

SLUTTRAPPORT

Prosjekt

«Felles tjenestemodell for digitale sårtenester»



Rapporten er utarbeidet av

Ingebjørg Irgens, Hilde Sørli, Hanne G. Haugland, Anne May M. Solås, Bjørn Bakke, Bodil Helene Bach, Mark Miller, Peder Stokke og Marit Dammen

2024

SAMMENDRAG

«Felles tjenestemodell for digitale sårtenester» er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus, Vestre Viken og Sunnaas sykehus, kommunehelsetjenesten inkludert fastleger, brukerorganisasjoner og Universitetet i Sørøst- Norge. Prosjektet har pågått i perioden 2022 – 2024 med finansiering fra Helse Sør-Øst. Sykehuset Innlandet har vært prosjekteier.

Tjenestemodellen bidrar til god oppfølging av sårpasienter i eget hjem eller i institusjon. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider via videokommunikasjon under sårbehandlingen. Den nye tjenesten sikrer at pasienter får trygg, likeverdig og tilfredsstillende oppfølging, uavhengig av geografisk lokalisasjon.

Hensikt

Gjennom samarbeidet med «Felles tjenestemodell» er det utviklet felles prosedyrer, retningslinjer og anbefalinger rundt digital sårbehandling, samt utarbeidet digitale kompetansetilbud for å fremme spredning av digitale tjenester og øke kompetansen innen sårbehandling.

Prosjektet legger til rette for utvikling og implementering av et nytt digitalt og likeverdig sårtenestetilbud. Dette bidrar til økt offentlig verdiskaping gjennom forbedret kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

Resultater

- Gjennomført 600 digitale sårkonsultasjoner.
- Digitale sårtenester er innført i 13 prosjektkommuner og 43 tidligere kommuner, totalt 56 kommuner.
- Redusert sårforekomst fra 2023 – 2024:
 - Hjemmetjenesten fra 4,5 % til 3,2 % (signifikant resultat, $p < 0.001$)
 - Institusjon fra 21,3 % til 20,2 % (ikke signifikant resultat, $p = 0.51$)
- Høy brukertilfredshet blant pasienter og helsepersonell.
- Felles gevinstmodell for kommuner og sykehus er utarbeidet.
- Etablert og pågående bredding av sårnettverk.
- Samfunnsøkonomiske besparelser:
 - Redusert behov for transport:
 - Gevinstberegning i Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus viser en besparelse på kr 500 000 på 140 videokonsultasjoner.
 - Gevinstene slår ulikt ut for kommuner og sykehus:
 - Sykehusene får tydelig gevinst.
 - Kommuner får en liten økning i utgifter (bandasjemateriale).
 - Gevinstberegningssmodellen videreutvikles for å se gevinster i en større sammenheng.
- Utarbeidet veileder for digitale sårtenester og overordnet tjenesteforløp:
<https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-felles-tjenestemodell-digitale-sartjenester>
- Utarbeidet digitale kompetansepakker:

- Kursserien “Sår og sårbehandling”, med over 800 påmeldte deltakere i 2023 og godkjent av fagforbundene DNLf, NSF, Fagforbundet, FO og Helsefagarbeiderforbundet. 13 webinarer i opptak: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLu3J0w22udpTVisUspSHKkS5a-MM15hSP>
- 9 videoer om digital sårbehandling: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLuYgTQ3FYO6zSFPc8nQ0xfXHpTbzoCFp9>
- Nettside med teknologiske utstyrsanbefalinger: <https://sunnaas.no/sar/utstyrspakke>
- Nettside om sårbehandling med samling av digitale læringsressurser: <https://sunnaas.no/sar/fagstoff>
- Overordnet retningslinje for digital sårbehandling: <https://sunnaas.no/retningslinje>
- Prosedyrer, varslingsrutiner, registrering i pasientjournal (EPJ) og DRG-koding, samt sjekklister:
 - Kommunal verktøykasse med anbefalt utstyr og verktøy til sårbehandling: [2023_kommunal_verktoykasse_sar.pdf \(vestreviken.no\)](#)
 - Sårdiagnoser: [2023_sarkategorier.pdf \(vestreviken.no\)](#)
 - Eksempler på sjekklister:
 - Fastleger [verktoy-fastleger.pdf \(vestreviken.no\)](#)
 - Kommune: [Felles sjekkliste varsling og registrering - GERICA](#)
 - Kommune: [Felles sjekkliste varsling og registrering - VISMA](#)
 - Kommune: [Felles sjekkliste varsling og registrering - COSDOC](#)
- Aktuelt kompetansemateriell er publisert på Kompetansebroen.no, en felles kompetanseportal for kommuner og sykehus [Tema: Sår og sårbehandling - Kompetansebroen](#).
- Forsknings- og forbedringsarbeid: Årlige prevalensmålinger, brukertilfredshet blant helsepersonell og pasienter.
- Formidling av prosjektet og resultater: Presentasjoner om prosjektet er gjennomført på ulike konferanser, både lokalt og nasjonalt, deriblant EHiN 2023. Prosjektet har fått publisitet i medier og sosiale nettverk, blant annet nyhetssak hos Helse Sør-Øst: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/stadig-flere-far-sarbehandling-hjemme/>

Videre arbeid:

- Videreutvikle og revidere kompetansemateriell.
- Utvikling og integrering av asynkron såroppfølging i tjenestemodellen.
- Videre bredding av modellen regionalt, med mål om nasjonal bredding.

ENGLISH SUMMARY

"The Unified Service Model for Digital Wound Care Services" is a collaboration project between Sykehuset Innlandet, Sørlandet Hospital, Vestre Viken, and Sunnaas Rehabilitation Hospital, including municipal health services, general practitioners, user organizations, and the University of South-Eastern Norway. The project ran from 2022 to 2024 and was funded by Helse Sør-Øst. Sykehuset Innlandet has been the project owner.

The service model contributes to good follow-up care for wound patients in their own homes or in municipal institutions. Healthcare personnel in the municipalities and staff at the hospitals collaborate via video communication during the wound treatment. The new service model ensures that patients receive safe, equitable, and satisfactory follow-up care, regardless of geographic location.

Objective

The project facilitates the development and implementation of a new digital and equitable wound care service. Through the Unified Service Model collaboration, common procedures, guidelines, recommendations as well as digital competence offerings for wound care have been developed to promote the spread of digital services and increase the competence in wound care. This contributes to increased public value enhancement through improved quality and cost-effectiveness in the wound care service.

Results

- Conducted 600 digital wound consultations.
- Digital wound services have been introduced in 13 project municipalities and 43 former municipalities, totaling 56 municipalities.
- Reduced wound incidence from 2023 to 2024:
 - Home care: from 4.5% to 3.2% (significant result, **p<0.001**)
 - Nursing homes: from 21.3% to 20.2% (non-significant result, p=0.51)
- High user satisfaction among patients and healthcare personnel.
- Developed a unified model for value enhancement in the municipalities and hospitals.
- Ongoing expansion of an established wound network.
- Socioeconomic savings.
- Reduced need for transportation.
- Calculation of the cost-benefit in Kristiansand municipality and Sørlandet hospital shows a saving of NOK 500.000 in 140 video consultations:
 - The benefits vary between the municipalities and hospitals:
 - There is an increased benefit for the hospitals.
 - The municipalities experience a slight increase in expenses (bandage materials).
 - The cost-benefit calculation model is further developed to assess in a larger context.
- Creation of a guideline for digital wound care services and an overarching service framework; <https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-felles-tjenestemodell-digitale-sartjenester>
 - Creation of digital training modules.
 - Creation of a course program, called "Wounds and Wound Care, with 13 recorded video lectures: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLu3J0w22udpTVisUspSHKkS5a-MM15hSP>, viewed by more than 800 registered participants in 2023, and

approved by the professional associations DNLF, NSF, Fagforbundet, FO, and Helsefagarbeiderforbundet.

- 8 videos on digital wound care: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLuYgTQ3FYO6zSFPc8nQ0xfXHpTbz0CFp9>
 - Website with technological equipment recommendations: <https://sunnaas.no/sar/utstyrspakke>
 - Website on wound care with a collection of digital learning resources: <https://sunnaas.no/sar/fagstoff>
 - Overarching guideline for digital wound care: <https://sunnaas.no/retningslinje>
 - Procedures, notification routines, registration in the electronic patient journal (EPJ), administrative project registration and income coding, as well as checklists.
 - Municipal toolbox with recommended equipment and tools for wound care: 2023_kommunal_verktoykasse_sar.pdf (vestreviken.no)
 - Wound diagnoses: 2023_sarkategorier.pdf (vestreviken.no).
 - Examples of checklists:
 - General practitioners: verktoy-fastleger.pdf (vestreviken.no)
 - Municipality: Common checklist for notification and registration - GERICA
 - Municipality: Common checklist for notification and registration - VISMA
 - Municipality: Common checklist for notification and registration - COSDOC
-
- Published relevant educational materials at kompetansebroen.no, a joint competence portal for municipalities and hospitals: [Tema: Sår og sårbehandling - Kompetansebroen](#).
 - Research and improvement work: Annual prevalence assessment, user-satisfaction in healthcare staff and in patients.
 - Dissemination of the project and results: The project has been presented at various conferences, both locally and nationally, including EHiN 2023. The project has received publicity in media and social networks, including at Helse Sør-Øst: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/stadig-flere-far-sarbehandling-hjemme/>.

Further Work

- Further development and revision of the educational materials.
- Development and integration of an asynchronous wound follow-up in the service model.
- Further regional dissemination of the model, with the overall goal of a national dissemination.

Innhold

SAMMENDRAG	2
ENGLISH SUMMARY	4
1. Bakgrunn	8
1.1. Utfordringsbildet	8
1.2. Potensial for forbedring.....	8
1.3. Bakgrunn for prosjektet.....	9
2. Prosjektorganisering.....	10
3. prosjektets mål.....	11
4. Gjennomføring.....	11
4.1 Metodikk	11
4.2 Delprosjekter	12
4.2.1 Delprosjekt 1 – Sykehuset Innlandet	12
4.2.2 Delprosjekt 2 – Sørlandet sykehus.....	12
4.2.3 Delprosjekt 3 – Vestre Viken.....	12
4.2.4 Delprosjekt 4 – Sunnaas sykehus.....	12
4.3 Kartlegging.....	13
5. Resultater.....	13
5.1 Etablert likeverdig digitalt sårtilbud	13
5.2 Felles prosedyrer og tjenstedokumentasjon.....	14
5.3 Brukertilfredshet	14
5.3.1 Brukertilfredshet pasienter	14
5.3.2 Brukertilfredshet helsepersonell	17
5.4 Kompetansepakker.....	20
5.4.1 Kursserien «Sår og sårbehandling 2023».....	21
5.4.2 Kompetansepakke digital sårbehandling	21
5.4.3 Teknologierfaringer	22

5.4.4	Publisering på Kompetansebroen.....	27
5.5	Sårnettverk	28
5.6	Nasjonal veileder og overordnet tjenesteforløp.....	28
6.	GEVINSTER.....	29
6.1	Gevinstoversikt i prosjektet.....	30
6.2	Gevinstverktøy	31
6.3	Økonomiske gevinster.....	32
6.4	Helhetlig syn på gevinster – økonomi og kvalitet.....	32
6.5	Oppsummering av gevinster.....	33
6.6	Suksessfaktorer	34
6.7	Formidling til statlige myndigheter.....	34
7	Forskning.....	35
7.1	Prevalensundersøkelser.....	35
8	BUDSJETT.....	36
9	VEIEN VIDERE	37
10.	Referanser.....	39
11	VEDLEGG	41
11.1	Vedlegg 1 - Fremdriftsplan hovedprosjekt.....	41
11.2	Vedlegg 2 – Delprosjekt 1 - SI	42
11.3	VEDLEGG 3 Delprosjekt 2 – Sørlandet sykehus.....	45
11.4	VEDLEGG 4 - Delprosjekt 3 – Vestre Viken.....	48
11.5	VEDLEGG 5 - Delprosjekt 4 - Kompetansepakken.....	51

1. BAKGRUNN

1.1. utfordringsbildet

Kroniske sår er en stor samfunnsutfordring. Det antas at det til enhver tid er mellom 50 000 og 100 000 personer som har vanskelig helende sår i Norge (1). Langvarige og kroniske sår medfører store menneskelige og samfunnsøkonomiske kostnader, og spesielt utsatt er pasienter med diabetes. Kritisk syke, eldre, operasjonspasienter, palliative pasienter og pasienter med ryggmargsskade er spesielt utsatt for utvikling av trykksår (2). Studier viser at 1–4 % av det totale helsebudsjettet går til behandling av sår (3, s. 15).

Andel pasienter med trykksår (4):

- Sykehjem: 5–48 %
- Hjemmetjenesten 10–33 %
- Sykehus: 7–15 % av innlagte pasienter utvikler trykksår (3)

Forekomst av diabetiske fotsår (5):

- I Norge har omkring 250 000 mennesker en diabetesdiagnose.
- 15–25 % av disse utvikler fotsår i løpet av livet.
- Hvert år må ca. 400–500 pasienter med diabetes amputere.
- 85 % av amputasjonene hos diabetespasienter kommer som følge av fotsår.
- Rundt 50 pasienter i året dør som følge av komplikasjoner etter amputasjon (6).

