerinvolvering
- Opplæring av brukerne



Bilde fra opplæring av video:  
Vibeke Realfsen

# Flytskjema Video legevaktslege - ambulanse



# Felles opplæring Videopilot



- Det ble gjennomført felles opplæring for legevaktleger og ambulanspersonell før pilotoppstart i Kristiansand.
- Ambulanspersonell og legevaktlege kan bruke video som supplement i pasientkonsultasjon, der dette vurderes som hensiktsmessig/ nødvendig.

# Evaluering

1. Spørreskjema til ambulanspersonell
2. Intervjuer av legevaktleger
3. Spørsmål i videoløsningen
4. Oppsummert erfaringer fra ledelse ambulansstasjonene og Kristiansand legevakt





# Spørreskjema til ambulanspersonell – 5 lysbilder

## Første tema: Opplæring

2. Har du fått opplæring i bruk av video ifm. konferering med legevaktlege?

[Flere detaljer](#)

● Ja	31
● Nei	3
● Husker ikke / usikker	1



*«Jeg mener det var enkelt å bruke og opplæringen gjorde det trygt.»*

*Amb.personell*

# Spørreskjema til ambulansespersonell - bruk

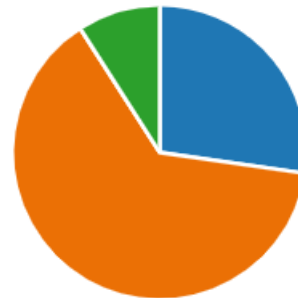
3. Har du benyttet video ved konferering med legevaktlege?

[Flere detaljer](#)



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

[Flere detaljer](#)



Spm.5 Hva var det som ble endret i forløpene for pasientene?

11 svar

Eksempler:

«*Slapp å dra innom legevakt*»

«*Tryggere beslutningsgrunnlag for å dimmitere*»

«*Røntgenrekv. uten stedlig legeundersøkelse*»

# Spørreskjema til ambulanspersonell – teknisk løsning

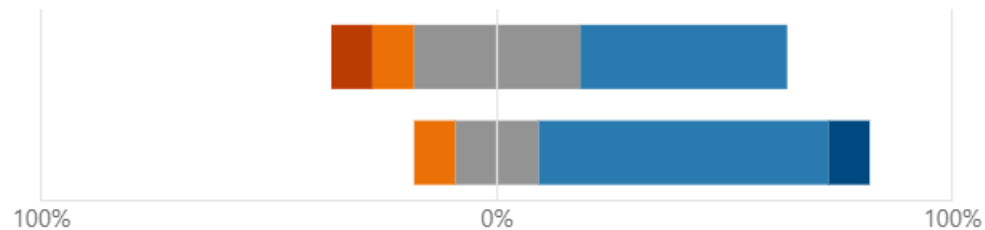
6. Hvordan opplevde du kvaliteten på video?

[Flere detaljer](#)

■ Svært lite tilfreds ■ Lite tilfreds ■ Nøytral ■ Tilfreds ■ Svært tilfreds

Bildevisning

Enkelhet i bruk



7. Har du opplevd tekniske utfordringer ifm. bruk av videoløsningen?

[Flere detaljer](#)

● Ja 6  
● Nei 5



# Spørreskjema til ambulanspersonell

8. Har du foreslått bruk av video uten at lege har hatt anledning til å bruke videoløsningen?

[Flere detaljer](#)

Innblikk

● Ja, en gang	7
● Ja, flere ganger	5
● Nei	23



Kommentarer fra amb.personell:

- *Ikke ønsket av LV lege*
- *Legen så ikke behovet for videokonferering*
- *Legen klarte ikke koble opp*



# Utdypende spørsmål til ambulanspersonell

(eksempler på svar på neste lysbilde)



**Spm.10.** Utdyp gjerne hva som fungerte bra eller ikke fungerte, forbedringer, andre ting du mener er viktig. – 19 svar

**Spm.11.** Hva skal til for at du skal bruke video mer til konferering med legevaktlege? – 24 svar

**Spm. 12.** Har du andre kommentarer ifm. videoløsningen som er pilotert? – 6 svar

# Innspill fra ambulansespersonell – ulike meninger

- *Tror det er bra for stasjoner med noe lengre transporttid*
- *Føler vi klarer oss fint nok med telefon*
- *Virker jo ikke når mottakeren ikke fungerer*
- *Må ha påminnelser i bilen/ prosedyrer*
- *Lege kan se pasient å få en bedre forståelse. Kan unngå innom lege*
- *Føler ikke at det var nødvendig i casene jeg hadde*
- *Veldig fint å ha slikt tilbud når vi har legevakt i Kristiansand og sykehus i Arendal*
- *Et konsept som absolutt er verdt å fortsette med*



# Intervju legevaktleger - oppsummert

## 1. Opplæring

- Både ja og nei, ingen problem å ta i bruk løsningen, enkel og rask opplæring (ca.5 minutter)

## 2. Bruk

- 4/5-10 ganger pr. lege i perioden – totalt ca.40 reelle pasientcase i pilotperioden

## 3. Teknologi

- Enkelt i bruk (alle legene), god kvalitet på bilde, ingen tekniske utfordringer
- Et par ganger har bildet vært dårlig på LVS, virker som feilen ligger hos pasienten (dårlig dekning?)

