

Video i legevaktsentraler - Erfaringer

Her vil du se en oppsamling av erfaringer fra operatører ved ulike legevaktsentraler når det gjelder bruk av video. Alle punkter er unike utsagn fra ulike operatører.

Disse erfaringene er innhentet ved tre digitale arbeidsmøter med operatører fra ni ulike legevaktsentraler. Elementer for diskusjon var blant annet opplæring, innringers opplevelser, kommunikasjon og vurdering, dokumentasjon, etikk, bruksområder, hastegrad og tiltak.

Har du innspill eller egne erfaringer som kan være nyttig for andre å lese, send mail til: nsan@norceresearch.no

Innholdsfortegnelse

Opplæring ved bruk av video	2
Lite/ingen opplæring	2
Mer inngående opplæring	2
Bruk av lege ved video	3
Operatørens erfaring av innringers opplevelser	4
Kommunikasjon og vurdering	5
Enveis videooverføring	6
Dokumentasjon ved bruk av video	6
Bruksområder	7
Medtitt	8
Faktorer for om man velger å bruke video eller ikke	9
Endring av hastegrad ved bruk av video	9
Endring av tiltak ved bruk av video	10
Etiske utfordringer	10
Andre kolleger kan se videooverføringen	11
Samtykke	12
Omsorgssvikt	12
Annet	12

Opplæring ved bruk av video

Lite/ingen opplæring

- Det var egentlig ingen inngående opplæring. Følte at kollegaene tok det på strak arm, det var så enkelt. Ansatte «kastet» seg ut i det og prøvde ut verktøyet. Det har gått veldig fint. Litt «krøll» med å klare å logge alle på, og at alle fikk seg bruker. De største utfordringene gikk på det tekniske. Det har egentlig ikke vært noe tema, det er ingen som har etterspurt noe opplæring.
- Et veldig fint verktøy å ta i bruk. Det var så intuitivt at opplæring ikke var noe problem. Selv eldre og pensjonister som bare av og til er på vakt har ikke hatt problemer.
- Vi har ikke hatt noe spesielt opplegg når det gjelder opplæring. Det var noen som brukte det først, så har andre kastet seg på etter hvert. Noen var noe nølende i starten, men nå bruker alle det.
- Ikke helt kjent med prosedyrer. Men man blir vist det, også er det et enkelt verktøy. Får ikke opplæring med scenario-trening og lignende.
- Man trenger ikke veldig mye opplæring. Det er bare å få det implementert som verktøy. Vi har en mal som er skrevet ut og laminert, hvor det står hvordan du kan presentere og hva pasienten skal gjøre. Du bruker det kanskje første gang, så kan du det. Du spør bare er det greit for deg at jeg sender deg en videolink slik at jeg kan se på såret for å lettere kunne vurdere.
- Ser ikke behov for kursing. Vet ikke om et kurs gjør noe lettere. Vi har verktøy vi kan bruke som NEL. Fantasien setter grenser til hva du kan bruke det til. Vi valgte nesten å «snik-innføre» bruk av video i fjor (2021), kjente at ansatte var veldig sliten, det kom nye prosedyrer og ting hele tiden rundt korona, dette medførte stor arbeidsbelastning. De som har lyst, skal få lov til å bruke det. Opplevde dette som en suksess-faktor, det var basert på frivillighet. Man lærte av hverandre. Satt i medtitt. Operatøren avgjør selv om man kan ha nytte av video eller ikke.

Mer inngående opplæring

- På grunn av bekymring for økt tidsbruk per samtale ble det satt sammen en pilotgruppe på 10 operatører som startet å ta video i bruk. Det var mye trøkk på legevakten, det var midt i pandemien så bekymringen var til stede når det gjaldt økt tidsbruk. Stor suksess at det var så enkelt å ta i bruk. God teknisk løsning.
- Det var planlagt en mer inngående og systematisk opplæring, men operatørene var raske med å sette i gang med en gang de hadde fått en bruker. Svært enkelt og fint verktøy å bruke. Det ble mindre opplæring etter hvert.
- Disse "plansjene/informasjonskrivene" hvor man har tekst over hva man skal si på norsk og engelsk ble mye brukt, som man hadde ved siden av seg i legevaktsentralen. Hadde også øvelser i å ringe hverandre først, for å øve seg på ordlyden. Så var man i gang og brukte

verktøyet. Noen legevakter hadde lagt seg veldig strengt på hva man skulle bruke video på og hva man ikke skulle bruke video på, da valgte vi å si at det var opp til operatøren selv å vurdere når video var en god løsning. Dette praktiseres enda. Ingen tilbakemeldinger på det.