Det er avdekket kunnskapsmangel rundt behandlingen av kroniske sår, og at sårpasientene ikke mottar den hjelpen de har krav på (7). Dette bekreftes av ansatte i sårpoliklinikker som daglig mottar telefoner fra kommuner og fastlegekontor med behov for kompetansestøtte. Det mangler gode systemer for å følge opp sårene, og det er ofte mange ulike behandlere med ulik kompetanse hos samme pasient. Det blir dermed vanskelig å vurdere sårene, med forsinket sårheling og unødvendige komplikasjoner som resultat (7).

I helsetjenesten er det utfordringer med å beholde og rekruttere nok helsepersonell. Først og fremst er dette et problem i distriktene, men også i deler av spesialisthelsetjenesten er det vanskelig å fylle stillinger for å opprettholde nok personell. Den største utfordringen gjelder rekruttering av sykepleiere (8). Mangel på helsepersonell til å yte omsorg og behandling til en økende andel eldre, kroniske syke og pasienter med sår, krever at helsepersonellet må være villig til å endre og utforske nye måter å samarbeide på. Teknologi og samhandling blir sett på som en av flere løsninger for å møte framtidige utfordringer i helsevesenet. Det er behov for mer digital samhandling mellom kommuner og helseforetak slik at pasientene opplever at tjenestene vi leverer er helhetlige og sammenhengende. Ved å samhandle og lære av hverandre kan vi øke pasientsikkerheten og oppnå mer effektiv ressursbruk. (7)

1.2. Potensial for forbedring

Potensialet for å bedre behandlingen for disse pasientene er stort. Blant annet er det vist at tidlig behandling av diabetiske fotsår hos et kompetent team kan bedre prognosen betydelig.

Tverrfaglige team har vist seg å redusere dødelighet og amputasjoner, og teamene er vist kostnadseffektive (5. s 203- 204). Helsedirektoratet anbefaler sterkt rask henvisning til spesialisthelsetjenesten (5). Samarbeid og kontinuitet i sårbehandlingen mellom kommuner og sykehus er sentralt for å lykkes. Kunnskap om forebygging er også sentralt, da det anslås at 95 % av trykksår kan forebygges (4).

Digitale sårtenester med felles videokonsultasjoner muliggjør mer effektiv samhandling og kompetanseutveksling mellom pasient, pårørende, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. En minimetodevurdering fra 2023 har vist at digital oppfølging av kroniske sår blant annet trolig gir halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling, samt samfunnsøkonomiske gevinster (9).

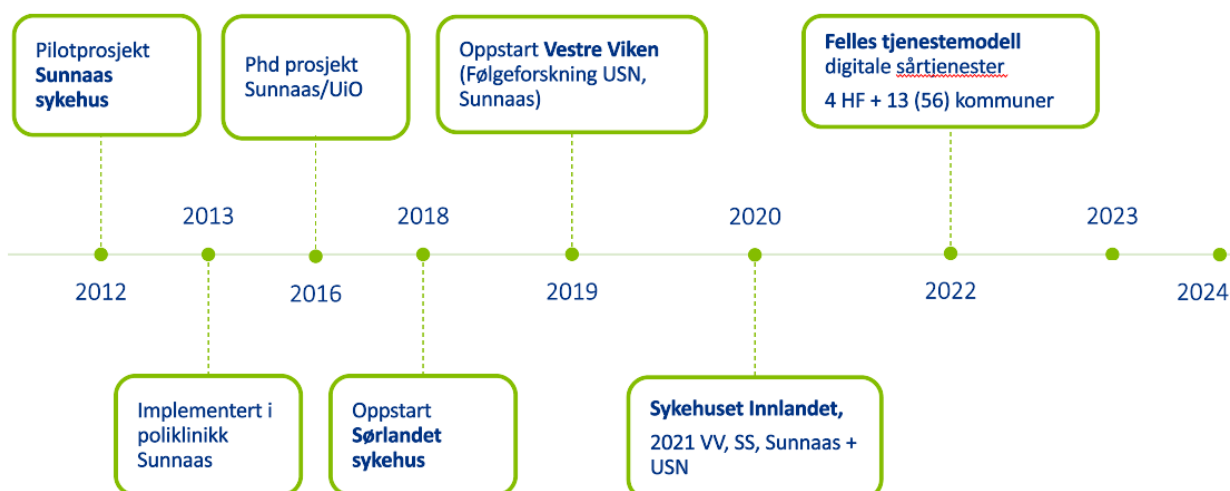
Innføringen av digitale sårtenester er i tråd med nasjonale mål om at pasienter i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv, ved at teknologi tilbys i hjemmet eller nærmere der pasienten bor. Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024 – 2027) beskriver gode pasientforløp og likeverdig tilgang på helsetjenester blant annet skal sikres gjennom en desentralisert spesialisthelsetjeneste som jobber på nye måter (10).

Å skape gode og helhetlige helsetjenester for innbyggere og pasienter i et samfunn i digital omstilling er særdeles viktig for mange regioner i Norge. Dette gjelder særlig de områdene som er preget av demografiske utfordringer.

1.3. Bakgrunn for prosjektet

Sykehuset Innlandet HF (SI), Sørlandet sykehus HF (SS), Vestre Viken HF (VV) og Sunnaas sykehus HF (Sunnaas), har erfaringer med prosjekter og innføring av digitale sårtenester i piloter fra tidligere, mens Sunnaas har en sårteneste for ryggmargsskade i rutinedrift (11-16) (Figur 1).

Figur 1: Historikk digitale sårtenester hos samarbeidspartnerne



Ideen bak dette prosjektet var at fire helseforetak (HF) skulle bygge videre på et allerede eksisterende samarbeid innen digital sårbehandling, ved å utvikle en felles tjenestemodell som beskriver hva som må til for å lykkes med innføring av en nye arbeidsprosesser gjennom tjenesteinnovasjon. En felles modell vil bidra til enklere innføringsprosess, uønsket variasjon i

tjenestetilbudet for sårpasienter, skape sømløse overganger og sørge for kompetanseutveksling mellom tjenestenivåene (17).

Disse helseforetakene og samarbeidende kommuner så stort potensiale i å utvikle en felles tjenestemodell for digitale sårtenester. Dette for å lykkes med spredning av digitale sårtenester av høy kvalitet, utforske gevinster, muligheter og barrierer. Istedenfor at hvert helseforetak og hver kommune selv tester ut teknologi, utvikler arbeidsprosesser og opplæringsopplegg, så man behøver en standardisering av en tjenestemodell for å forenkle prosessen for alle. Dette ville sikre raskere, rimeligere etablering for aktører og kunne bidra til mindre risiko gjennom en trygg og likeverdig oppfølging av sårpasienter, uavhengig av geografisk lokalisering.

2. PROSJEKTORGANISERING

Prosjektet var delt i hovedprosjekt med eget prosjektteam og fire delprosjekter. Styringsgruppen var sammensatt av representanter fra sykehus og helsefelleskap Innlandet. De fire delprosjektene bestod av ressurser fra poliklinikk, stab og kommuner.

Organisering

- Prosjekteier Sykehuset Innlandet: Sverre Sætre
- Prosjektleder: Marit Dammen
- Prosjektkoordinator: Bodil Helene Bach
 - StyringsgruppeProsjektteam
 - Delprosjekt Sykehuset Innlandet: Marit Dammen og Peder Stokke
 - Kirurgisk poliklinikk Lillehammer sykehus, fem kommuner i Nord-Gudbrandsdalen og Lillehammer kommune
 - Delprosjekt Sørlandet sykehus: Anne May M. Solås og Bjørn Bakke
 - Kirurgisk poliklinikk Kristiansand sykehus og Kristiansand kommune
 - Delprosjekt Vestre Viken: Bodil Helene Bach
 - Kirurgisk poliklinikk Ringerike sykehus og seks kommuner fra Ringeriksregionen
 - Delprosjekt Sunnaas sykehus: Hilde Sørli, Ingebjørg Irgens, Hanne G. Haugland og Anne Riisøen Selsjord
 - Tverrfaglig kompetansegruppe

Brugerrepresentanter i prosjektet har vært:

- Mark Miller fra Brukerrådet i Vestre Viken
- Anders Nupen Hansen fra Landsforeningen for ryggmargsskadde

Brugerrepresentantene har deltatt aktivt gjennom hele prosjektperioden og bistått i utformingen av leveransen.

Samarbeidspartnere i prosjektet

1. Fire helseforetak med 9 sårpoliklinikker
2. 14 kommuner (1 kommune måtte trekke seg underveis).
3. Brukerorganisasjonene
Momentum; foreningen for amputerte,
LARS; Landsforeningen for ryggmargsskade
4. Universitetet i Sørøst – Norge (USN)
5. Samhandlingsleger, samhandlingskoordinatorer mfl.

3. PROSJEKTETS MÅL

Overordnet mål

Hovedprosjektet skal utarbeide Felles tjenestemodell for digitale sårtenester som skal bidra til et likeverdig og kvalitetssikret tilbud til sårpasienter, uten uønsket variasjon i kvalitet, kostnad eller tilgjengelighet av tilbudet.

Resultatmål

1. Synliggjøre effekter og gevinster ved å ta i bruk digitale løsninger i samhandling mellom kommuner, sykehus og fastleger, målt som opplevd kvalitet av tjenestetilbudet, brukertilfredshet og kost-nytte evaluering.
2. Unngå belastende reiser for pasienter med komplekse og sammensatte behov, samt spare reisekostnader og miljø.
3. Kompetanseoverføring mellom tjenestenivå.

Effektmål

1. Etablert nye kostnadseffektive og helhetlige integrerte helsetjenester uten reduksjon av kvalitet og brukertilfredshet.
2. Etablert digitale helsetjenester som medfører miljøgevinster ved redusert transport.
3. Lagt til rette for forskning og videre innovasjon gjennom innsamlede data og erfaringer.

4. GJENNOMFØRING

God organisering av tjenesten er viktig ved implementering av nye arbeidsrutiner. Roller og ansvar må være etablert og forankret, og alle involverte må kjenne rutinene og hva de skal gjøre når, slik at arbeidet blir organisert slik at det praktiske fungerer.

4.1 Metodikk

For å beskrive gjennomføringen, tar hovedprosjektet utgangspunkt i faser som beskrives i Prosjektveiviseren (18) og «Veiviser for videokommunikasjon» (19).

4.2 Delprosjekter

Delprosjekt 1 (SI), delprosjekt 2 (SS) og delprosjekt 3 (VV), har etablert digitale sårtneser i utvalgte poliklinikker og kommuner. Etableringen har fulgt anbefalinger fra “Veiviser for videokommunikasjon” og basert på egne tidligere erfaringer.

Delprosjekt 4 (Sunnaas sykehus) har hatt fokus på kompetanse og kunnskapsoverføring.

4.2.1 Delprosjekt 1 – Sykehuset Innlandet

Delprosjekt 1 hadde som mål å implementere tilbud om digital sårbehandling ved kirurgisk poliklinikk Lillehammer sykehus mot Lillehammer kommune og seks kommuner fra et helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal; Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk. Skjåk kommune trakk seg tidlig ut av prosjektet, pga ressursutfordringer. Prosjektet har lagt til rette for digital samhandling og involvering av legevakter, og Sykehuset Innlandet har bidratt med videreutvikling, kompetanse og spesifikk kunnskap vedrørende bruk av mobile videoløsninger. Vedlegg 2 gir utfyllende informasjon om delprosjekt 1.

4.2.2 Delprosjekt 2 – Sørlandet sykehus

I delprosjekt 2 har Sørlandet sykehus samarbeidet aktivt med Kristiansand kommune. Kommunen har bidratt med representanter fra forvaltning, hjemmetjenesten, institusjoner, rus og psykisk helse og fastleger. I tillegg har brukerrepresentant og sykepleier fra Lyngdal kommune vært involvert.

Gjennom samarbeidet er det lagt til rette for viktig kunnskapsdeling og erfaringsutveksling. Det har kommet fram spennende og viktig læring ved å arbeide med den digitale pasientens tjenestereise. Prosjektgruppen har sett på kvalitative og kvantitative gevinster ved digital sårtneseste både for kommunene, sykehuset, pasienten og samfunnet som helhet (se kapittel 6).

Digitale sårtneser er implementert i alle tre sårpoliklinikkene i helseforetaket og i Kristiansand kommune. I prosjektet er det jobbet aktivt med å innhente erfaringer fra både helsepersonell og pasienter.

4.2.3 Delprosjekt 3 – Vestre Viken

I delprosjekt 3 har Vestre Viken, ved kirurgisk/ortopedisk sårpoliklinikk på Ringerike sykehus, samarbeidet med seks kommuner i Ringeriksregionen; Ringerike, Hole, Jevnaker, Modum, Sigdal og Krødsherad. I prosjektperioden fortsatte man også samarbeidet med to poliklinikker (Bærum og Kongsberg) og syv kommuner som hadde innført tjenesten i tidligere prosjekt.