## 4. Erfaringer

- Hovedsakelig brukt til rtg.rekvisisjoner – pas. kan dra rett til sykehus
  - Annen bruk: barn m utslett / når amb.personell er usikre / kunne dimmitere pas. på stedet / til fastlege senere
- Bedre beslutningsstøtte, ikke alltid endring av forløp men økt trygghet
- Glemmer å bruke det, ønsker å bli påminnet av ambulanspersonell – kan de få sjekkliste?
- Taksting har vært uproblematisk – brukt 1K
- Utfordringer: opptatt med andre oppgaver når amb. ringer (f.eks. suturering, kjører bil), mange vikarleger

## 5. Anbefaling videre

- Kontinuere bruk av løsningen (alle legene), video tilgjengelig på jobbtelefon, størst behov natt og helg, dette er fremtiden



Stian Liodden, Iv-lege Kristiansand legevakt.

# Intervju legevaktleger



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

*«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

Foretrekker dere Ipad/telefon?

*«Ser det man trenger på mobilen.»*

LV-lege nr.1

*«Jo færre ting å ha med seg, jo bedre. Større bilde er bedre, men når man ikke bruker ipaden til annet er det vanskelig å ta denne i bruk fordi man ikke har rutine.»*

LV-lege nr.2

# Spørsmål i videoløsningen

Lege og amb.personell  
får opp 2 spm. for  
umiddelbar evaluering

2 Evalueringsspørsmål om opplevd beslutningsstøtte og om hastegrad/behandlingsnivå ble endret kom opp umiddelbart etter bruk av video under piloten til begge parter.

Ulik respons på disse spørsmålene gjør at vi fikk begrenset antall svar;

- Kun 7 svar hvor lege og amb.personell har svart samtidig – blant disse svarene er det ulike opplevelser av om hastegrad/behandlingsnivå ble endret eller ikke, og hvor nyttig de opplevde bruk av video.
  - I noen tilfeller opplevde både lege og ambulanspersonell at hastegrad/behandlingsnivå ble endret og stor eller svært stor grad av økt beslutningsstøtte.
  - I andre tilfeller hadde lege og ambulanspersonell ulik oppfattelse av om behandlingsnivå/hastegrad ble endret og i hvilken grad de opplevde økt beslutningsstøtte ved bruk av video.
- Det var ytterligere 10 svar fra ambulanspersonell uten tilhørende svar fra lege. Her svarer de at hastegrad/behandlingsnivå ble endret i 9 av 10 tilfeller og at de opplevde svært stor grad av økt beslutningsstøtte i 9 av 10 tilfeller.
- Legene har svart ytterligere 7 ganger uten tilhørende svar fra ambulanspersonell. Her svarer de at hastegrad/behandlingsnivå ble endret i 3 av 7 tilfeller og stor variasjon i opplevd grad av økt beslutningsstøtte (fra *Ingen grad* til *svært stor grad*).

## Oppsummert:

- Den ene part kan oppleve nytte av video, selv om den andre part ikke gjør det.
- Ambulanspersonell opplevde større grad av økt beslutningsstøtte enn legene ved bruk av video under konferering.

# Oppsummert erfaringer fra Kristiansand ambulansestasjon



- Ambulansepersonellet i Kristiansand har sett nytteverdien i video der de har hatt tid og mulighet til å bruke det.
- Mye av utfordringene som er avdekket er at kjøreavstander er ikke så store, slik at oppkobling og bruken av videopiloten ikke alltid har vært tidsbesparende og gitt nytteverdi. Men derimot der det har vært tid og blitt brukt har det vært til stor nytteverdi både for pasient, pårørende og ambulanse.
- Utfordringer underveis har vært tilgjengeligheten på leger. Enten med manglende opplæring, eller at de ikke har hatt tid til å gjennomføre videosamtale.
- Videoløsningen og systemet rundt det har vært og oppleves som bra.