- Det er gjenkjennbart at det er et ønske om mer kurs om kutt, sår og utslett. Det blir noe annet å se på video. I og med at video ikke blir tatt opp, så har vi hatt en runde på hvordan man skal dokumentere, både i lydlogg og journal.
- Vi hadde en gjennomgang av SNLA på personalmøte der alle fikk se hvordan det virket, alle logget seg på med mobilen. Alle fikk prøve seg ut på en vakt. Ikke hatt noe behov for mer i etterkant.
- Vi hadde veldig mye å gjøre i perioden vi innførte det. Tilbudte e-læringskurset på NAKOS. Når det var fullført, så ble det laget bruker til den ansatte. Da hadde man kontroll på at alle som hadde funksjonen visste hvordan det fungerte. Det var for at vi skulle beholde kontrollen på alle som kunne bruke det.
- Opplæringen har bestått av prosedyrer for bruk og nettkurs, så fikk man tilgang etter nettkurset var tatt. Veldig mange som bruker det. Går stort sett greit. Det ble snakket om på fagdag, man tok nettkurset og så fikk man tilgang, oppfordret til bruk på hverandre før pasienter. Fikk en mal på hvordan vi skulle innlede samtalen med pasienter.
- Laget en prosedyre som var tydelig på hvilke situasjoner det var riktig å bruke video, og litt om rammene rundt videobruk, dokumentasjon av bruken og hvilken nytteverdi det hadde. Det ble gitt fellesinformasjon til alle sykepleiere i sentralen, så var opplæringen en-til-en. Ingen fikk tilgang før de fikk opplæring. Laget øvingsoppgaver og trente på dem, før man tok video i bruk på pasienter. I prosedyren står det også om hvordan man skal henvende seg til innringer/pasienten, og hvordan presentere verktøyet. Alle operatørene har vært positive til opplæring og bruk, noen få har ikke tatt det i bruk enda. Alle syntes det er lett og trygt å bruke til å gjøre gode vurderinger.

Bruk av lege ved video

- Legene er brukt aktivt inn i konsultasjonsarbeidet. Veldig ofte sier vi at vi skal ringe tilbake, så er legen med og det kjøres en mer treveis-videokonsultasjon. For å gjøre vurderingene sammen. De har oppgitt til pasienten at det kommer til å koste, at det er en konsultasjon med lege, da det blir en legekonsultasjon når legen dras inn.
- Aldri brukt det til videokonsultasjon, men bruker legen aktivt i bruk av video. Har alltid legen til stede. Legen har veldig kort vei dersom den er ledig.
- Noen ganger overtar legen konsultasjonen. Noen ganger titter bare legen og sier seg enig. Men noen ganger overtar legen vurderingen og da blir det takstet som en konsultasjon.
- Vi har opplevd en del problemer med å få legen til å se på det. Da med tanke på taksting. Vi har måttet tenke at dette er et sykepleierverktøy, og be hverandre om råd. Hvis usikkerhet må vi ta pasienten inn. På dagtid med fastlønnede leger kan vi bruke legene mer. Utenom dette bruker vi ikke legene.

Operatørens erfaring av innringers opplevelser

- Erfaringsmessig er det en enorm lettelse for småbarnsforeldre når man spør om å bruke video. Særlig for dem som slipper turen ned til legevakten. Selv om det ikke er store avstander. Mange er veldig takknemlige for å ha den løsningen
- Opplever også at det er en lettelse, særlig for småbarnsforeldre. De føler seg mer sett. Tryggere i vurderingene som blir tatt.
- Det er veldig få som ikke har ønsket at man skal bruke video. Da har pasienten gjerne ikke orket det. En erfaring er at de ikke føler seg trygge på det, de ønsker ikke å vise rot i huset. Noen har prøvd å unngå temaet, og ønsker ikke at video skal brukes - uten begrunnelse.
- Vi har stort sett fått positive tilbakemeldinger fra pasienter. Vi har hatt en del konsultasjoner med kjente psykiatrispasienter, de er ikke alltid så fornøyde med å ikke bli bedt om å komme, at man heller bruker video i en legekonsultasjon. Men det har lettet arbeidet til legevakten enormt. Da man ofte vet at kjente psykiatrispasienter kan ta veldig lang tid. Det går mye raskere å løse innringers problemstillinger over video i mange sammenhenger.