Digitale sårtneser er nå implementert i 3 av 4 kirurgisk- ortopediske sårpoliklinikker i foretaket og totalt 13 kommuner. Det gjenstår etablering i to medisinske poliklinikker, samt 9 kommuner.

Helseforetaket har som mål å tilby digitale sårtneser etter felles tjenestemodell. Vedlegg 4 gir utfyllende informasjon om delprosjekt 3.

4.2.4 Delprosjekt 4 – Sunnaas sykehus

Delprosjekt 4 “Kompetanse i digital sårbehandling” har vært et samarbeid mellom alle aktørene i prosjektet, inkludert to aktive brukerrepresentanter fra Landsforeningen for ryggmargsskade

og Momentum (foreningen for amputerte) og en bredt sammensatt referansegruppe. Arbeidet har vært ledet av Sunnaas sykehus HF som har lang erfaring med digital sårbehandling og forskningskompetanse på området. Delprosjektet har trukket inn kompetanse i helseforetak, kommuner, fastleger, brukerorganisasjoner, forskningsinstitusjoner og andre.

I fellesskap er det kartlagt kompetansebehov, utviklet digitale kompetansepakker, nettsider og felles retningslinjer tilpasset ulike brukeres behov (se kap.5) Delprosjektet har videre bistått hovedprosjektet med forskningskompetanse, med blant annet innhenting av forskningsgrunnlag, bistand i utvikling av kartleggingsundersøkelser og gevinstmodell, samt sikre faglig kvalitet i arbeidet. (Se også kap 5, 6, 7 og vedlegg 5). Forskningskompetansen i delprosjektet har bidratt til utvikling av en tjenestemodell i tråd med kunnskapsbasert praksis, samt vært bindeledd til andre forskningsmiljøer. Prosjektet har hatt et samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge og EU-prosjektet TaShi om kompetanse og oppgaveglidning innen digital sårbehandling.

Delprosjektet har hatt en sterk vektlegging av brukerperspektivet, samhandling, samvalg og kvalitet i digital sårbehandling, med aktiv involvering av brukerrepresentanter, møter og workshoper med representanter fra mange aktører i samhandlingen.

Høsten 2023 fikk delprosjektet tildelt prosessveiledningsmidler fra InnoMed til å utvikle en nasjonal veileder og tjenesteforløp for digital sårbehandling (se kap 5.6).

4.3 Kartlegging

Det er gjennomført 9 ulike kartleggingsundersøkelser i prosjektet (se kapittel 5):

- 4 kartleggingsundersøkelser/spørreskjema for helsepersonell i kommuner – brukertilfredshet og teknologierfaringer
- 2 kartleggingsundersøkelser/spørreskjema for pasienter – brukertilfredshet
- 1 fokusgruppeintervju karkirurger og sårpsykepleier i sårpoliklinikk
- 2 prevalensundersøkelser (måling av sårforekomst)

5. RESULTATER

Kapittel 5-7 beskriver overordnede resultater sett opp mot prosjektets hovedmål og resultatmål.

5.1 Etablert likeverdig digitalt sårtjenestetilbud

Tjenestemodellen er etablert i sårpoliklinikker i alle fire helseforetak og i 13 av 14 prosjektkommuner. Fra tidligere prosjektsamarbeid er det allerede etablert samarbeid med flere kommuner, slik at det nå totalt er 56 kommuner involvert i tilbudet. Tabell 1 viser gjennomførte videokonsultasjoner i 2023.

Tabell 1: Antall gjennomførte digitale sårkonsultasjoner i 2023

Foretak	Antall digitale sårkonsultasjoner 2023
Sykehuset Innlandet	17*

Sørlandet Sykehus	236
Vestre Viken	154
Sunnaas sykehus	189
Totalt	596

*Skyldes utskiftning av personell / ressursårsaker

5.2 Felles prosedyrer og tjenstedokumentasjon

En viktig del i utviklingen av en felles tjenstemodell har vært å standardisere og monitorere praksisen innen digitale sårtenester. Dette for å sikre prosjektets mål om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, samt kvalitet og kunnskapsgrunnlag for kontinuerlig forbedring.

Det er blant annet utviklet:

- Overordnet retningslinje for gjennomføringen av digitale sårkonsultasjoner som standardiserer og kvalitetssikrer gjennomføringen av digitale sårkonsultasjoner <https://sunnaas.no/sar/retningslinje>.
 - Årlig måling av sårforekomst (prevalensmåling) i kommuner tilknyttet de fire helseforetakene (se kap. 7.1).
 - Felles gevinstmodell mellom sykehus og kommuner. Denne kan sendes på forespørsel til kontakt.ati@sshf.no (Se også kapittel 6).
 - Rutiner og sjekklister:
 - Kommunal verktøykasse med anbefalt utstyr og verktøy til sårbehandling. [2023 kommunal verktoykasse sar.pdf \(vestreviken.no\)](#)
 - Sårdiagnoser [2023 sarkategorier.pdf \(vestreviken.no\)](#)
- Eksempler på sjekklister:
- Fastleger [verktoy-fastleger.pdf \(vestreviken.no\)](#)
 - Kommune: [Felles sjekklister varsling og registrering - GERICA](#)
 - Kommune: [Felles sjekklister varsling og registrering - VISMA](#)
 - Kommune: [Felles sjekklister varsling og registrering - COSDOC](#)
- Felles rutiner for DRG-koding.
 - Felles registrering av gjennomførte digitale sårkonsultasjoner i journal ved innføring av en felles prosjektkode “Digitale sår” i DIPS. Dette sikrer at helseforetakene kan uthefte statistikk over digitale sårkonsultasjoner.
 - Digitale kompetansepakker som sikrer felles kunnskapsgrunnlag både innen sårbehandling og digital sårbehandling, inkludert brukerperspektiv, samvalg, etikk og kommunikasjon (se kap. 5.4).

5.3 Brukertilfredshet

Resultatene fra brukertilfredshetsundersøkelsene i prosjektet viser at pasienter og ansatte er godt fornøyd med digitale sårtenester.

5.3.1 Brukertilfredshet pasienter

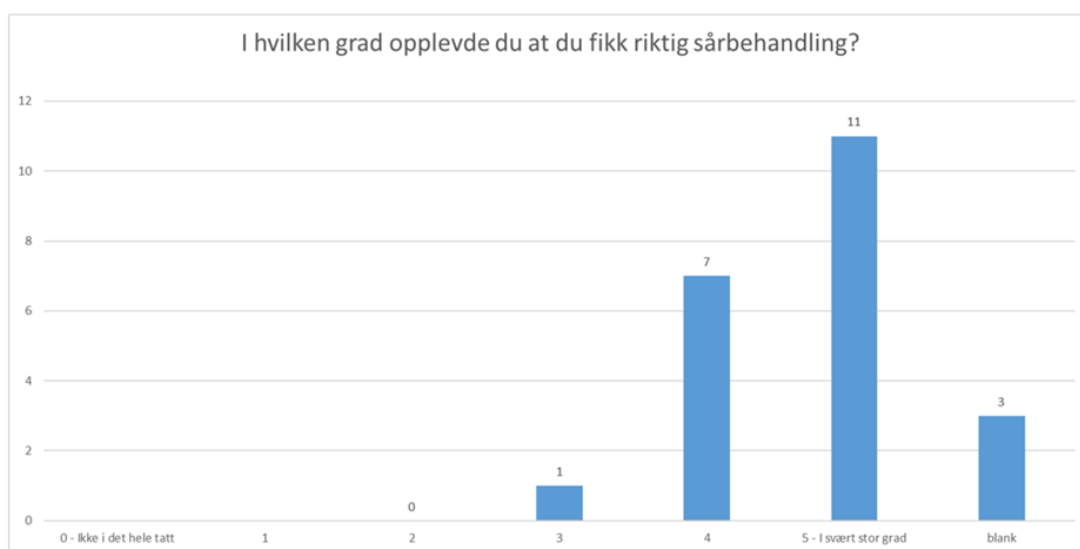
Sørlandet sykehus har gjennomført spørreundersøkelse med 22 pasienter. Sunnaas sykehus har gjennomført en spørreundersøkelse med 11 pasienter. Hver undersøkelse presenteres for seg.

Sørlandet sykehus:

Resultatene fra brukertilfredshetsundersøkelsen viser at pasientene er godt fornøyde med digitale sårtenester.

- Pasientene opplever i stor grad å få riktig sårbehandling gjennom videokonsultasjoner
- Pasientene opplever god kommunikasjon.
- Over halvparten foretrekker videokonsultasjon framfor fysisk oppmøte.
- Spørreundersøkelsen viser at de fleste trengte hjelp for å komme til sårpoliklinikken, for eksempel til klargjøring og transportfølge.

Det er viktig å merke seg at dette kun er basert på svar fra 22 pasienter, og at det er behov for videre undersøkelser for å få en mer omfattende forståelse av pasientenes behov og opplevelser.



Sunnaas sykehus:

- Pasientene opplever stor grad av tilfredshet med tilbudet. Gjennomsnittlig tilfredshet med å få tilbud om videokonferanse hjemmefra var 4.73 av totalt 5.
- Alle opplevde å få riktig behandling. Tre pasienter (27%) oppgav stor grad av tilfredshet, og åtte pasienter (73%) svært stor grad av tilfredshet på dette spørsmålet. Gjennomsnittverdi 4.73 av 5.
- Nær halvparten (45 %) opplevde at transporten til fysisk oppmøte ved sårpoliklinikk var belastende.
 - Av de 11 som svarte på undersøkelsen, oppgav 6 pasienter (55%) at de ikke trengte bistand for å reise til sykehuset, de øvrige trengte bistand.
 - Fire pasienter (26%) benyttet seg av privat transport, hvorav tre (27%) kjørte selv og en (9%) ble kjørt av pårørende. De øvrige oppgav behov for kollektiv transport i form av taxi (18%), eller ambulanse (27%) for å komme seg til sykehuset. To pasienter (18%) oppgav at transportbehovet var avhengig av tilstanden.
 - Gjennomsnittlig reisetid til sykehuset var mer enn 3 timer hver vei.

- Kommunikasjon: Ti pasienter (91%) opplevde god eller svært god kommunikasjon og samhandling, mens en pasient (9%) opplevde noen grad av kommunikasjon og samhandling i oppfølgingen. Gjennomsnittsverdi 4.64 av 5.
- Kompetanseoverføring: Fem pasienter (45%) opplever økt kunnskap/kompetanse og fem (45%) opplever svært økt kunnskap/kompetanse av oppfølgingstilbudet. Gjennomsnitt 4.64 av totalt 5.
- Alle 11 (100%) anbefaler videokonsultasjoner til andre pasienter i samme situasjon, av disse ønsket åtte pasienter (73%) en hybrid løsning med videokonsultasjon og oppmøtepoliklinikk, mens de øvrige ønsket et enten- eller tilbud.

Generelle kommentarer fra pasientene:

- *Lettvint, fint å få med hjemmesykepleien, slik at de blir oppdatert.*
- *Oppfølgingen ble akkurat som planlagt.*
- *Sparer masse tid. Effektivt og godt.*
- *Slipper transport og tidsbruk.*
- *Enklere for pasient og for hjemmesykepleien.*
- *Alle får sett såret, får tenkt litt mer. Trygt å få begge deler.*
- *God tverrfaglig kompetanse, spesielt ergo i rehabilitering etter sår.*
- *Vi ble enige om hvordan det skulle gjøres. Fikk den behandlingen som var riktig.*
- *Kan diskutere.*
- *Fikk opplæring. Det gir trygghet.*

Kommentarer teknologi:

- *Litt problematisk med teknologien i starten.*
- *Gjøre det enda enklere å logge på for hjemmesykepleien som har varierende grad av teknisk kompetanse.*
- *Råd: Bruke mobil eller eksternt kamera.*

Det er viktig å bemerke at kun 11 pasienter er spurt i denne undersøkelsen. Det er behov for mer kunnskap om pasientenes opplevelser rundt digitale sårtenester.

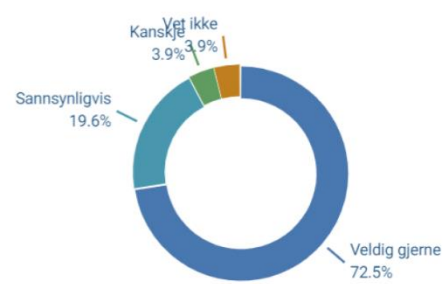
Vestre Viken

Vestre Viken har gjennomført en indirekte kartlegging, via helsepersonell, om pasientens ønske om videokonsultasjon etter første erfaring. Over 90 % av pasientene rapporterte at de veldig gjerne eller sannsynligvis kan tenke seg å benytte videokonsultasjoner i fremtiden.

Kan pasienten tenke seg å gjennomføre andre konsultasjoner ved bruk av video i fremtiden?