Annika Johansen, Ass. Enhetsleder Kristiansand ambulansetjeneste

Bilde: SSHF

# Oppsummert erfaringer fra Lillesand ambulansestasjon



- Personell i Lillesand har opplevd videopilot som et nyttig verktøy de gangene det har fungert. Men det har vært utfordrende å motivere de ansatte til å fortsette å bruke løsningen da de flere ganger har foreslått video, men fått beskjed av lege at de ikke har opplæring eller sett nødvendigheten av det.
- De gangene det har vært tatt i bruk har det fungert fint, og de har fått endret leveringssted eller fått støtte til vurderinger som gjør at pasienten kan være hjemme eller få et optimalt behandlingstilbud.
- Det er altså positive tilbakemeldinger fra når det har vært tatt i bruk og det har helt klart en positiv effekt på de pasientene det har vært tatt i bruk på da det forenkler pasientforløpet, men inntrykket vi sitter igjen med er at det kanskje dreier seg om færre oppdrag dette er et behov på enn først antatt.

# Oppsummert erfaringer fra Kristiansand legevakt



- Kristiansand legevakt har hatt en positiv opplevelse av å bruke video som et supplement ved konferering med ambulanspersonell. Denne innovative løsningen har forbedret kommunikasjonen mellom helsepersonell på begge nivå, og har gitt en mulighet til å forbedre grunnlaget legen gjør vurderinger på.
- I situasjoner hvor video har vært brukt er pasienten godt informert, har samtykket og har i større grad enn ved telefonkonfereringer vært involvert i selve vurderingen.
- Pasienten har også blitt spart for unødvendig venting ved at det henvises direkte, feks til røntgenundersøkelse som følge av videokonsultasjon.



# Eksempler:

- 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. Dette bidro til et bedre pasientforløp og at pasienten fikk en sekundær vurdering med høyere medisinsk kompetanse.



# Noen case fra ambulansestasjon 1



1. Pusteproblemer, stikkende smerter. Sendt som haste tur, brukt video og oppgradert til akutt og rød triage.
2. Infeksjon. Startet på AB. Engstelig og urolig. Brukt video for at lege kan vurdere allmenntilstand og farge på urinen. Pasienten opplevde det greit å snakke direkte med lege. Godtok da å være igjen hjemme etter konsultasjonen.
3. Eldre dame falt og fått hematom med blødning i ansikt. Video ble brukt for vurdering, pasienten ble lagt direkte inn SSK etter video.
4. Falt, smerter i ankel. Video for røntgen rekvisisjon. Kjøres da direkte inn SSK.
5. Falt i terrenget, smerter og hoven i ankel. Video ble brukt og røntgen rekv. sendt SSK.
6. Falt da han skulle sette seg på sykkelen. Smerter i høyre hoft. Video brukt for røntgen rekv. Kjørt direkte SSK.
7. Falt etter blodtrykksfall. Skadet ankel. Video brukt og røntgen rekv. sendt. Kjørt direkte SSK.
8. Skadet kne hjemme. Hevelse og smerter. Brukt video for vurdering av pasient. Video viser hvordan pas beveger seg i leilighet. Pasient blir igjen på adresse.
9. Uklar anamnese. Smerte i skulder og fargeforskjell på armene. Blir vurdert på video og lege ønsker å tilse pas på LV.
10. Fall i hjemmet. Sterke smerter i fot. Video blir brukt for røntgen rekv. og pasienten blir kjørt direkte SSK
11. Spilt fotball, skadet kneet. Forespurt video til lege, lege ønsker ikke.