En annen ting som skaper endel negative «vibber» er faktisk annet helsepersonell. De har vært nødt til å gjøre noen syninger ved forventet dødsfall på institusjon over video. Rent etisk er vi ikke der enda, det er lovlig, og vi er nødt til å gjøre det slik i vårt distrikt, vi kan ikke være uten legen i over flere timer. Det går ikke. Der har vi hatt noen negative reaksjoner fra annet helsepersonell. Der har vi nok en vei å gå når det gjelder det etiske. Det er mange som opplever det som veldig ubehagelig. Det gjør for såvidt også vi på legevakten. Det er noe med det å skulle syne dødsfall over video, som ikke føles helt greit. Dette er kanskje en oppgave som i større grad er lagt på legevakten nå som video er en mulighet og et mer anerkjent verktøy. Før måtte man gjerne vente til neste virkedag.

- Har erfart at innringer har sagt nei. Pasienten trodde kanskje ikke at en fikk hjelp hvis man koblet på video, det var en stresset situasjon. Gode erfaringer med unge og gamle pasienter. Det som savnes noe er hvis innringer ikke klarer å koble seg opp, så har man ikke muligheten til å overstyre det. Enkelte ganger har dem trukket seg litt, gjerne når det gjelder skader. Jeg spør om å få se på armen på video, så nøles det "nei, det vises ingenting da". Endel slike ting hvor de ikke har ønsket det. Ellers bare positive erfaringer, og oppleves for innringer som en bra ting med video.
- Opplever mye det samme, gode erfaringer. Og at pasientene føler seg tryggere når vi legger på ut ifra de rådene vi gir. Det er lettere for dem å avvente hjemme, tryggere på det vi sier som helsepersonell.
- Vi har utelukkende hatt positive erfaringer fra innringer. De føler seg tryggere på at vi har forstått de. Sett det de ser. Særlig når det handler om små barn. Og særlig ved førstegangsførelse. Har også opplevd at muligheten for å se video sammen med noen som svært positivt. sier til innringer at jeg vil se på det sammen med annen sykepleier eller legen. Betyggende for innringer. Opplever det som en konsultasjon mange ganger. Positivt for både innringer og meg som operatør at man kan se sammen.
- Det har alltid vært positivt de gangene jeg har tilbudt innringer å se på video. Men ordleggingen er viktig i den fasen man ønsker å vite om de er interessert. Mange pasienter

blir veldig glad og opplever at vi vil gi dem ekstra god hjelp når vi bruker video. Ikke opplevd at pasienter har motsatt seg bruk av video.

- Aldri hørt at noen sier nei. Da gikk det på teknologiske ferdigheter i så tilfelle.

Kommunikasjon og vurdering

- Video må ikke gå på bekostning av tiltak. Man skal jobbe seg nedover triagering, så er video et supplement. Det må ikke forsinke respons til pasienten. Men video er mye tid spart, både for pasienten, men også for legevakten.
- På slutten av vekten blir jeg mer empatisk. Det blir noe annet når man har video. Man føler man er i stuen til innringer. Video gir meg et ansikt på pasienten, det er en fin ting. Du kommer inn i hjemmet til folk. Du kan identifisere deg så godt med hvordan det er. Du kjenner godt på empatien da. Det blir nærere med video.
- Opplever at kommunikasjonen går bedre på et vis. Du bekrefter for innringer at du ser det dem står i. Video er en bonus. Ikke forstyrrende eller for mye. Raskere kommunikasjon, vi får ned samtale tiden. Vi får raskere konkretisert hva henvendelsen gjelder, heller enn å bruke tid på beskrivelse.
- Video er veldig nyttig ved språkvansker. Da skjønnes mer hva det blir spurt etter. Mye kan bli mistet og misforstått ved oversettelse.
- Når det gjelder bruk av beslutningsstøtteverktøy, så kan det være noe utfordrende å være like systematisk. Det jeg pleier å gjøre er å gå gjennom spørsmålene fra beslutningsstøtteverktøyet først, før jeg velger å ta i bruk video. Da vet jeg hva pasienten beskriver, hva jeg har av funn også sammenligner jeg det opp imot hverandre. Da er jeg også mer obs på det jeg har funnet ut ved bruk av beslutningsstøtteverktøyet. Og hva jeg skal se etter.
- Det blir stort sett aldri brukt video i stedet for beslutningsstøtteverktøy, det blir alltid i tillegg.
- Jeg har hørt noen oppleve at vurderinger har blitt veldig annerledes når de har koblet opp video. Pasienten har ikke klart å presentere helt hvordan situasjonen virkelig er. Når de får opp videoen så ser man hvordan det virkelig er. Man kan se om noe haster og må vurderes, men også motsatt, at pasienten kan være hjemme. Det går begge veier. Særlig på natt er det veldig nyttig, for å vurdere om pasienten trenger å komme midt på natten, nyttig for å avklare situasjon og hastegrad. Gjelder særlig når det gjelder kuttskader, utslett og små barn.