Antall svar: 51

Svar	Antall	% av svar
Veldig gjerne	37	72.5%
Sannsynligvis	10	19.6%
Kanskje	2	3.9%
Nei	0	0%
Vet ikke	2	3.9%



5.3.2 Brukertilfredshet helsepersonell

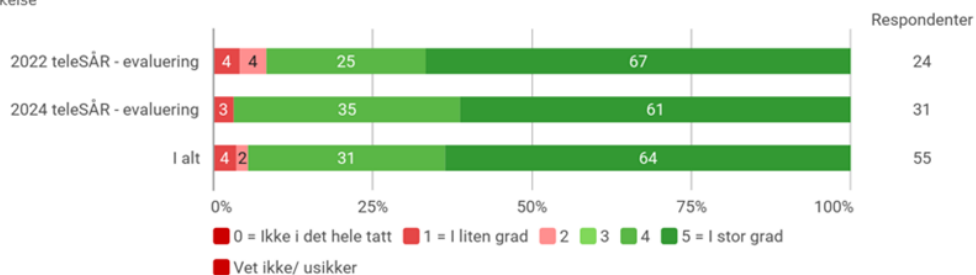
Sørlandet sykehus har gjennomført spørreundersøkelse med ansatte i kommuner i 2022 (24 deltagere) og i 2024 (38 deltagere). Vestre Viken har gjennomført en undersøkelse i 2022 (51 deltagere) ansatte i kommuner.

Helsepersonell i kommunene er i all hovedsak positive til digitale sårkonsultasjoner. De føler seg godt ivaretatt med god veiledning og oppfølging, og mener i stor grad at det bidrar til økt kompetanse i sårbehandlingen. De fremhever også fordelene som redusert belastning for pasientene, og muligheten for å spare tid og ressurser ved å unngå unødvendige reiser til sykehuset. De fleste ser på digitale sårkonsultasjoner som et nyttig verktøy som kan bidra til bedre sårbehandling og pasientomsorg.

Helsepersonell i kommuner tilhørende Sørlandet sykehus

Opplever du at bruk av videokonsultasjon bedrer samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?

Krysset med: Undersøkelse



I svarene nevnes det både positive og negative erfaringer med teknologien som brukes i digitale sårkonsultasjoner. Flere uttrykker at det har vært utfordrende i starten, spesielt når det gjelder tilkobling og få til riktig kameravinkel for å vise såret tydelig. På den positive siden nevner flere at de har lært seg å bruke teknologien etter hvert, og at den fungerer greit når de først er koblet opp. Undersøkelsen viser at lyd og bildekvaliteten oppleves bedre.

Sitat helsefagarbeider i kommunen:

“Teknologien var utfordrende første gangen, men når en har lært det så går det greit. Jeg har prøvd en rekke forskjellige enheter, alt fungerer like greit”. Helsepersonellet svarer at de i stor grad mener at bruk av digitale sårkonsultasjoner kan bidra til økt kompetanse på sårbehandling

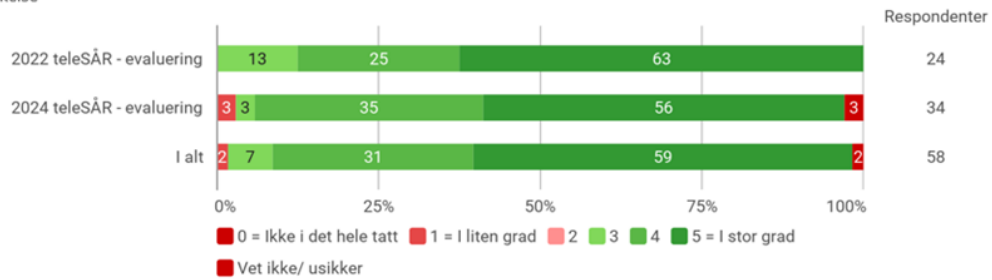
i kommunen, at det bedrer samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Sitat sykepleier i kommunen:

“Pasient fikk oppfølging for sårbehandling uten å måtte reise. Alternativet var at det ikke hadde blitt konsultasjon med poliklinikk på grunn av for skrøpelig pasient”.

I hvilken grad tror du videokonsultasjon kan bidra til økt kompetanse på sårbehandling i kommunen?

Krysset med: Undersøkelse



Forbedringsområder

I undersøkelsen til helsepersonell i kommunene nevner flere behovet for opplæring og kurs for å kunne delta mer effektivt i den digitale sårkonsultasjonen. Dette speiler et ønske om å kunne forbedre sine ferdigheter for bedre å kunne dra nytte av konsultasjonen.

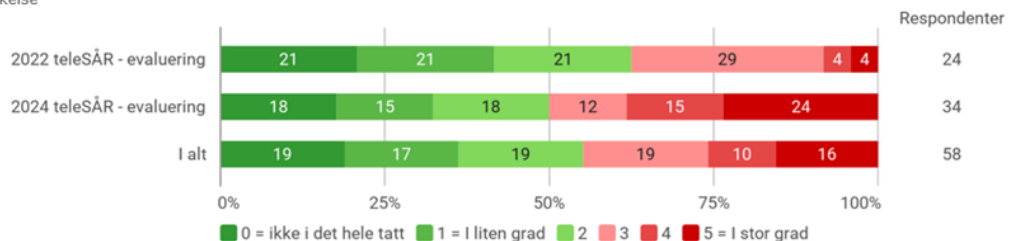
Det nevnes utfordringer med det tekniske som å snu mellom front og bak kamera, samt å holde kamera rolig og med egnet vinkel slik at bildet som sees i poliklinikken blir godt. Stativer for å fiksere utstyret vil være et forbedrende tiltak.

Sitat sykepleier fra hjemmetjenesten:

“Du får ekspertisen i hendene. Man lærer mye av å diskutere med sårnsykepleier og man er dermed bedre rustet for neste pasient med lignende sår. Dette betyr at neste pasient kommer i gang med riktig sårbehandling tidlig og en forebygger infeksjoner, innleggelser og langvarige sår. En blir mer bevisst viktigheten av en sårtdiagnose for å kunne gi rett behandling så fort som mulig.”

I hvilken grad kan det være utfordrende å forberede seg før en videokonsultasjon? - Snu kameraet

Krysset med: Undersøkelse



Sitat sykepleier fra kommunen:

“Mange er usikre i rollen som sårbehandler grunnet lite erfaring og kompetanse. Med videokonsultasjon får pasient og ansvarlig personell mulighet til å få god oppfølging og tips for å sikre bedre sårbehandling. Man har også lavere terskel for å be om hjelp når det er mulighet for videokonsultasjon vs oppmøte på sykehus”

Helsepersonell i helseforetak ved Sørlandet sykehus

Det er gjennomført fokusgruppeintervju av karkirurger og sårsykepleier i sårpoliklinikk (Delprosjekt Sørlandet sykehus).

Fokusgruppeintervjuet viser at erfaringene fra sårkonsultasjonene er varierte, noen hadde deltatt i en eller to sårkonsultasjoner mens andre hadde deltatt i flere. Intervjuet peker på flere viktige temaer, at samarbeidet med kommunen fungerer bra anses som avgjørende for at man skal lykkes med digital sårbehandling.

Det ble trukket fram at helsepersonellet i kommunene ikke hadde med riktig type utstyr til sårbehandling, og at det da ble vanskelig å feks måle sårstørrelsen og å rense opp i såret. Kunnskapsdeling ble sett på som en stor fordel i den digitale konsultasjonen.

Etiske retningslinjer som å hilse på pasienten før sårvurderingen ble sett på som viktig for både behandler og pasient, en av dem som ble intervjuet hadde opplevd å komme med i konsultasjonen på et tidspunkt da kamera var rettet direkte mot såret. For den som ble intervjuet ble dette oppfattet som uverdigg for pasienten og en ubehagelig situasjon. Intervjuet gikk her over i en samtale om at pasienten må involveres og hilses på før sårvurderingen.

Sårsykepleier hadde best erfaring fra videokonsultasjoner med pasienter som var kjent fra tidligere.

Sitat fra sårsykepleier:

“Jeg synes det er enklest når jeg kjenner pasienten, altså i forhold til å vurdere. Når du har sett pasienten tidligere så kan man prate med dem, du kan diskutere, du kan se forskjell i såret og det er lettere å vurdere. Ja det er kanskje det jeg synes er greiest”.

Det hadde vært erfaringer med dårlig lyd og bildekvalitet, og en utfordring som ble trukket fram flere ganger var at i trykksår kan det gjerne være dype kaviteter som er vanskelig å se ved bruk av video. Flere hadde opplevd plunder og heft med at det var vanskelig for helsepersonellet i kommunen å snu kamera og å holde det rolig, noe som førte til dårlig fokus som ga lav bildekvalitet.

Sitat karkirurg:

“Det kan være dette er en løsning for demente pasienter, og de som ikke er mobile ikke sant? Og for dem som er i livets slutfase”.

Positive erfaringer som ble trukket fram var toveis kommunikasjon med helsepersonellet i kommunen som gav mulighet for faglige diskusjoner og undervisning om sårbehandling. Det ble også nevnt at videokonsultasjoner kunne effektivisere sårbehandlingen nettopp fordi det var

enkelt og gjorde det mulig å vurdere sår ved behov. Video ble sett på som en stor fordel for pasienten, som slapp å reise til sykehuset.

Sitat fra karkirurg:

“Det er ikke så mye synsing med decubitalsår (trykksår), skal såret revideres så skal jo pasienten inn. Skal det ikke revideres skal pasienten følges opp av kommunen”.

Sitat fra sårsykepleier:

“Jeg synes det er greit med kommunikasjonen med dem i kommunen og at det blir kortere vei, det er lettere for dem å ta kontakt med oss når de har sett oss og når vi har snakket sammen”.

Brukerrepresentantens kommentar

Mark Miller, en av brukerrepresentantene kommenterer, hvorfor det er viktig å tilby digitale tjenester til våre pasienter og hvorfor brukermedvirkning spiller en så vesentlig rolle når vi utformer nye tjenester, slik:

“Pasientene ønsker forutsigbarhet og kontinuitet i behandlingsforløp. Det er i dag store utfordringer i overgangene mellom nivåene i helsetjenesten. Digitale tjenester sikrer at kompetansen fra sykehusene blir med i behandlingene også utenfor sykehuset og uavhengig av reisevei. Dette gir kontinuitet og ikke minst trygghet til brukerne og i stor grad uavhengighet i forhold til sted og deltagende behandler (reiseavstand fra sykehjem eller hjem). Pasientene forventer i dag at helsetjenestene skal benytte seg av teknologi for å tilby bedre tjenester, bedre kommunikasjon og større fleksibilitet. Mange av de ansatte gjør det også. Så dette er en positiv og ønsket utvikling.”

(Mark Miller – brukerrepresentant)

Videre sier Mark:

“Ofte er prosjekter i helsevesenet begrenset til en leders område av kontroll, nettopp fordi det er krevende å samhandle på tvers av nivåene, de blir ofte systemorienterte og ser på gevinstrealisering med effektivitets- og økonomifokus. Gevinster fra et nivå som ikke bidrar i det andre, vil ses på som uhensiktsmessige fordi kostnader ofte tilføres den annen part (eksempelvis bandasjer og behandlingsmidler i sårbehandling som normalt håndteres av poliklinikk og i det nye systemet tilfaller kommunen eller fastlege).

I disse prosjekter er det helt nødvendig at alle forstår gevinsten for pasienten i forhold til trygghet, frihet, besparelse av reisetid, parkering, ledsager slik at alle ser helheten i gevinstmodellen. Pasientperspektivet kan gi verdifulle innspill i forhold til "Hva er viktig for meg" når man skal jobbe med prioriteringer i prosjektene.”

Det er ikke gjennomført individuelle brukerundersøkelser blant helsepersonell ved sårpoliklinikkene. Det planlegges eventuelt masterprosjekt for å se nærmere på ansattes erfaringer i spesialisthelsetjenesten.

5.4 Kompetansepakker

Delprosjekt 4, ledet av Sunnaas sykehus, har utviklet digitale kompetansepakker og bistått hovedprosjektet med kompetanse innen forskning, samhandling og praktisk bruk, samt vært bindeledd til andre forskningsmiljøer. Delprosjektet har trukket inn kompetanse opparbeidet

ved andre sykehus, kommuner, fastleger, brukerorganisasjoner, forskningsinstitusjoner og andre. I fellesskap er det utviklet og samlet digitale kompetansepakker tilpasset ulike brukeres behov.

Det er laget ni videoer om digital sårbehandling og 13 videoer om sår og sårbehandling, basert på en digital kursserie prosjektet har ledet. Videoene er publisert på YouTube og på kompetansebroen.no.

5.4.1 Kursserien «Sår og sårbehandling 2023»

Kursserien “Sår og sårbehandling 2023” var basert på innmeldte behov fra kommunale deltakere. Målet var økt innsikt i sårbehandling.

Det ble gjennomført 13 webinarer som ble lagt ut i opptak i etterkant.

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLu3J0w22udpTVisUspSHKkS5a-MM15hSP>

Kursserien ble godkjent av Norsk sykepleierforbund (NSF), Den norske legeförening (DNLF), Fagforbundet, Fellesorganisasjonen og Helsefagarbeiderforbundet, Delta.

Erfaringer

800 deltakere deltok på kursserien fra både kommuner, sykehus og fastleger. Kursbevis er utsendt til deltakerne.