# Noen case fra ambulansestasjon 2



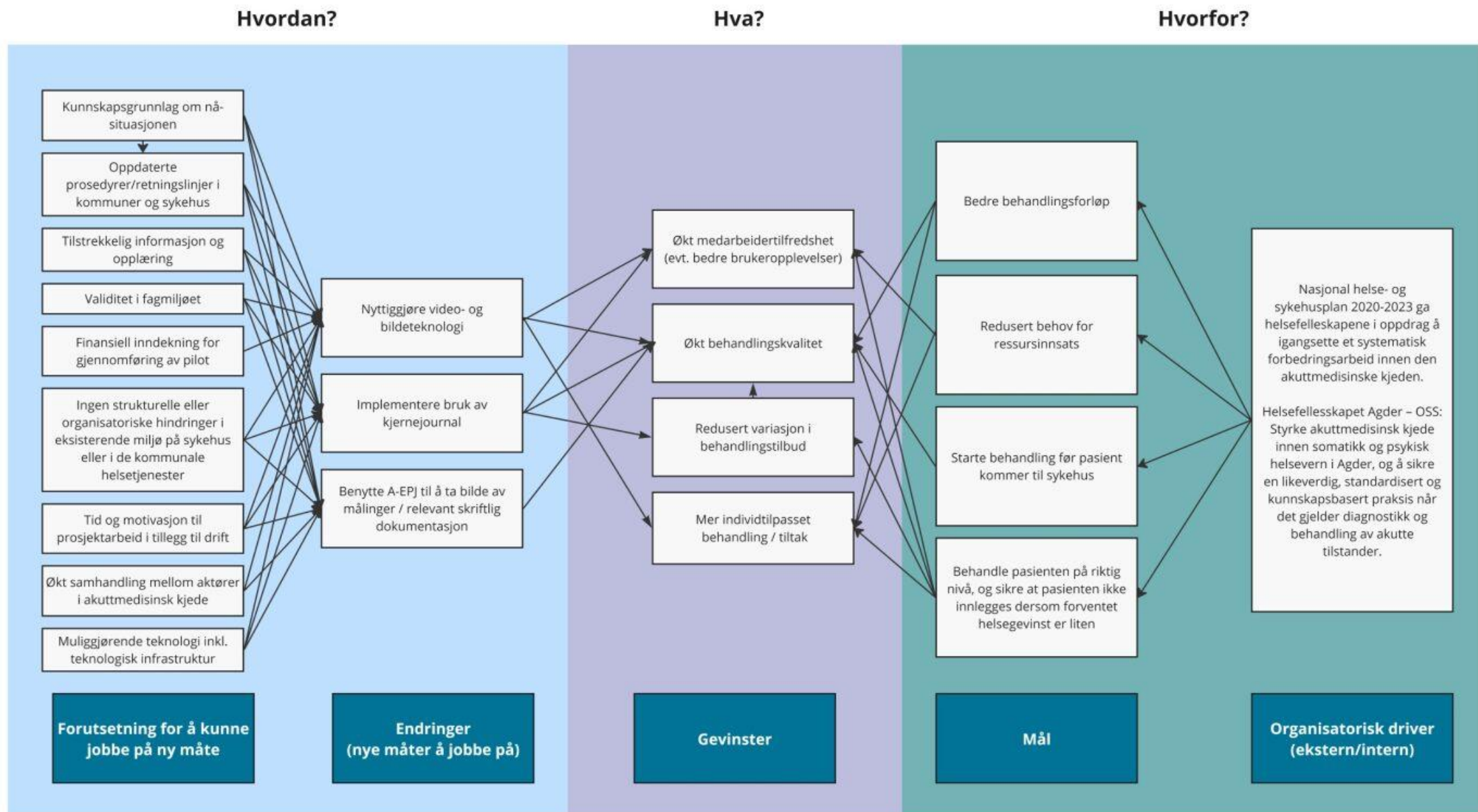
Case 1 – Falt fra egen høyde, smerter i rygg. Videokonsultasjon med lege som henviser og lager røntgen rekv.

Case 2 – Smerter i lår, har hatt videokonsultasjon med lege som ikke kan utelukke alvorlig skade. Kjøres direkte SSK.

Case 3 - Fall fra egen høyde, videokonsultasjon med lege som sender henvisning til røntgen og mulig CT.

Case 4 - Kuttskade i ansikt. Videokonsultasjon med lege for vurdering om det kan sys på LV. Lege vil sy det der, og pas kjøres direkte.

Case 5 – Utsatt for slag og falt fra egen høyde. Ønsker ikke helsehjelp. Videokonsultasjon med lege som beslutter at pasienten kan bli igjen på adresse.



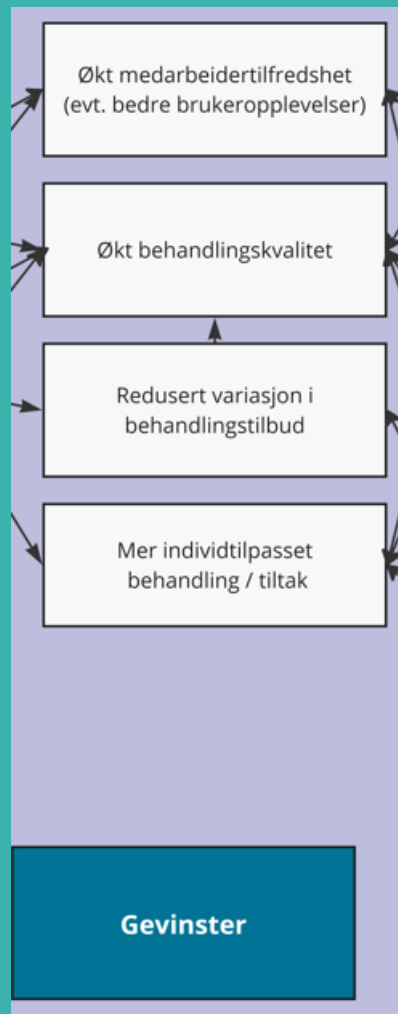
# Gevinstrealiseringskart – delprosjekt 2