Enveis videooverføring

- Vi ønsker ikke toveis videooverføring. Det ville vært rart i denne settingen.
- Når det gjelder enveis videooverføring: Det har litt med sikkerheten til operatørene å gjøre, vi er skjermet av en grunn. Vi har enormt mye forskjellige type pasienter, inkludert mye rus og psykiatri. Det er jo mange som ikke er fornøyde med beslutninger som tas, da blir det en personlig case dersom vi også skulle ha være med i bildet. Det skal vi være skjermet for. Utenfor arbeid skal vi ikke bli gjenkjent eller oppsøkt.
- Savner av og til at de kan se meg når det gjelder barn. Opplever at det ikke er så lett når det bare er lyd. Det er det eneste tilfellet hvor jeg savner toveis videooverføring. Får ikke den gode kontakten med barn dersom de ikke kan se deg. Vanskeligere å oppnå kommunikasjon uten det.
- Opplevelser fra innringere at de syntes det er bra med enveis video.
- Enveis video er «alfa omega» for at vi skal bruke verktøyet.
- Enveis video: Tenker det er veldig bra. Ville ikke hatt det begge veier. Det ville blitt helt feil.

Dokumentasjon ved bruk av video

- Vi øver oss i å si hva vi ser, å få satt ord på situasjonen. Bli enig med innringer, beskrive det vi ser. Men vi må også skrive i journal, men man får gjerne aldri skrevet alt. Man må dokumentere hva det er som gjør at man endrer mening eller oppfatning av situasjonen etter bruk av video. Det blir litt som et fysisk oppmøte med pasient, da er det ingen logg, man skriver det man ser. Lydlogg er betryggende.
- Det hadde vært fint å kunne ta et stillbilde av for eksempel «den ankelen» å kunne lagre det i journalen. Video er jo grunnlaget for min beslutning, da hadde det vært fint å kunne dokumentere det med et bilde. Det hadde vært godt i en klagesak, da kan man vise hva man faktisk har sett. I og med at det hjelper til å treffe en beslutning. Så er det litt rart at jeg ikke får lagret noe. På sykehuset bruker jo legene telefonen sin for å ta bilder av for eksempel sår og legger det i journalen. Det ville ha vært et godt verktøy å ha. Vi opplever endel folk som sier "kan jeg bare sende et bilde til deg". Det kunne jo vært et godt alternativ for dem som er ukomfortable med video. Når det gjelder hud og skjelett kunne det vært et godt alternativ med bilde.
- I og med at video ikke blir tatt opp, så har vi hatt en runde på hvordan man skal dokumentere, både i lydlogg og journal.
- Har ikke tenkt så mye over det å snakke høyt om det man ser. Man har hatt fokus på det man skriver i journal. Det er et veldig godt poeng som tas med videre.
- Man gjentar det man ser, med tanke på lydlogg. Man ser ofte at det som blir skrevet i journalen er veldig individuelt. Noen plasser står det bare "smerteproblematikk i tre dager" mens på lydlogg er det en mer utdypende beskrivelse.

- Det var en fin gjennomgang av dette på nettkurset. Det vi har gjort er at vi beskriver det vi ser. Vi har aldri opplevd at det ikke har samsvart. «Jeg ser at det er rødt», beskriver hvor stort såret er o.l. Skriver også i journal at video kobles opp, så beskrives skaden også.
- Har opplevd at beskrivelsen av situasjonen ikke samsvarer etter man ser på video. For eksempel allmenntilstand hos barn. Da beskrives dette på lydlogg og i journal.
- Prøver å være konsekvent på å vokalisere høyt hva jeg ser/ikke ser. Så skriver jeg også i journalen.
- Skriver og mye det samme når vi har video, det må være god nok dokumentasjon. Noen beskriver noe helt annet enn det vi ser, da må vi også si/skrive det. «For meg ser det ut som sånn og sånn, er du enig i det? Hva mener du, eller hva tenker du?» Sjekke ut at en har den samme forståelsen. Det vil fanges opp på lydlogg, men det må også dokumenteres i journalen. Få pasientens bekreftelse og oppnå enighet om hva situasjonen er. Få frem tydelig det en ser også. Sørge for gjensidig forståelse for situasjon og vurdering. Da kan vi gi god hjelp. Slik at pasienten oppfatter våre råd slik de er ment, og dermed kan nyttiggjøre seg av dem.