Tilbakemeldingene har vist at dette var et etterlengtet tema for mange.

“Kurset var spennende og lærerikt for oss” (Helse- og omsorgsarbeider, kommune).

“Dette har vært en veldig lærerik undervisningsserie i sårbehandling”. (Helse- og omsorgsarbeider, kommune).

“Kurset er lærerikt og nyttig, det er gratis og tilgjengelig i Kompetansebroen – fantastisk! Jeg sender linken til alle som vil lære mer om sårbehandling. Takk til alle dere. Bra jobbet” (Sårsykepleier, kommune).

Webinarer er nå også tilgjengeliggjort på kompetansebroen.no [Tema: Sår og sårbehandling - Kompetansebroen](#)

Prosjektet har hatt møte med DNLF om å utvikle kursmateriellet videre til e-læringskurs, som også kan tilgjengeliggjøres til andre yrkesgrupper i flere plattformer.

5.4.2 Kompetansepakke digital sårbehandling

Prosjektet har utviklet kompetansepakker rundt digital sårbehandling, som omhandler praktisk, klinisk og etisk bruk av teknologi i sårbehandling, med sterk vektlegging av brukermedvirkning og samvalg. Arbeidet har vært forankret i en bred referansegruppe (se kap 4.2.4).

Prosjektet har utviklet:

- 9 videoer om digital sårbehandling: [Digital sårbehandling - YouTube](#)

- Digital sårkonsultasjon kort
 - Digital sårbehandling i praksis
 - Kommunikasjon på videokonferanse ved sårbehandling
 - Hva er viktig for å få en god videokonsultasjon?
 - Brukerperspektiv i digital sårbehandling
 - Appell: Hva forventer pasientene?
 - Marks historie: Samvalg for en diabetiker med senkomplikasjoner
 - Tiltakspakke: Samtale med bruker om forebygging av trykksår
 - Strukturert vurdering av sår med TIMES for brukere
- Nettside med teknologianbefalinger
 - <https://www.sunnaas.no/sar/utstyrspakke>
 - Nettside om sårbehandling med samling av digitale læringsressurser
 - <https://sunnaas.no/sar/fagstoff>
 - Overordnet retningslinje for digital sårbehandling
 - <https://www.sunnaas.no/sar/retningslinje>

Videoer, retningslinje og aktuelt læringsmaterieill er også publisert på kompetansebroen.no
[Tema: Sår og sårbehandling - Kompetansebroen](#)

5.4.3 Teknologierfaringer

Prosjektet har gjennomført flere aktiviteter for å utforske og vurdere ulike teknologi som brukes i digital sårbehandling:

- Teknologiworkshoper med utprøving og sammenligning av ulike utstyrsoppsett
- Erfaringer fra praktisk bruk overfor pasienter
- Brukerundersøkelse blant ansatte i kommuner om deres erfaringer med teknologi i sårbehandling
- Brukerundersøkelser blant ansatte i prosjektkommuner rundt erfaringer med digitale sårtenester generelt
- Innhenting av erfaringer fra sårsykepleiere med lang erfaring med digitale sårkonsultasjoner som har deltatt på flere felles konsultasjoner med andre sykehus og kommuner i regionen med bruk av ulike teknologi
- Innhenting av tilbakemeldinger fra pasienter i kliniske settinger
- Innhenting av erfaring fra digitalt sårprosjekt ved OUS og Oslo kommune
- Innspill fra brukerrepresentanter

Oppsummering

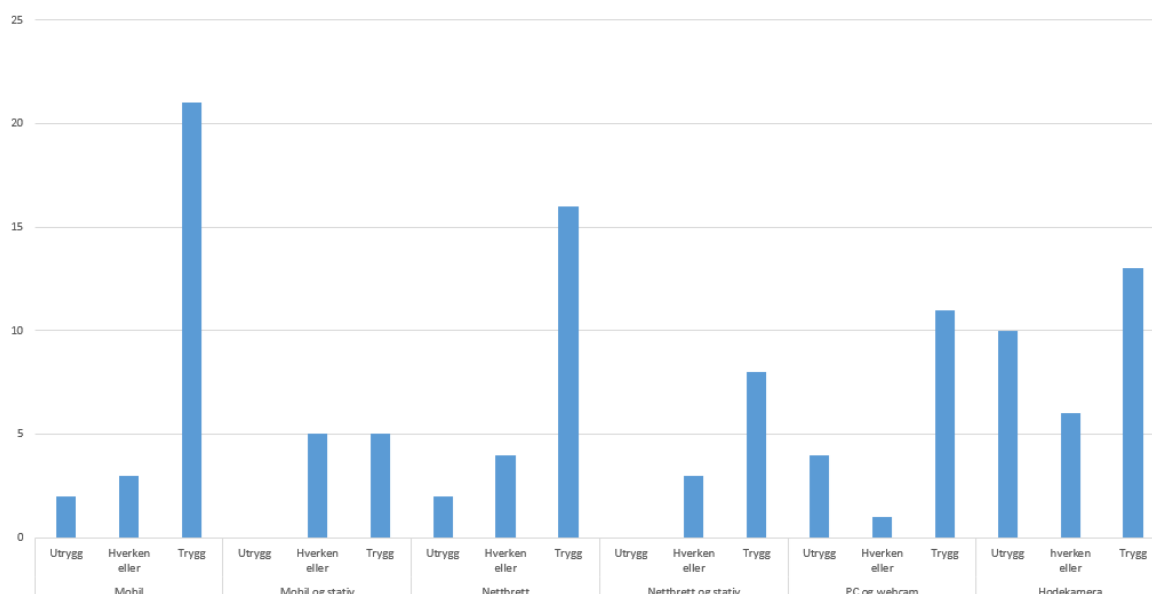
Sykehus: God erfaring med å bruke en dedikert videokonferansenhet (bordenhet) i kombinasjon med pc. Det har i tillegg vært testet ut bruk av eksternt kamera ved sårpoliklinikkene internt mellom Kristiansand, Flekkefjord og Arendal. Videre utprøving av konsultasjoner fra sårpoliklinikk til kommune/fastlege med bruk av eksternt kamera anbefales.

Kommune: De fleste kommuner har bare testet ut en type teknologi. De fleste ansatte oppgir å ha hatt 1-5 konsultasjoner. Trygghet på teknologien og opplæringsbehovet varierer med ulike typer teknologi.

Prosjektet har erfart at ansikt- til-ansikt-kommunikasjon på skjerm er et vesentlig element for å sikre kvalitet, etiske hensyn, personvern og tillit i samtalen. Det er derfor innført en tretrinnsmodell der kommunikasjon ansikt-til-ansikt på skjerm først og sist i sårbehandlingen er sentralt (se <https://www.sunnaas.no/sar/retningslinje> og [Kommunikasjon på videokonferanse ved sårbehandling \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...))

Trygghet på teknologien

Kommunehelsetjenestens trygghetsopplevelse ved bruk av de digitale verktøyene, brutt ned i trygg/ utrygg



Fordeler og ulemper med ulike teknologier i kommunene

Basert på brukerundersøkelsen blant ansatte i kommuner (68 svar) rundt deres erfaringer med bruk av teknologi i sårbehandling, erfaringer fra teknologiworkshopene og erfaringer fra sårsykepleiere i prosjektet, oppsummeres fordeler og ulemper med de ulike teknologivarianter her:

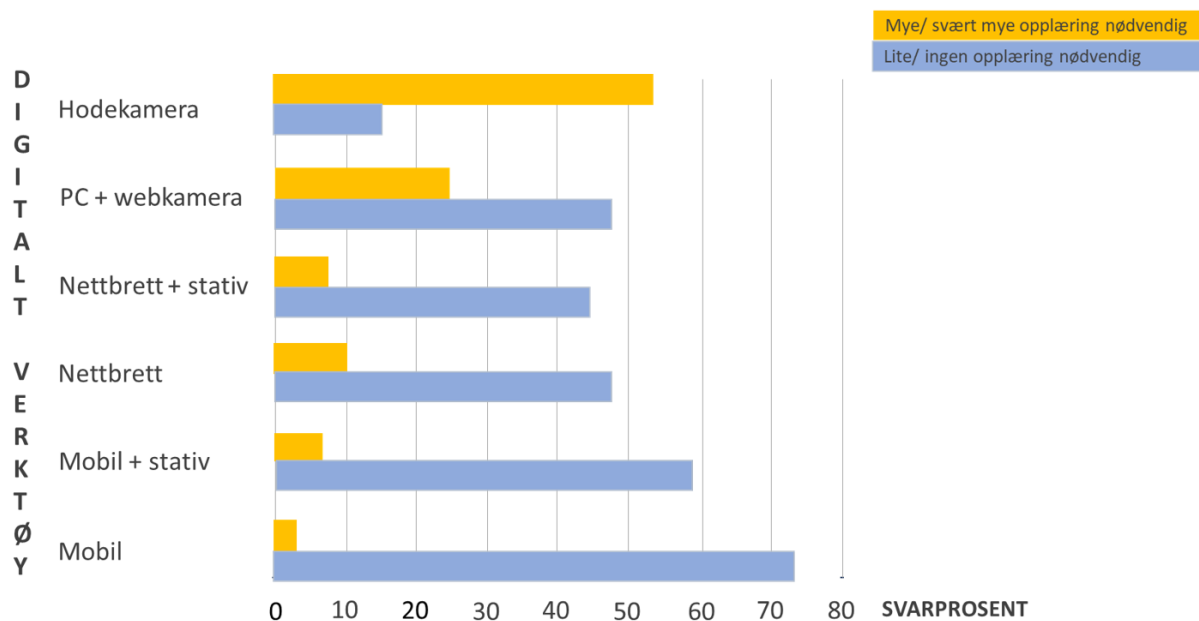
Teknologi	Fordeler	Ulemper
Mobil + stativ	<p>Enkel, tilgjengelig og gjenkjennbar teknologi</p> <p>Lite opplæringsbehov</p> <p>Konsultasjoner kan gjennomføres også med vikarer</p> <p>Hendene fri</p> <p>Stativ gjør at kamera er i ro, noe som sikrer bildekvalitet</p>	<p>Liten skjerm/bilde</p> <p>Problemer med å bytte mellom stort og lite bilde</p>

Nettbrett + stativ	<p>Enkel og gjenkjennbar teknologi</p> <p>Lite opplæringsbehov</p> <p>Større bilde</p> <p>Hendene fri</p> <p>Stativ gjør at kamera er i ro, noe som sikrer bildekvalitet</p>	<p>Vanskelig å finne riktig stativ og plassering av stativ. Stativ med flexiarm er best, men tungt å transportere</p>
Hodekamera	<p>Fungerer med god opplæring og der det er lite endringer i personalet</p> <p>Hendene fri</p>	<p>Større opplæringsbehov</p> <p>Liten tid til å gi opplæring</p> <p>Vanskelig å bruke for vikarer/ store hjemmesykepleiemiljøer</p> <p>Vanskelig å høre pasienten, behov for å bruke nettbrett, mobil eller pc i tillegg for å involvere pasienten</p> <p>Utfordrende å sjonglere mellom to løsninger (nettbrett + hodekamera)</p> <p>Vanskelig å holde kamera i ro pga hodebevegelser, noe som påvirker bildekvaliteten</p> <p>Krever mengdetrening</p> <p>Arbeidsstilling mer krevende når hodet må være i ro</p> <p>Muntlige kommandoer (stemmestyring) kan misforståes</p> <p>Huske å lade hodekamera og ruter</p> <p>Problemer etter oppdateringer</p> <p>Kostbart sammenlignet med mobil/nettbrett</p>
PC med eksternt webkamera og evt. USB forlenger	<p>Kjent og enkelt å betjene</p> <p>Større skjerm</p> <p>Hendene fri ved bruk av kamerastativ</p>	<p>Kan være utfordrende å komme i god posisjon overfor såret uten stativløsning og eksternt kamera.</p> <p>Kan kombineres med å flytte kamera fra stativ og vise sår i nærbilde.</p>
Videoløsning Join fra Norsk Helsenett på mobil og nettbrett	<p>Tilgjengelig og risikovurdert videoløsning.</p> <p>Fungerer godt mot øvrig NHN- videokonferanseutstyr (bordenhet) og alternativene over.</p> <p>Mulighet for full HD - oppløsning (bestill eget</p>	<p>Lite intuitiv videoløsning ved førstegangs bruk</p> <p>Vanskelig å bytte mellom kamera foran/ bak</p> <p>Endringer pågår for å forenkle kamerabytte</p>

	virtuelt møterom med full HD)	
Videokonferanse bordenhet med ekstra eksternt webkamera	<p>Mulig for full HD - oppløsning</p> <p>Mulighet for tilkobling av håndholdt USB- kamera med konvertering til HDMI (Inogeni U-cam). Dette gir mulighet for å vise kamerabilde som <u>presentasjon</u> i samtalen fra konferansenheten. Bildet av deltakerne beholdes, og bildet av såret blir i stort format for mottakerne.</p>	<p>Krever dedikert videoenhet tilkopleet NHN. Årlig lisenskostnad.</p>

Opplæringsbehov:

Resultater fra teknologiundersøkelsen blant ansatte i kommunene viser at de ulike teknologiene anses å ha ulikt opplæringsbehov.