# Gevinstrealiseringsplan videopilot

Hva skal endres? Beskriv hvilken arbeidsprosess, organisering, teknologi osv. <i>Eksempel: "Mottak av søknader"</i>	Beskriv kort hva som skal gjøres på en ny måte. <i>Eksempel: "Søknaden skal mottas digitalt, ikke på papir"</i>	Hvilke gevinster kan endringen gi? Spesifiser type gevinst ved å velge fra nedtrekksmenyen. (Klikk på cella, og deretter på pila til høyre for å velge.) <a href="#">Klikk her for mer info</a>	Gi utfyllende informasjon som beskriver gevinsten og muliggjør beregning av gevinstpotensialet	Hva kan man måle for å vise hvor stor gevinsten blir? Velg noe som er enkelt å måle. <i>Eksempel: "Antall dager redusert ventetid for pasientgruppa, økt antall operasjoner"</i> . <b>OBS! KUN EN INDIKATOR PER RAD</b>
Bruk av video mellom ambulansepersonell og legevaktlege	Dagens løsning er bruk av telefon. Pilotere bruk av video mellom ambulansepersonell som er hos pasient og legevaktlege.	Økt medarbeidertilfredshet	Leger og ambulansepersonell som benytter løsningen opplever økt beslutningsstøtte. Dette vil være en subjekt opplevelse som kan måles vha. kvalitativ metode (intevju), alternativt med likert-skala	Intervju av involvert personell (legevaktleger og ambulansepersonell) for å få innsikt i brukeropplevelsen og ev. opplevelse av økt beslutningsstøtte - intervju (mulig fokusgruppeintervju). Alternativt spørreundersøkelse i Forms.
		Økt behandlingskvalitet	Video av pasient gir økt beslutningsgrunnlag for lege som skal ta avgjørelse om aktuell behandling.	Registrering av hvorvidt video-oppkobling medførte endring i triage (opp eller ned). Enkel registrering i etterkant av video-oppkobling.
		Annet	<b>Mer individtilpasset behandling/tiltak.</b> Unngå unødvendige via punkter (f.eks. legevakt hvis pas. skal innlegges eller kan direkte til røntgen).	Undersøke om det blir endring i antall via - leveringspunkter for ambulansene (sammenligne tall uten og med bruk av video).

Pga manglende mulighet for å registrere bruk av video som tiltak i EPJ systemene hos ambulanse og legevakt har vi ikke nøyaktige tall på oppkoblinger og unngåtte via-punkter.

# Gevinster – har vi oppnådd disse?



- Økt beslutningsstøtte hos både ambulanspersonell og Iv-leger.

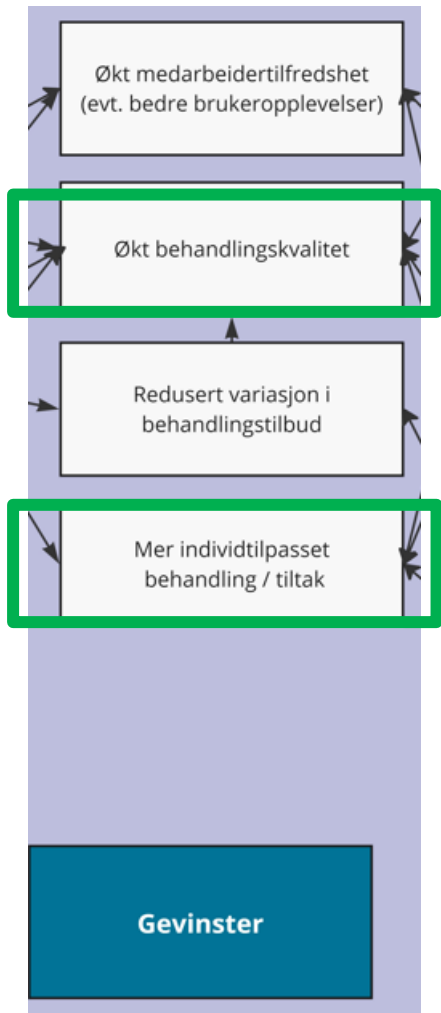
- Mulighet for å unngå tur til legevakt, eller transport direkte til sykehus / røntgen.