Bruksområder

- Det har vært veldig mye vær i vinter og mye stengte veier. Ikke flyforhold. Vi har en øy med en tunnel, denne har vært mer eller mindre stengt i hele vinter, og det har vært utfordrende. Da har vi brukt video en god del. Det oppleves både for pasienten og for oss i legevaktssentralen som veldig positivt. Vi har fått avverget endel situasjoner hvor man har nedgradert hastegrad. Som regel har det ikke vært så ille som det høres ut i den første samtalen. Når det har vært umulig å frakte pasienten noen veier, så har vi kunne bruke video for å kartlegge ytterligere, så har vi hatt en alliert lege på øyen som har dratt hjem til pasienten.

Vi kommer nok til å bruke det mer i slike situasjoner, det er innbyggere på øya som er avskårne fra ambulanse, fly og båt når det er på det mest værutsatte. Har kunnet gjøre mange vurderinger som har gjort at pasienten slipper å komme. Vi har kunnet bruke hjemmesykepleien eller sykehjem for å bidra på stedet. Veldig fint å kunne se pasienten når dem er så langt borte og vi vet at vi ikke får flyttet på pasienten. Det blir litt andre forhold enn det er i storbyene. Har bare positive erfaringer med verktøyet.

Utover det er video brukt på kutt, utslett og syke barn. Også endel ved rus/psykiatri - gjengangere. At legen har hatt konsultasjon over video. Typ ved psykiatri der dem ofte ønsker å komme til legevakten for å få medikamenter, vi kjenner dem så godt at vi som regel tenker at det er ikke det som er det beste. Der har vi god erfaring med bruk av video.

- Bruker det veldig mye på barn. Nedsatt allmenntilstand, pustevansker og Covid-19. Opplever ofte at barna har bedre allmenntilstand enn det foreldrene beskriver. Samtidig kjenner dem ungen sin også, det kan derfor være en litt «sketchy» vei å gå.
- Det er barn det går mye i. Særlig i det siste. De er kanskje ikke så dårlig i allmenntilstanden som blir beskrevet, det er ofte vanskelig for foreldre å skulle beskrive respirasjon på barn. Vi

har også fått noen «aha» opplevelser hvor barnet er mye dårligere enn først beskrevet, der foreldre ikke helt har klart å fange det opp selv, uansett hvordan man har vinklet spørsmålene.

- Video er nyttig ikke minst med språklige utfordringer. Kommunikasjonsvansker. Der pasient/innringer ikke klarer å formidle så godt.
- Det blir telt mye respirasjonsfrekvens og vurdering av pust. Det er mange som ikke har norsk som første språk, både pasient og helsepersonell. Eldre - vi har fanget opp slag og alt mulig rart på video. Som ikke hadde blitt fanget opp på telefon. Vi bruker det ikke på psykiatri. Det må være noe vi kan se, telle eller måle på et vis for at det skal ha noe for seg å bruke video.
- I og med at vi har så lang reisevei, så er det ofte at vi for eksempel har ambulansete hos pasienter også er det ikke alle ambulanser som er så glad for å komme til legevakten da det kan bli en omvei i stedet for å kjøre direkte til sykehus. Da er det også fint å bruke video, legen kan si at de skal kjøre direkte til sykehus, eller at de skal komme inn til legevakten. Får avklart mange situasjoner.
- Bruker det på kutt, utslett, skader, hender og føtter. Syke barn. Bruker det mye på pust, særlig hos barn. For å vurdere frekvens og inndragninger. Der har man mye å hente når det gjelder vurderingen av å sende ut ressurser.
- Vurdere allmenntilstand, veldig mye barn. Ved språkvansker.
- Man bruker video der man tenker at det kommer til nytte for pasienten og for legevakten. Uavhengig av avstander. Skjønner man at pasienten må inn eller lignende, bruker man ikke tid på video. Er det travelt bruker man video da det kan medføre mer avklaring per tlf.
- Barn, særlig ved feber, respirasjon, bekymrede foreldre, tungpust og nedsatt allmenntilstand. Kan møte noe helt annerledes når jeg tar på video, barnet er for eksempel mye mer interessert i omgivelsene enn beskrevet og er i god allmenntilstand. Og utslett og hudproblemer, hevelser. Har også brukt video på uavklarte pasienter, for å kunne få inntrykk av klinikk, vurdere hud, sirkulasjon, pust, avklare om pasienten er gul eller rød. Ofte kan pasienten dempe symptomene i forhold til hva som faktisk er tilfelle. Kutt, avklare om det bør sys, eller om det kan stripses eller bare observeres litt videre.
- Finne ut om hudutslett er systematisk eller lokalt, dersom det er systematisk bør man gjerne se på det. Brukte det mye i forbindelse med for eksempel rødhet på armen etter Covid-19-vaksinen.
- Godt verktøy å bruke i for eksempel sykehjem og i hjemmesykepleie.