Flest ansatte har hatt 1- 5 konsultasjoner.

Samlet sett oppgir 18 % av de ansatte at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i teknologien.

Sårpoliklinikkens erfaringer er at det ofte kan være skiftende personell og vikarer i kommunene, noe som gjør at det kreves svært enkel teknologi med lavt opplæringsbehov, da det er vanskelig å sikre at alle ansatte har fått opplæring.

Anbefalinger fra ansatte: Blant ansatte i kommuner som har prøvd flere løsninger, anbefaler de fleste bruk av mobil/nettbrett med stativløsning til nye kommuner som skal i gang med digitale sårtenester. Det ønskes videre utvikling av enklere og mer “plug and play” løsninger på mobil og nettbrett opp mot sårpoliklinikk. I noen kommuner har man klart å etablere gode rutiner for bruk og opplæring av hodekamera. Imidlertid viser de fleste anbefalingene at nye kommuner anbefales å bruke mobil/nettbrett med stativ.

Brukerrepresentantene i prosjektet har påpekt at det er viktig at teknologien understøtter pasientenes behov for samvalg og medvirkning, slik at konsultasjonen gir rom for dialog og læring. Teknologien er i stadig endring, slik at man må velge det som til enhver tid er best egnet og ikke låse seg til en teknologi.

Erfaringer fra prosjekt “digital sårbehandling” ved ortopedisk poliklinikk **OUS og Solfjellhøgda helsehus 2023:**

- Prosjektet har testet ut hodekamera i kombinasjon med pc. Prosjektrapporten beskriver at de brukte pc til kommunikasjon med pasienten før og etter sårstell, da lyden fra pasienten via hodekamera ikke var god nok til å oppnå tilfredsstillende kommunikasjon.
- Deres konklusjon er at hodekamera har fungert bra, men er vurdert som relativt kostbar både i anskaffelse og opplæring.
- Tjenesten videreføres på nytt helsehus med bruk av mobil/nettbrett og stativløsning.

Frigjøring av hender og helsepersonellressurser

Et vesentlig moment er at bruk av teknologi kan frigjøre hendene til den ansatte under digital sårbehandling. Mobil/nettbrett på stativ og hodekamera er utstyrsmuligheter som frigjør hender og kan unngå unødvendig behov for ekstra helsepersonell. Dette gjør at man kan klare seg med en helsepersonellressurs i stedet for to, noe som ligger til grunn for å sikre gevinstene skissert i gevinstkapitlet.

Diskusjon:

Resultatene viser at mange ansatte har begrenset erfaring med teknologien, og rundt 1 av 5 opplever å ha fått for lite opplæring. Mengdetrening kan være vanskelig å oppnå, da det ofte er skiftende personell og vikarer. Erfaringene i prosjektet er at det viktig å bruke enkel teknologi med lavt opplæringsbehov, da det er vanskelig å sikre at alle ansatte har fått tilstrekkelig opplæring. Det bør likevel settes inn tiltak rundt forenkling av brukergrensesnitt, samt opplæring som sikrer tilstrekkelig kompetanse på bruk av teknologi i digital sårbehandling.

Konklusjon

Prosjektet med alle fire delprosjektene har testet ut og vurdert ulike teknologiløsninger. Konklusjonen er at *“det enkle er ofte det beste.”*

Bruk av mobil/nettbrett med stativløsninger virker best egnet og anbefales for videre implementering av digitale sårtenester. Dette begrunnes med at utstyret er lett tilgjengelig, har lave kostnader, gir god kvalitet og krever lite opplæring. Dette er også i tråd med konklusjonene ved Oslo universitetssykehus.

Fremover er det behov for videreutvikling av videoløsningen og legge til rette for at oppsett på mobil/nettbrett blir mer brukervennlig, samt videre utprøving av stativløsninger i kommuner og kameraløsninger på sykehus.

Publisering av anbefalinger:

Prosjektets anbefalinger rundt teknologi er publisert på nettsiden:

<https://sunnaas.no/sar/utstyrspakke>

5.4.4 Publisering på Kompetansebroen

Videoer, webinarer, felles retningslinjer og aktuelt læringsmaterieell er publisert på kompetansebroen.no, en kompetanseplattform for helsepersonell og helsefelleskap. Med bakgrunn i prosjektet ble det opprettet en egen temaside for sår og sårbehandling, inkludert digital sårbehandling. Temasiden er åpent tilgjengelig for alle.

[Tema: Sår og sårbehandling - Kompetansebroen](#)

5.5 Sårnettverk

Prosjektet har etablert et digitalt samarbeid mellom sårpoliklinikker i første omgang tilknyttet deltagere i prosjektet. Gradvis har samarbeidet blitt utvidet til flere helseforetak. Det er også interesse for å inkludere helseforetak på tvers av helseregioner. Samarbeidet vil sikre informasjonsflyt mellom sårpoliklinikkene om f.eks. digital sårbehandling og dermed sikre arbeidet med å få implementere tjenesten. Samarbeidet vil også kunne brukes til faglige diskusjoner, deling av praksis og hvordan de enkelte sårpoliklinikkene er organisert.

Nettverket har møter annenhver måned og legger til rette for læring og inspirasjon gjennom deling av kunnskap og praksis. På sikt ønskes det etablert et felles sårnettverk mellom alle aktuelle kommuner og sykehus i Helse Sør-Øst, og om mulig på sikt et nasjonalt sårnettverk.

5.6 Nasjonal veileder og overordnet tjenesteforløp

Prosjektet fikk tildelt prosessveiledningsstøtte fra InnoMed høsten 2023. En rekke workshops ble gjennomført med representanter for brukerorganisasjoner, ansatte i kommuner og sykehus og praksiskonsulent (fastlege/samhandlingslege). Arbeidet munnet ut i utviklingen av en nasjonal veileder for digitale sårbehandling.



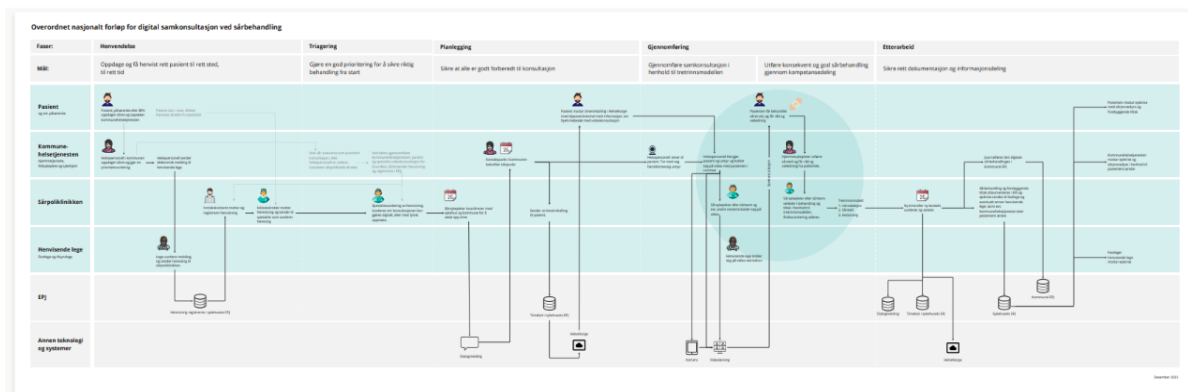
VEILEDER FOR DIGITAL SÅRBEHANDLING

2024



Veilederen er en samling av anbefalinger rundt beste praksis innen digital sårbehandling. Veilederen oppsummerer de viktigste anbefalingene og lenker til aktuelt utviklet materiell, samt gir konkrete tips og råd i ulike faser av innføringen og i selve sårtjenesteforløpet. Den er ment som hjelpemiddel i arbeidet med å komme i gang med digital sårbehandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt opprettholde og videreutvikle sin kompetanse innen digital sårbehandling. Veilederen kan også ha overføringsverdi for digital hjemmeoppfølging til andre pasientgrupper.

I tillegg til den nasjonale veilederen, ble det tegnet et overordnet tjenesteforløp for digital sårbehandling, som kan tilpasses lokale forhold.



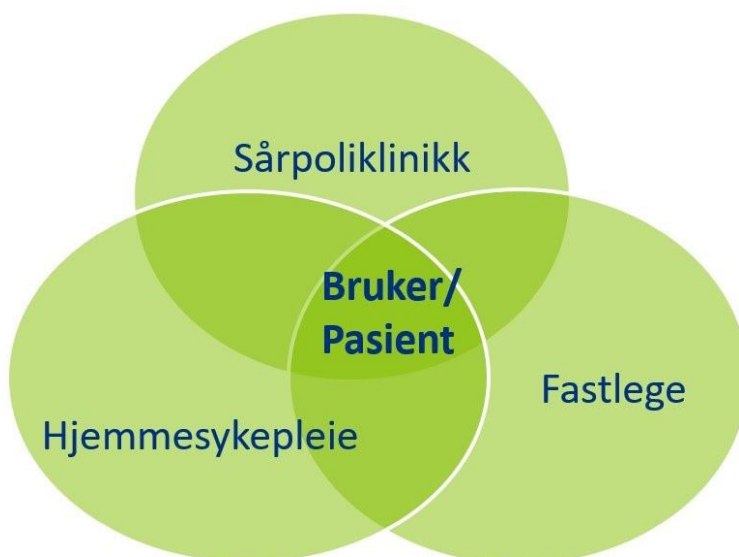
Den nasjonale veilederen og overordnet tjenesteforløp har som mål å bidra til en raskere igangsettelse og utbredelse av digitale sår tjenester.

Veilederen og overordnet tjenesteforløp er publisert her:

<https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-felles-tjenestemodell-digitale-sartjenester>

6. GEVINSTER

Digital sårbehandling innebærer samhandling mellom flere aktører. Det finnes en rekke ulike gevinster man kan måle og realisere for pasienter, ansatte i kommuner og sykehus, fastleger og for samfunnet. Det er derfor viktig at man tar en helhetlig tilnærming i gevinstarbeidet.



6.1 Gevinstoversikt i prosjektet

Prosjektet har laget en oversikt over kvantitative og kvalitative gevinster i prosjektet:

Gevinst	Gevinstbeskrivelse	Gevinstområde
TRANSPORT		
1.Unngåtte transportkostnader	Ingen transport til sykehus = innspart pasientreise og egenandel transport Ingen ambulansetransport.	Sykehus, pasient, samfunn
2.Unngåtte transportkostnader	Egenandel/frikort ved pasientreise for beboere i omsorgssentre i kommunen.	Kommune
3.Klimagevinst	Redusert utslipp av CO2.	Samfunn
BANDASJEMATERIELL		
4.Unngåtte materialkostnader	Ingen materialkostnader ved videokonsultasjon.	Sykehus
5.Økte materialkostnader	Ekstra materialkostnader ved videokonsultasjon.	Kommune
TIDSBRUK		
6.Unngått tidsbruk	Unngått unødig bruk av ambulanspersonell i beredskap.	Sykehus
7.Økt inntekt	Frigjort tidsbruk=økt antall pasienter	Sykehus
8.Redusert variasjon i behandlingstilbud	Unngått ventetid og frigjøring av pasientlister = økt effektivitet i poliklinikk.	Sykehus
9.Unngåtte behandlingkostnader	Unngåtte innleggelser.	Sykehus
10.Endret tidsbruk	Unngått tid til klargjøring av pasient før avreise til sykehus. Ny tidsbruk til forberedelse av videokonsultasjonen, rigge til og koble opp, sjekke dialogmelding o.l.	Kommune
11.Økt tidsbruk	Økt tidsbruk i forbindelse med videokonsultasjon (sår som tidligere ville ha blitt behandlet på sykehus).	Kommune
12.Unngått tidsbruk	Unngått tid til følgetjeneste fra ansatte i omsorgssentre, hjemmetjeneste og pårørende.	Kommune
KVALITET		
13.Økt behandlingskvalitet	Forbedret forebygging av sår, grunnet flere samlet, økt kompetanse og samhandling blant personell.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
14.Økt behandlingskvalitet	Økt kompetanse og samhandling.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
15.Økt behandlingskvalitet	Raskere og tettere oppfølging i helhetlig pasientforløp.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
16.Økt behandlingskvalitet	Forbedrede henvisningsrutiner = unngått ventetid og dobbeltarbeid når pasienten kommer til poliklinikk, grunnet økt kompetanse og samhandling mellom fastlege, kommune og sykehus.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
17.Økt behandlingskvalitet	Forbedret sårtilheling, unngåtte komplikasjoner og amputasjoner grunnet raskere behandlingssoppstart, unngått forverring pga transport, økt kompetanse og samhandling blant personell.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn

18.Økt behandlingskvalitet	Direkte dialog mellom partene øker kvalitet på behandlingen og oppfølging.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
19.Bedre brukeropplevelser	Mindre belastning uten transporter, redusert smitterisiko og unngått ventetid på transport ved oppfølging i eget hjem.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
20. Bedre brukeropplevelser	Pasienten opplever helhetlig oppfølging i hele pasientforløpet, uavhengig av tjenestested/behandler.	Pasient, sykehus, kommune og samfunn
21.Bedre brukeropplevelser	Økt samvalg og medarbeidertilfredshet hos helsepersonell.	Pasient
22.Økt sårkompetanse	Økt sårkompetanse og medarbeidertilfredshet hos helsepersonell.	Kommuner og fastleger
23.Økt samhandling	Bedre samhandling mellom tjenestenivå i pasientforløpet.	Kommuner, sykehus og fastleger

6.2 Gevinstverktøy

Prosjektet utviklet en felles gevinstmodell og et gevinstverktøy som belyser gevinster i samhandling mellom helseforetak og kommuner. Verktøyet er utviklet for å belyse og beregne hovedsakelig gevinster for helseforetak og kommuner. Verktøyet gir et beregningsgrunnlag for gevinstrealisering, samt belyser kostnadsforskyvningen mellom aktørene. Det ses blant annet på tidsbruk, kostnader og inntekter for et gitt antall digitale sårbehandlinger. I tillegg bør kvalitetsgevinster vektlegges for å få et godt beslutningsgrunnlag.