*«Det fungerte bra at pasient fikk snakket med legen og at det kom frem nye opplysninger.»*

*Amb.personell*

# Gevinster –

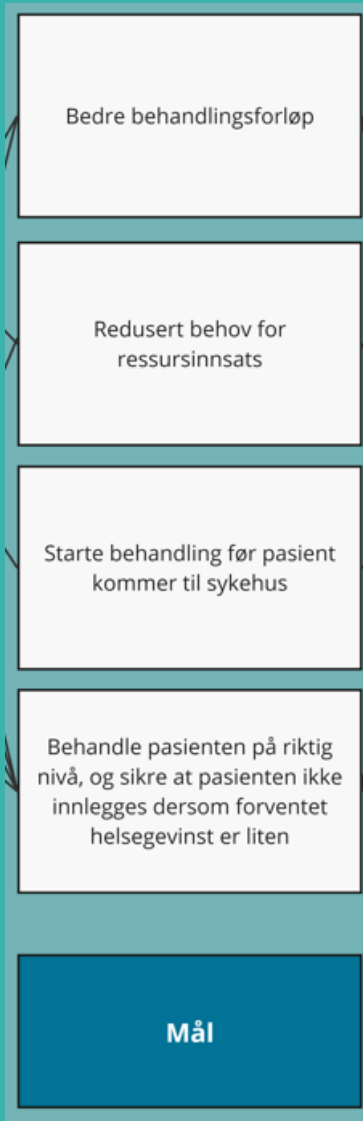
## Eksempler på økt behandlingskvalitet og individtilpasset tiltak



*«Jeg følte det var forsvarlig og dimitere pasient grunnet mine undersøkelser. Lege snakket med meg og pasient da kom det frem nye opplysninger som gjorde at legen ønsket pas inn på sykehus. Så dette var bra.»*

*«Smerteproblematikk/ kreftpasient. Ble gitt mye morfin på adresse. Ble enige om å legge inn direkte SSA da smertestillende ikke hadde effekt.»*

# Måloppnåelse



- Flere pasienter slapp tur innom KLV eller kunne bli igjen hjemme
- Redusert ressursbruk for ambulanspersonell og på legevakt (både lege og sykepleier)
  - 2 eksempler på besparelser under tema Økonomi
- Løsningen implementeres videre i pilotavdelingene



# Økonomi

1. Usikkerhet i starten rundt kostnader for løsningen og ev. taksting for LV-leger
2. NHN-videorom – kostnader pr. videorom
  - Var allerede implementert i SSHF og Kr.sand kommune (ca. 100 kr./mnd.)
  - Alternativ privat løsning hadde kostet min. 150 000,- (tilbud for 3 mnd. pilotstøtte)
3. Taksting for leger - benyttet takst 1K, ingen kostnader for prosjekt eller pasienter
4. Utgifter ifm. opplæring (frikjøp av tid og bevertning)

# Økonomi

**Estimert budsjett** **400 000**

- Opplæring LV-leger 16 046
- Opplæring amb.personell 19 080
- Bevertning ifm. opplæring 4 400
- Video-løsning (NHN virtuelt rom var implementert allerede) 0
- Oppfølging og evaluering 0
- Taksting ifm. videopilot 0

---

• **Sum forbruk** **39 526**

• **Estimert utgifter til oppfølging og evaluering** **50 000**

---

**Underforbruk pr. 11.11.24** **310 474**

# 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 ambulansejournal 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 legevaktslege 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 antagelig kjøre pasienten tilbake til hjemadresse.

Sammenlagt kjøretid: 44 min. Sammenlagt kjørte 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 smerter, oppfordret til å bli undersøkt av lege. Ønsket allikevel å bli igjen hjemme. Ambulansepersonell opprettet videokonsultasjon med legevaktslege. Med 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 kjørte kilometer: 78 km.

## **Potensielt forløp uten videokonsultasjon:**

Uten videokonsultasjon ville sannsynligvis ambulanse har hjemadresse i Lillesand, og tilhører dermed Kristiansand. Ambulansepersonell antagelig trillet pasienten inn på legevakten og latt pasienten bli undersøkt av lege. Lege undersøkte pasienten og deretter skrive innleggelsesplan. Dette ville ta ca. 60 minutt. Etter legeundersøkelse måtte pasienten bli returnert til ambulansestasjonen 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)

# Prosjekterfaringer fra planleggingsfasen



1. Utfordrende å sikre kontinuitet i deltakelse fra prosjektmedlemmene, sørg for å ha varadeltaker
2. Tidkrevende forarbeid før pilot, beregn god tid til dette
3. Involvering av mange parter er nødvendig (systemansvarlige, brukere m.fl.)
4. Krevende å få oversikt over pågående prosjekter andre steder

# Prosjekterfaringer gjennomføringsfasen



1. Løsningen lite brukt i starten, 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
2. Innovasjonsarbeid er tidkrevende og det tar tid å endre vaner
3. Stort ønske om å bruke video hos alle parter
4. Demotiverende for ambulanspersonell når de ønsker å bruke video og lege ikke har mulighet
5. Legene husker ikke på det – ønsker at ambulanspersonell tar initiativ (gjærne sjekkliste)

# Andres erfaringer vs. egne erfaringer

Konklusjon fra Helse-Midt, April 24:

Pilotprosjektet har vist at video som beslutningsstøtte i ambulansetjenesten har en positiv verdi. Det kan hjelpe oss med å utnytte ressurser mer effektivt, hindre unødvendig kjøring med ambulanse, hindre unødvendig utrykning med luftambulanse og gi et bedre grunnlag for rådgivning gjennom konsultasjon. Det er med på å trygge beslutningsgrunnlaget for å la pasienter være igjen hjemme, både for ambulansepersonellet og den rådgivende part. 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.