Medtitt

- Vi har brukt medtitt funksjonen. Tenker også å bruke den på legebil. Hvis det er leger som er ute og ikke føler seg helt trygge i vurderinger, så kan de konferere med en overlege inne ved å sette på medtitt. Det er gjerne flere leger som ikke er så erfarne med å være på bil, da vil behovet bli enda større. Har brukt det ved pasienter hvor legen skal ringe pasienten, så oppretter vi en medtitt, det blir da en legekonsultasjon over telefon og video. Har også brukt

det i LVS der flere i kontrollrommet er i medtitt for å vurdere sammen. Det har også vist seg å være ganske nyttig.

Faktorer for om man velger å bruke video eller ikke

- Lang reisevei har mye å bety. Særlig for barn. At de ikke trenger å komme dersom det ikke er absolutt nødvendig.
- Når det gjelder travelhet på vakt, så er det mer gunstig med bruk av video. Man får gjerne avverget dem som ikke trenger å komme. Det tar så kort tid å koble opp video, at det ikke er en tidstyv sånn sett. Skulle nok ha brukt video mye mer. Taper nok ingenting tidsmessig. Kan gjøre vekten mindre travel, med at man får mindre unødvendige konsultasjoner på legevakten.
- Det er et lett system å bruke. Hvis man ikke har fått logget seg på ved vaktstart, så det er en faktor for å ikke bruke det. At man faktisk har den raskt tilgjengelig. Det vil gjøre det enda lettere. Det er noen av de eldre operatørene hvor det sitter litt langt inne å bruke det. Men når man har brukt det så ser man nytteverdien av det, så er det lettere å bruke det igjen neste gang. Det handler nok mye om vaner.
- Det som ofte er avgjørende er hvor stresset innringer er. Hvor kaotisk situasjonen er. Om jeg kan påføre dem en større belastning med å bruke video. Vurderingen går også på tekniske ferdigheter. Det blir nok brukt mer og mer, da vi ser at vi sparer tid på det.
- Vi har ikke nattåpent hos oss, vi samarbeider med en større kommune. Tror at når det nærmer seg at vi skal hjem så kan det ha en innvirkning. Veldig ofte bruker vi video for å bekrefte at det er greit å ikke ta dem inn. Føler vi har veldig mye å vinne ved å bruke video.
- På natt er det nyttig for å vurdere om pasienten trenger å komme eller kan vente til dagtid. Nyttig å bruke video for å avklare situasjoner og for å trygge pasienten. Vurderingene blir bedre ved bruk av video. Det blir brukt mest hos unge mennesker, og ikke eldre på grunn av teknologien. Vi burde kanskje spørre om de også har mulighet til video, ikke bare anta at de ikke kan det på grunn av alder.

Endring av hastegrad ved bruk av video

- Oftest nedtriageres hastegraden etter å ha fått sett pasienten på video.
- Vi bruker hastegradsvurderingsverktøy som er laget for å overtriagere. Så det er bra at man ikke opptriagerer mye etter video. Man skal ha fanget opp riktig hastegrad også før video. Men det er fint at ved tvilstilfellene så får man korrigert hastegraden.
- Tror vi kan endre hastegrad også når vi får sett videoen. Tror det går like mye i gult som grønt. Veldig mye grønt. Og at det blir ofte grønt når de kommer til legevakten også. Noen blir opptriagert fra gult til oransje ved oppmøte, da er det et annet journalsystem. Snakket om det på forhånd før man begynte å bruke det, at det var for nedgradering av hastegrad. Men overraskende går det andre veien også, fra gult til rødt og fra grønt til gult, særlig når det kommer til pust hos små barn. Opplever ofte oppgradering hos barn.