Her ser man hvordan effekte fordeler seg for de ulike tjenestene. I grafene ser man økte kostnader, økte inntekter, reduserte kostnader, økonomisk gevinst uten at spart tid er regnet om til kroner og en graf der denne tidsbesparelsen er omgjort til kroner. For sykehus omgjøres spart tid til konsultasjoner og dermed økt inntekt.

Økonomiske gevinster	Kolonnetiketter					Totalsum
Radetiketter	Feltarbeider	Hjemmesykepleien	Omsorgsenter	HF		
⊕ Reduserte kostnader	kr -	kr -	kr 14 706,00	kr 508 844,25	kr 523 550,25	
⊕ Økt inntekt	kr -	kr -	kr -	kr 54 418,50	kr 54 418,50	
⊕ Økt kostnad	-kr 5 160,00	-kr 77 400,00	-kr 15 480,00	kr -	-kr 98 040,00	
Totalsum	-kr 5 160,00	-kr 77 400,00	-kr 774,00	kr 563 262,75	kr 479 928,75	

Tidsgevinster	Kolonnetiketter					Totalsum
Radetiketter	Feltarbeider	Hjemmesykepleien	Omsorgsenter	HF		
Økt tidsbruk	0,00	-45,00	-21,50	0,00	-66,50	
Unngått tidsbruk	14,40	0,00	38,70	0,00	53,10	
Totalsum	14,40	-45,00	17,20	0,00	-13,40	
Omgjort til kr:	kr 6 480,00	-kr 20 250,00	kr 7 740,00	kr -	-kr 6 030,00	

Total gevinster mål i kroner	Feltarbeider	Hjemmespl	Omsorgsente	HF	Totalsum
Økonomiske gevinster	-kr 5 160,00	-kr 77 400,00	-kr 774,00	kr 563 262,75	kr 479 928,75
Tidsgevinster omgjort til kr	kr 6 480,00	-kr 20 250,00	kr 7 740,00	kr -	-kr 6 030,00
Totalsum	kr 1 320,00	-kr 97 650,00	kr 6 966,00	kr 563 262,75	kr 473 898,75

Gevinstverktøyet kan sendes på forespørsel til kontakt.ati@sshf.no

6.3 Økonomiske gevinster

Kristiansand kommune har laget en økonomisk beregning basert på 139 videokonsultasjoner mellom Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune med bruk av gevinstverktøyet:

For sykehuset	563 263,- (gevinst)
<u>For kommunen</u>	<u>- 89 364,- (økte utgifter)</u>
<u>= Samfunnsøkonomisk besparelse</u>	<u>473 899,- (gevinst)</u>

Beregningen viser at ut fra et samfunnsperspektiv vil digital sårbehandling være besparende. Økonomiske gevinster slår imidlertid ulikt ut, basert på ulike forhold (20).

Sykehusgevinstene bestod i hovedsak av reduserte transportkostnader og bandasjekostnader, samt mulighet for flere konsultasjoner på grunn av tidsbesparelse.

Innad i kommunen var resultatene forskjellige. Feltsykepleien og omsorgssenter hadde en liten positiv økonomisk effekt, på grunn av unngåtte kostnader til å følge bruker til sykehuset. Hjemmetjenesten fikk en kostnadsøkning, hovedsakelig på grunn av økte bandasjekostnader (20).

En tilsvarende beregning fra Helse Fonna, Kvinnherad og Ullensvang kommuner viste en samfunnsøkonomisk besparelse på kr 2,7 millioner, der sykehuset fikk en gevinst på rundt 3 millioner, mens kommunen fikk økte utgifter på 300 000 kroner (21).

6.4 Helhetlig syn på gevinster – økonomi og kvalitet

Kristiansand kommune mener økonomiske gevinster kan oppnås også i hjemmetjenesten på sikt ved at kunnskapsoverføring og samhandling kan redusere sårforekomst og raskere sårtilheling, noe som vil gi redusert tidsbruk.

Flere kommuner opplever at gevinstene overgår eventuelle kortsiktige merutgifter. Kristiansand kommune beskriver at kortsiktige merutgifter kan tenkes oppveid av rask og riktig igangsetting av behandling og økt kompetanse (20).

Sitat sykepleier i kommune:

"Erfaringen ved bruk av videokonsultasjon er at en må beregne ekstra tid. Den tiden som må brukes ekstra vinner man tilbake på økt kompetanse. Den økte kompetansen kan bety at fremtidige sår blir behandlet riktig fra starten av og dermed har man spart både tid, ressurser og utgifter knyttet til sårbehandling (...)"

"Erfaringen min med digital sårbehandling er at den tiden som blir brukt er verdt det. Helsepersonell i kommunen får økt kompetanse og en mer spennende arbeidshverdag. Pasientene kan behandles i sine trygge omgivelser med kjent personell og de slipper belastningen med lang reisevei"

Digital sårbehandling har vist seg å gi en rekke gevinster, spesielt økt kompetanse og samhandling. Enkelte gevinster kan slå litt ulikt ut hos ulike aktører, spesielt økonomisk. Størst

økonomisk gevinst tas ut hos sykehusene. Kortere konsultasjonstid pr pasient i digitale konsultasjoner, gjør at man kan ha flere pasientbehandlinger pr dag og redusere ventetid. Kommunene kan noen ganger bruke mer tid og noe økte kostnader til bandasjer. Kommunene opplever likevel at gevinstene overgår eventuelle kortsiktige merutgifter. Kristiansand kommune beskriver at kortsiktige merutgifter kan tenkes oppveid av rask og riktig igangsetting av behandling og økt kompetanse.

Ulike kommuner vurderer de økonomiske utslagene ulikt opp mot kvalitet og prevalens. Likevel er det en tydelig skjevhet i gevinstene pr nå mellom kommuner og sykehus. Det er et stort behov for at innsparinger også kan komme kommunene til gode. Samhandling er i praksis en stor utfordring fordi helsetjenesten er delt i to og finansieringen følger nivåene (22). Det gjør at spredning av digitale sårtiltjenester går langsomt og utviklingen er fragmentert. Her er det behov for større helseøkonomiske beregninger og nye finansieringsmodeller som understøtter samfunnsøkonomisk lønnsom samhandling. Det er et stort behov for tydelige politiske føringer, økonomiske og praktiske verktøy for å støtte samhandling mellom de ulike tjenestenivåene.

6.5 Oppsummering av gevinster

Prosjektet har påvist en rekke kvantitative og kvalitative gevinster, inkludert samfunnsøkonomisk gevinst. Oppsummering av de viktigste erfaringene med gevinster i prosjektet gjelder følgende områder:

Kompetanseoverføring

Prosjektet har erfart at en av de mest positive nytteverdiene ligger i kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Involverte gjennomfører sårstell samtidig med at man får en nyttig opplæring.

Tettere oppfølging

Prosjektet har erfart at tettere oppfølging sammen med kommunehelsetjenesten bidrar til iverksetting av riktige tiltak, og dermed stopper en eventuell negativ utvikling av såret, samt forebygger nye sår.

Transport

Pasientene mottar spesialisert oppfølging av sine sår i eget bosted ved hjelp av digital såroppfølging, noe som reduserer samfunnets kostnader betydelig ved å redusere behovet for reiseaktivitet. Mange i denne pasientgruppen er avhengig av transporttjenester som taxi/rullestol-taxi, mens noen bruker ambulansse. Pasienten sparer egenandel og pasientreisedekning, samtidig som ambulanssepersonell frigjøres til andre oppdrag. For pasienten på omsorgssentre betyr dette også besparelser for kommunen ved reduserte utgifter til egenandel og frikort.

Dette gir også miljøgevinster i form av redusert CO₂ utslipp.

Tidsbruk

I poliklinikken tar digitale sårkonsultasjoner kortere tid enn fysiske oppmøtetimer, noe som bidrar til effektivisering av arbeidet med kortere ventetid og frigjøring av pasientlister. Dette kan også øke sykehusets inntekter ved å behandle flere pasienter. I kommunen krever imidlertid den digitale sårkonsultasjonen noe lengre tid for forberedelse og utførelse, spesielt i starten av

ny tjeneste. Likevel spares det tid for kommunen og pårørende, spesielt i tilfeller der pasienten vill ha behov for følge til sårpoliklinikken.

Kvalitet

Digital sårkonsultasjon legger til rette for læring, kunnskapsdeling og involvering av alle parter, noe som muliggjør økt kompetanse til helsepersonell både i kommunen og på fastlegekontorer når det gjelder sår og sårbehandling.

Direkte dialog og samhandling forbedrer kvaliteten på kommunikasjonen mellom sårpoliklinikk, kommuner og evt fastleger og gjør det enklere for alle parter å ta kontakt med hverandre.

Pasienten opplever en helhetlig oppfølging med økt kvalitet og trygghet samtidig som belastningen reduseres. Pasient og pårørende får mulighet til å ta egne beslutninger sammen med helsepersonell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten om hva som passer best for dem.

Samhandling mellom helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten gir trygghet i sårbehandlingen, og kan øke trivselen på eget arbeidssted og bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell.

6.6 Suksessfaktorer

- Personorientert tilnærming, brukermedvirkning og samvalg.
- God forankring og prosjektorganisering.
- Frigi ressurspersoner til prosjektarbeidet.
- Definere roller og ansvar – med utgangspunkt i overordnet nasjonalt forløp tilpasset lokale forhold.
- Sett av tid til kompetansetiltak, refleksjon rundt etikk og øving på praktisk bruk av teknologi.
- Velg kjent og enkel teknologi i oppstarten. Ha alltid en “plan B”.
- Begynn i det små - test ut med noen pasienter med potensial for stor gevinst.
- Gjennomfør enkle målinger og evalueringer underveis
- La utprøvingen være dynamisk, med mulighet for endringer basert på fortløpende tilbakemeldinger fra brukerne og helsepersonell

6.7 Formidling til statlige myndigheter

I mars 2023 ble representanter fra prosjektet på Sunnaas sykehus og kommunerepresentant fra Valdresregionen invitert av Cisco til et møte med Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det ble presentert erfaringer med digitale sårtenester og hvilke utfordringer og muligheter man ser på dette området. Det ble overlevert et notat som oppsummerer erfaringene og forslag til endringer og tiltak.

Forslag til tiltak som ble presentert var:

1. Opprette et 4-årig nasjonalt implementerings- og kompetansenettverk for digitale sårtenester. Nettverket etableres med 4–5 dedikerte stillinger til anslagsvis 6 millioner i

- året. Nettverket vil og fungere som driftsorganisasjon for organisert kompetanseutvikling, spredning og videreutvikling av digitale sårtenester.
2. Stimuleringsmidler og finansiering
 - a. Starttilskudd til helsefelleskap som går sammen om innføring av digitale sårtenester i samarbeid med implementerings- og kompetansenettverket og som forplikter seg til å etablere denne samarbeidsmodellen. 50 % medfinansiering av innkjøp til utstyr og opplæring de første to årene.
 - b. Økte takster for samhandling og «samkonsultasjon» mellom sykehus, kommuner og fastleger.
 - c. Midler til videreutvikling av verktøy for asynkron samhandling for digital oppfølging av sår (bilder, tekst, skjema eller filmopptak som spesialist kan se på når vedkommende har tid).
 - d. Vurdere nye finansieringsmodeller f.eks. samhandlingsbudsjetter
 3. Utvide Helsedirektoratets mandat for digital hjemmeoppfølging, slik at mandatet også gir rom for å inkludere blant annet digitale sårtenester i samhandling.
 4. Etablere et nasjonalt digitalt sårutdanningsprogram og digitale kurstilbud innen sår som muliggjør likeverdig tilgang til kompetanse. Vurdere stimulerings tiltak for å tilby denne typen utdanning.
 5. Knytte kvalitetsmålinger og forskning til implementeringen av tilbudet for å kunne dokumentere mulige effekter og gevinster.