- Involvering av AMK eller LV-sentral ble sett på som utfordring i pilot hos Helse-Midt. NHN løsning krever ingen involvering av AMK/LV-sentral.
- Bruk av hodekamera vurdert på bakgrunn av dialog med Innlandet, men ble valgt bort.
- Ulike løsninger er tilgjengelige og under utprøving / implementering ulike steder.

## Veien videre:

Mål:

- Video tilgjengelig mellom legevaktleger og ambulanser i hele Agder

Gjennomgang av muligheter ved resterende legevakter i Agder

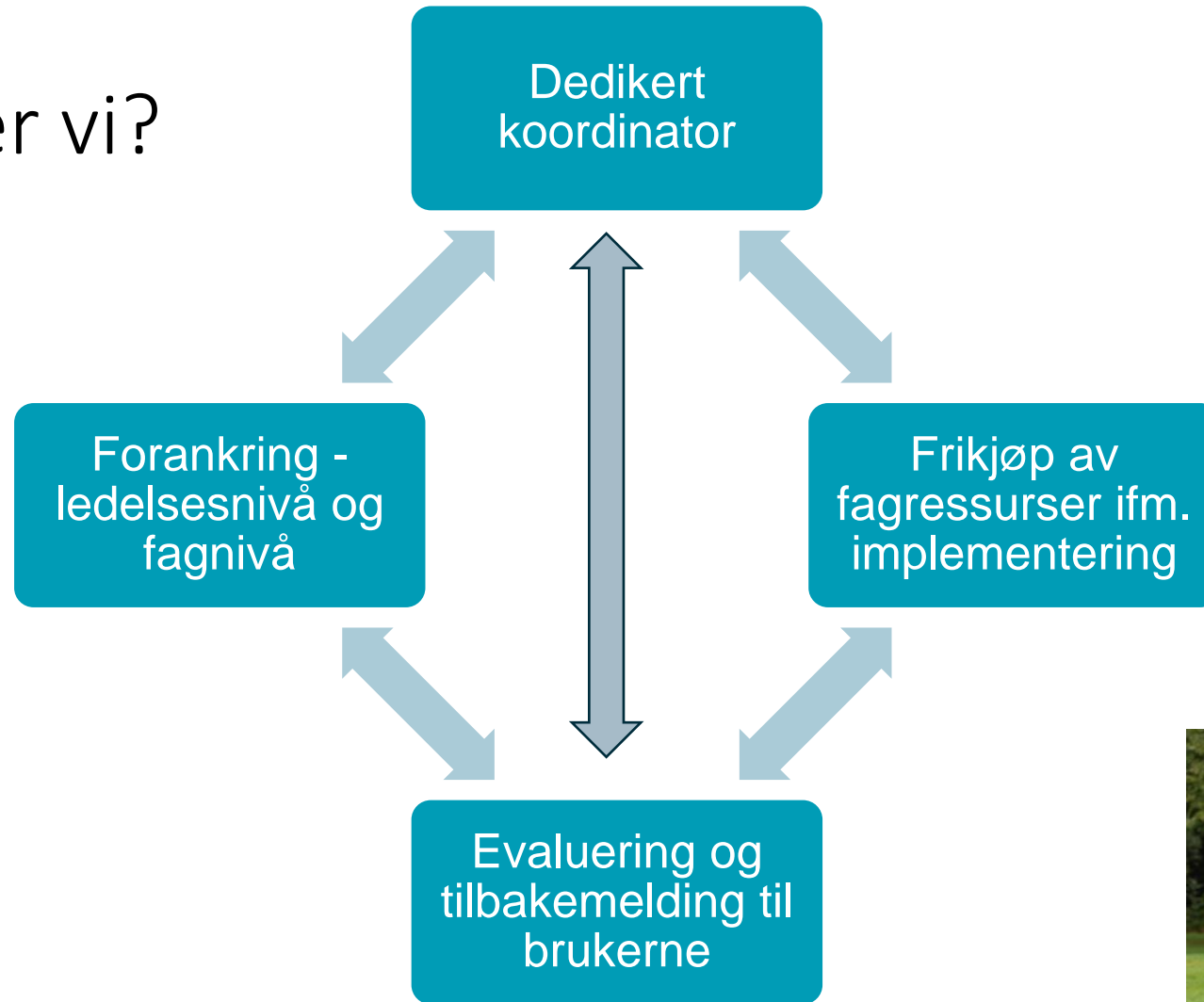
Vurdere hvilken løsning som ønskes implementert