- Man stopper pågang ned til legevakten ved bruk av video. Ofte blir pasienter bedt om å komme for vurdering av sykepleier på legevakten. Opplever oftere at samtaler blir avsluttet på telefon i forhold til før.
- Tror kanskje video brukes mest på gul hastegrad, og at det som regel ender med grønn hastegrad etter bruk av video. Men også noe omvendt. Har en opplevelse av at nedtriagering forekommer oftere enn opptriagering. Men har også opplevd det omvendt.
- Hva skjedde med de opptriagerte pasientene før? Ringte de opp igjen? Vi har ikke hatt en stor andel av saker hvor vi ser at det har gått helt feil. Men hører flere nå som opplever at pasientene var mye dårligere enn de trodde. Før så bare kom pasienten, nå har de en opplevelse av at de skal ringe før de kommer. Kanskje noe faller inn under det, derfor er det ikke synlig. Før brukte man innskrivingen mer, pasienten ble bedt om å komme for vurdering av sykepleier i innskrivingen, da var også pasienten forberedt på at man kan bli sendt hjem/henvist til fastlege, eller ble tatt inn til legekonsultasjon via innskriving. Eller at man ser det an og re-kontakter ved behov.

Endring av tiltak ved bruk av video

- Det er gjenkjennbart at tiltak endres etter bruk av video.
- Det skjer ofte at man har tenkt et tiltak, også endrer dette seg etter bruk av video. Vanskelig å si om det fører til flere eller færre konsultasjoner. Vi ser ganske raskt om pasienten trenger å komme eller ikke. Vi avgjør veldig fort ut ifra det vi ser.
- Det er veldig interessant å se at man treffer riktig før og etter video på hastegrad. Det sier at man er avhengig av kompetansen sykepleier har. Det er viktig å ha kompetente sykepleiere i legevaktsentralen. De må ha et godt klinisk blikk i bunn når det gjelder det å ta vurderinger. Man kan ikke legge all lit til hastegradsvurdering- og beslutningsstøtteverktøy, klinisk skjønn veier tungt.
- Når pasienten eller pårørende fremlegger ulike symptomer, så lager jeg bilder i hodet. Så tenker man ut ifra den samtalen at pasienten trenger en legekonsultasjon, så tar man på video og det er helt annerledes. For det meste i mitt tilfelle er symptomer mye overrapportert enn det som er tilfelle. Det kan være vurdert som veldig alvorlig hos pårørende, men ut ifra det jeg ser så er det fredelig.

Etiske utfordringer

- Opplevde å bli tilkalt for å se på video av et barn som hadde utslett nedentil. Syntes det var fryktelig ubehagelig. Hva kan man gjøre med det. Burde man ha føringer for at det gjør man ikke? Opplever at det var veldig ubehagelig. Selv om det ikke ble tatt opp følte jeg nesten det var et overgrep. Følte foreldrene at de måtte det fordi vi hadde bedt om å bruke video? Følte de seg presset til det? Settingen var veldig ubehagelig. Det er ting vi er i nødt å snakke om og tenke på.

- Har sett på en god del utslett på barn, har ikke samme oppfatning eller følelse. Foreldrene sidestiller det med en legekonsultasjon, at de viser frem symptomene. Hvis operatøren opplever det som ubehagelig, så må man tenke gjennom det.
- Det som er ekstra viktig med slike situasjoner er å legge frem at man har lydlogg. Si at bilder/video ikke blir lagret. At de må vite hva de sier ja til. De kan fort tenke at hvis de sier nei til video, så får de ikke en god nok vurdering. Hvis foreldre sier nei, så må ikke de føle at det går på bekostning av vurderingen vår.
- Når det gjelder økt ansvar hos operatørene, så kan det jo føles slik ut, at man har det "siste ordet", at vi var den siste helsepersonen som så pasienten/pårørende. Men vi avslutter jo med å understreke at de må ta kontakt igjen ved forverring, eller hvis det skulle oppstå en endring eller annet av bekymring. Så må vi prøve å huske på selv at vi ikke er med pasienten 24/7 som pårørende eller pasienten selv. Ja, de føles som et økt ansvar, men samtidig så må hver enkelt ta ansvar for sin egen helse også. Også skal vi være der for å hjelpe dem.

Andre kolleger kan se videooverføringen

- Noen sentraler sitter mer åpent, slik at andre «nysgjerrige» kolleger kan se.
- I vår sentral sitter man ganske skjermet med tanke på innsyn. Man må vurdere litt hvordan man sitter når man er operativ.
- Vår legevaktsentral ser man ikke hverandres skjerm. Opplever at man ikke ser på hverandres video med mindre man har bedt om det. Ellers er det så travelt at vi rekker ikke å gå rundt å se på andres video.
- Vi ser nok litt mer på hverandres video, men for å hjelpe. Og ikke for å være nysgjerrig. Man ser inne at man er flere som ser på video sammen. For å være et ekstra par øyne hvis det skulle være nødvendig.
- Det med å se på hverandre sin skjerm, sies og dokumenteres. Både på lydlogg og vi skriver det alltid også i journalen. Det er ikke så langt i fra det å lese hverandre sine notat, det gjør vi hele tiden. For eksempel vaktleder som har kontroll på hvem som kommer og hva problemstillingene er. At man ofte er involvert på den måten, uten at det dokumenteres utenom spor i journalen. Hvis man har en nysgjerrig sykepleier som bare vil se for å se, så er nok det en mye større problemstilling enn bare at den vil se på en video. De fleste av oss som sitter i legevaktsentralen, er ferdig med å være supernysgjerrig, det er ikke noe som er så spennende å følge med på lenger hvis man ikke må. Det er bare for å være til hjelp. Hvis ikke, så er i så fall problemet større.
- Varierte erfaringer med landskap, noen har utfordringer med det strukturelle og at alt er åpent for alle å se.
- Ikke erfaring med nysgjerrige kolleger, aldri tenkt over at det er noe som er problematisk. Det må være som kollegahjelp eller ekstra vurdering og støtte. Jeg tror ikke det er et problem, men jeg ser at det KAN være et problem. Så det er viktig å ha fokus på det.

Samtykke

- Når det gjelder samtykke: det tørr ikke jeg å bevege meg inn på. Men man burde hatt en avklaring ved for eksempel sykehjem, avklart samtykke med pasient og pårørende før man starter video. At innringer er bevisst på dette også.
- Jeg kan se at det med samtykke og slikt vil bli veldig aktuelle problemstillinger etter hvert. For å kunne bruke video uten samtykke, ved for eksempel demens. Men der det kan være nyttig likevel. Store utfordringer dersom man skal bruke video på pasienter hvor man ikke er sikker på at pasienten har gitt samtykke. Det blir noe helt annet når man snakker med pasienten selv, og du vet at pasienten er samtykkekompetent. Vi må ha en bekreftelse på at pasienten selv ønsker at vi skal bruke video, dette gjelder også medtitt. Det er viktig at man har en debatt og bevisstgjøring rundt det, for dem som skal bruke video.

Omsorgssvikt

- Når det gjelder omsorgssvikt, så er det vanskelig. Hvis man opplever dette, så må man for eksempel finne et påskudd for å sende kjørende lege ut dit. Begrunne hvorfor man tenker det, man kan alltid finne en årsak på hvorfor man ønsker å sende legebil til dem.
- Vi har hatt flere problemstillinger med omsorgssvikt, da har vi tatt pasienten inn på legevakt for vurdering, og kontaktet fastlege dagen etterpå. Det er nye type utfordringer, så er det vanskelig å vurdere hvor mye man faktisk ser på telefon. Ofte har det sammenheng med det de har ringt inn for.

Annet

- De nye bruker verktøyet kjempe mye. Det er en ekstra trygghet at man får sett pasienten. De mer erfarne hadde kanskje litt mer vanskeligheter for å ta det i bruk. Men når man kom i gang, så blir det brukt. Det var vanskeligst å få de erfarne til å bruke verktøyet.
- Dess mer man bruker det, dess mer dreven blir man på å formidle til innringer, og når man bør bruke det.
- Veldig bra verktøy. Særlig for å vurdere om pasienten må innom legevakt eller dra rett til sykehus. Det sparer enormt mye tid, kjøring og omveier for pasientene og ressurser. Pasienten blir også så glad. I mange tilfeller er det slik at de må kjøre to timer for å komme til legevakten, motsatt vei fra sykehuset, selv ved helt opplagte problemstillinger. Det letter veldig for legene også.
- Har et ønske om taksting ved sykepleierkonsultasjon. Når vi bruker video og vurderer på telefonen, hvis man hadde en takst på det så kunne man lønnet flere sykepleiere inn på legevakt og gitt et bedre tilbud til innbyggerne. Det er stort sett sykepleierne som har gjort grunnarbeidet, man må gi det videre til legen for å kunne få lønnet for det.
- Pasienter er fornøyde med å få råd. Etter video kom inn i bildet. Tidligere ble det ansett som en avvisning dersom pas ikke fikk komme inn. Men det er jo ikke det. Man har tatt en vurdering og gitt rådgivning.

- De får presentert problemstillingen sin. Mange kan ha problemer med å finne beskrivende ord, og som operatør er man kanskje ikke trygge på at de har fått beskrevet godt. Men så bruker man video og får et bilde av situasjonen og da føler de på en større trygghet for at vi har sett hvordan dette virkelig er.
- Ser for meg at video vil og bruk vil utvikle seg enda mer, etter hvert som man blir vant til det og blir et godt integrert verktøy som vi har.
- Opplevs av alle som et kjempebra verktøy. Bare gode erfaringer med det.