Lage plan for implementering ev. ny pilotering ved annen løsning





# Bredding – hvilke behov ser vi?



Bilde: KLV



Bilde: SSHF

# Den akuttmedisinske kjede i Agder

## Arbeidsgruppe videopilot

Navn	Rolle / representant fra	Kontaktinformasjon
Vibeke K. Realfsen	Leder av delprosjekt 2 Digitale løsninger, inkl. videopilot	<a href="mailto:Vibeke.K.Realfsen@sshf.no">Vibeke.K.Realfsen@sshf.no</a>
Liv Solveig Torsøe	Deltaker i arbeidsgruppe / Enhetsleder akuttmedisinske tjenester, Kristiansand kommune	<a href="mailto:Liv.Solveig.Torsoe@kristiansand.kommune.no">Liv.Solveig.Torsoe@kristiansand.kommune.no</a>
Marit Gunstveit	Deltaker i arbeidsgruppe / Assisterende ambulansesjef, prehospital klinikk, SSHF	<a href="mailto:Marit.Gunstveit@sshf.no">Marit.Gunstveit@sshf.no</a>
Annika Johansen	Deltaker i arbeidsgruppe / Assisterende områdeleder Kristiansand, ambulanseavdeling PTSS, SSHF	<a href="mailto:Annika.Johansen@sshf.no">Annika.Johansen@sshf.no</a>
Trudi Nilsen Lohne / Karoline Vassbø Nyhus	Deltakere i arbeidsgruppe / Rådgivere, Kristiansand kommune	<a href="mailto:Trudi.Nilsen.Lohne@kristiansand.kommune.no">Trudi.Nilsen.Lohne@kristiansand.kommune.no</a> <a href="mailto:Karoline.Vassbo.Nyhus@kristiansand.kommune.no">Karoline.Vassbo.Nyhus@kristiansand.kommune.no</a>
Marita Nesland Næss / Lars Jørgen Modalen	Deltakere i arbeidsgruppe / Ledelse Lillesand ambulansestasjon	<a href="mailto:Marita.Nesland@sshf.no">Marita.Nesland@sshf.no</a> <a href="mailto:Lars.Jorgen.Modalen@sshf.no">Lars.Jorgen.Modalen@sshf.no</a>
Kirsten Toft (Tidligere deltakende leger Fredric O Bjelland og Anita Sortland)	Deltakere i arbeidsgruppe / Overlege Kristiansand legevakt	<a href="mailto:Kirsten.Toft@kristiansand.kommune.no">Kirsten.Toft@kristiansand.kommune.no</a>
Ronny Sætereng	Deltaker i arbeidsgruppe / Senior systemingeniør, Norsk helsenett SF	<a href="mailto:Ronny.Saetereng@nhn.no">Ronny.Saetereng@nhn.no</a>

# Relevante lenker – prosjekt *Akuttmedisinsk kjede i Agder*

## Overordnede dokumenter, kvalitetsindikatorer og forskning – et utvalg:

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#)

[Styringsinformasjon - Helsedirektoratet](#)

[NOU 2015: 17 - regjeringen.no](#)

[Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden.pdf 2019 NAKOS](#)

[Akuttmedisin - Helsedirektoratet](#)

[Nasjonalt legevaktregister - Norce \(norce-research.no\)](#)

[Akuttmedisinforskriften](#)

[Rapporten «Akuttmedisinsk kjede på Agder», juni 2016](#)

[Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner - KoKom 2018](#)

[Samarbeidsavtaler mellom SSHF og kommunene i Agder](#)

[Forskning innen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i Norge etter år 2000 – FHI, 2024](#)



## Relevante samhandlingprosjekter

[Akuttkjedeprojektet Telemark 2016-2020 Sluttrapport](#)

[Integrert Akuttmedisinsk Kjede ved Sykehuset Innlandet | Innomed](#)

[Trygg akuttmedisin – samhandling - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#)

# Relevante lenker – delprosjekt 2

## Delprosjekt 2

- [Videokonsultasjon - Norsk helsenett](#)
- [Prehospital video i samhandling \(PreViS\) - Sykehuset Innlandet HF](#)
- [SNLA Video: Tester video i ambulanser - Norsk Luftambulanse](#)
- [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](#)



Bilde: SSHF