7 FORSKNING

Prosjektet har hatt med overlege og forsker Ingebjørg Irgens i prosjektgruppa. Hun har gjennomført sitt doktorgradsarbeid innen telemedisin/ digital sårbehandling for personer med ryggmargsskade og trykksår (23-25). Hennes forskning viser at digital sårbehandling er en trygg metode med like gode resultater som tradisjonell behandling, og en scenarioanalyse viser samfunnsøkonomiske gevinster. Ingebjørg Irgens har bidratt med forskningskunnskap og kunnskapsbasert innføring av tjenestemodellen, gjennomføring av spørreundersøkelser, prevalensundersøkelser, samt vært bindeledd til andre forskningsmiljøer.

Delprosjekt 4 ved Sunnaas sykehus har hatt samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge (USN), som har en av to videreutdanninger innen sår i Norge. USN har et pågående EU-prosjekt, TaSHI-prosjektet <https://tashiproject.eu/>, der delprosjektet har samarbeidet rundt kompetansedeling og erfaringsutveksling.

Prosjektet har innhentet aktuell kunnskap blant annet fra en minimetodevurdering om digital sårbehandling, via Folkehelseinstituttet og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Utgangspunktet var at Helse Fonna, Ullensvang og Kvinnherad kommune ønsket å vite effekten av digital samkonsultasjon i sårbehandling. Metodevurderingen viser blant annet at digital oppfølging trolig gir halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling (9,21).

7.1 Prevalensundersøkelser

Prosjektet har innført årlige målinger av sårforekomst i kommunene, såkalte prevalensmålinger. Målingene har blitt gjennomført i 2023 og 2024. Hensikten var å få oversikt over utviklingen i antall sår i kommunene som har innført digitale sårtenester.

Tallene viste at sårprevalensen i den totale befolkningen i disse kommunene var 0.24%.

Sårprevalensen blant hjemmeboende som fikk bistand fra hjemmebaserte tjenester i 2023 var 4.5%, i 2024 var andelen 3,2%. Dette er beregnet til å være et signifikant resultat, $p < 0.001$. Forekomsten på de kommunale institusjonene som svarte på undersøkelsen i 2023 var 21.3%, i 2024 var andelen 20,2%. Endringene er små, men tendensen peker mot lavere sårforekomst etter to målinger.

Oppsummert er det vist redusert sårforekomst fra 2023 – 2024:

- Hjemmetjenesten fra 4,5 % til 3,2 % (signifikant resultat, $p < 0.001$)
- Institusjon fra 21,3 % til 20,2 % (ikke signifikant resultat, $p = 0.51$)

For mer detaljert informasjon om sårprevalens se vedlegg 5.

Kristiansand kommune sammen med Sørlandet sykehus har gjort et målrettet arbeid med å bruke prevalensmålingene til konkret kvalitetsutvikling i sin kommune. Disse resultatene kan være grunnlaget for videre innsats, kanskje spesielt rettet mot forebygging av trykksår i kommunale institusjoner.

Ved å opprettholde årlige prevalensmålinger kan vi gradvis evaluere om implementeringen av digitale sårkonsultasjoner har bidratt til å øke kunnskap og kompetanse om sårbehandling.

8 BUDSJETT

Prosjektet ble tildelt 1 million kroner i innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

Både helseforetak og kommuner har bidratt med egenandeler i form av arbeidstid både i delprosjekter og i hovedprosjektet. Egenandelspotten var beskrevet til 800 000 kroner, men alle har bidratt med mer arbeidstid enn beskrevet i søknaden. Tildelte innovasjonsmidler er benyttet til frikjøp av prosjektstøtte, ressursbruk i delprosjekter og innkjøp av tjenester og teknisk utstyr.

Fordeling av innovasjonsmidlene tildelt fra HSØ:

Kostnadsbeskrivelse	Beløp
Delprosjekt Sunnaas sykehus	100 000
Delprosjekt Sørlandet sykehus	200 000
Delprosjekt Vestre Viken	200 000
Sykehuset Innlandet	150 000
Prosjektstøtte	150 000
Innkjøp/utvikling/utstyr	100 000
Workshops/reiser	100 000
Totalt	1 000 000

9 VEIEN VIDERE

Videre bredding i Helse Sør-Øst:

Felles tjenestemodell for digitale sårtiljenester er nå implementert i 56 av 145 kommuner i Helse Sør-Øst. Resultatene fra prosjektet har vist vesentlige gevinster en rekke områder, og viser stort potensial for regional og nasjonal bredding.

Total utbredelse av digitale sårtiljenester i kommuner i opptaksområdet til de fire helseforetakene i prosjektet, der det er tilbud om digitale sårtiljenester.

Foretak	Antall kommuner som har tilbud om digitale sårtiljenester	Antall kommuner som gjenstår
Sykehuset Innlandet	19	22
Sørlandet sykehus	25	0
Vestre Viken	13	9
Sunnaas sykehus*		
Totalt	57	31

*Sunnaas sykehus har ikke opptaksområde med egne faste kommuner, men har pasienter fra hele regionen og til dels fra hele landet.

Våren 2024 ble det sendt inn søknad om videre bredding til alle helseforetak og aktuelle kommuner i Helse Sør-Øst.

Videreutvikling:

- Videreutvikle deler av kompetansemateriellet i samarbeide med blant annet Den Norske Legeforening med flere.
- Videreutvikle samarbeidet med videreutdanninger innen sårbehandling

Forbedringsområder

Det er påvist noen utfordringer og behov som bør jobbes videre med, deriblant:

- Behov for økt samhandling med fastleger.
- Økt brukervennlighet og tilgang til tekniske løsninger.
- Behov for nye måter å organisere samhandlingen på. Det er skrevet en søknad om TØRN-midler som beskriver en videreutvikling av modellen til en helhetlig modell for samhandling og kvalitet i sårbehandling (Sammen om sår, SAMS). Det foreslås å prøve ut delte stillinger mellom sykehus og kommuner, strategisk satsning på kompetanse- og samhandlingstiltak, samt spredning av digitale sårtiljenester. Søknaden ble dessverre avslått, siden denne utlysningen ikke prioriterte samhandling i denne søknadsrunden.
- Behov for en større helseøkonomisk vurdering og nye finansieringsmodeller. Gevinstene i digital sårbehandling slår ulikt ut hos ulike aktører, der sykehusene har størst økonomisk gevinst, men kommuner kan ha noe økte kostnader på kort sikt. Ulike kommuner vurderer de økonomiske utslagene ulikt opp mot kvalitet og prevalens. Likevel er det en tydelig skjevhet i gevinstene pr nå mellom kommuner og sykehus. Det er et stort behov for at innsparinger også kan komme kommunene til gode. Samhandling er i praksis en stor utfordring fordi helsetjenesten er delt i to og finansieringen følger nivåene. Det gjør at spredning av digitale sårtiljenester går langsomt og utviklingen er fragmentert. Her er det behov for større helseøkonomiske beregninger og nye finansieringsmodeller som understøtter samfunnsøkonomisk lønnsom samhandling. Det

er et stort behov for tydelige politiske føringer, økonomiske og praktiske verktøy for å støtte samhandling mellom de ulike tjenestenivåene (20).

Nasjonale bredding:

Felles tjenestemodell har vist potensial for nasjonal bredding. Det er påvist noen hindre for å lykkes med raskere spredning og forslag til tiltak i møte med myndighetene (se kap 6.7).

Per i dag faller ikke digitale sår tjenester inn under mandatet til Helsedirektoratet om digital hjemmeoppfølging. Det er derfor foreslått andre tiltak for raskere nasjonal bredding.

Forslag presentert for myndighetene:

- Opprette et 4-årig nasjonalt implementerings- og kompetansenettverk for digitale sår tjenester. Nettverket etableres med 4–5 dedikerte stillinger til anslagsvis 6 millioner i året. Nettverket vil og fungere som driftsorganisasjon for organisert kompetanseutvikling, spredning og videreutvikling av digitale sår tjenester.
- Stimuleringsmidler og finansiering:
 - Starttilskudd til helsefelleskap som går sammen om innføring av digitale sår tjenester i samarbeid med implementerings- og kompetansenettverket og som forplikter seg til å etablere denne samarbeidsmodellen. 50 % medfinansiering av innkjøp til utstyr og opplæring de første to årene.
 - Økte takster for samhandling og «samkonsultasjon» mellom sykehus, kommuner og fastleger.
 - Midler til videreutvikling av verktøy for asynkron samhandling for digital oppfølging av sår (bilder, tekst, skjema eller filmopptak som spesialist kan se på når vedkommende har tid).
 - Vurdere nye finansieringsmodeller f.eks. samhandlingsbudsjetter.
- Utvide Helsedirektoratets mandat for digital hjemmeoppfølging, slik at mandatet også gir rom for å inkludere blant annet digitale sår tjenester i samhandling.
- Etablere et nasjonalt digitalt sårutdanningsprogram og digitale kurstilbud innen sår som muliggjør likeverdig tilgang til kompetanse. Vurdere stimulerings tiltak for tilby denne typen utdanning.
- Knytte kvalitetsmålinger og forskning til implementeringen av tilbudet for å kunne dokumentere mulige effekter og gevinster.

Kontaktinformasjon sluttrapport:

Prosjektleder Marit Dammen:	marit.dammen@sykehuset-innlandet.no
Bodil Helene Bach:	bodil.helene.bach@vestreviken.no
Anne May Moldestad Solås	anne.may.moldestad.solas@sshf.no
Hilde Sørli	hilde.sorli@sunnaas.no
Overlege Ph.D Ingebjørg Irgens	ingebjorg.irgens@outlook.com

10. REFERANSER

1. Langøen, A., & Gürgen, M. (2019). Hva er en sårdiagnose, og hvorfor trenger vi den? Sykepleien 107. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/>
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Forebyggelse og behandling af tryksår/tryksskader. Vigtigste uddrag af retningslinjen. Dansk utgave, 2019. www.epuap.org. Hentet 16.2.23 fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/trykksar>
3. Holte HH, Underland V, Hafstad E. Oppsummert forskning om forebygging av trykksår. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Hentet 2.2.23 fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/oppsummert-forskning-om-forebygging-av-trykksar/>
4. Devik, S. A. (2020). En oppsummering av kunnskap: Forebygging av trykksår i kommunale helse- og omsorgstjenester (pdf). (Rapport 2020:22). Hentet 16.2.23 fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2689505/Forebygging%20av%20trykksa%cc%8ar-u3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Helsedirektoratet (2016). Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje. Henvisning og oppfølging av diabetiske fotsår i multidisiplinært fotsårteam. Hentet 16.2.23 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diabetisk-fot-og-nevropati#henvisning-og-oppfolging-av-diabetiske-fotsar-i-multidisiplinaert-fotsarteam>
6. Kapelrud, H. (2006). Underekstremitetsamputasjoner og diabetes. Tidsskrift for Den norske legeforening. Hentet 2.2.23 fra: <https://tidsskriftet.no/2006/09/aktuelt/underekstremitetsamputasjoner-og-diabetes>
7. Heiberg, G.I. & Langøen, A. (2019). Kroniske sår følges ikke opp riktig. Sykepleien, 107(75701). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/04/kroniske-sar-folges-ikke-opp-riktig>
8. NOU. (2023). Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. (Kapittel 5). Hentet fra: [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.nou.no/2023/4-regjeringen-no)
9. Folkehelseinstituttet (2023). *Forskningsomtale. Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*. Hentet fra: <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=201912>
10. Meld. St. 9 (2023 – 2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/meld-st-9-2023-2024)
11. Irgens, I., Kleven, L., Sørli, H., Stanghelle, J. K., & Rekand, T. (2015). Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten. Tidsskrift for Den norske legeforening. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2015/10/kommentar-og-debatt/telemedisin-bringer-spesialisthelsetjenesten-hjem-til-pasienten>
12. Aune, G. (2015). Hvorfor kan dere ikke følge meg opp hjemme på Skype? Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. Velferdsteknologi 4: 48 -53
13. Aune G, Aanestad M. Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten hjemme hos pasienten (Follow-up from the specialized health care service in the patient's home). In: Moser I (ed). Velferdsteknologi. En ressursbok. (Welfare technology. A resource manual). 1st edn. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019, pp 69–84.

- 14.Helsedirektoratet (2022): Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienten og primærhelsetjenesten. Rapport. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/teknologi-i-v%C3%A5r-felles-helsetjeneste/digital-hjemmeoppfolging/Kartleggingsoppdrag%20Flytte%20tjenester%20hjem%20-%20Rapport.pdf/> /attachment/inline/431b3d5c-3f16-42d0-9d8c-68f80ce39f5a:7f80bfa9480ffdcfbd39f762ade2cc5550b17727/Kartleggingsoppdrag%20Flytte%20tjenester%20hjem%20-%20Rapport%20-%20endelig%20versjon.pdf
- 15.Solli, H., Leren, L., Irgens, I., Eide, H., & Brembo, E. A. (2022). Digital sårteneste. Følgeevaluering fase 1. Hentet 2.2.23 fra: https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2985478/2022_84_Solli.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 16.Bach, B.H & Månson, L (2023). Digital sårteneste fase 2. Vestre Viken HF og 6 kommuner i Vestregionen. https://innomed.no/sites/default/files/2023-04/Sluttrapport_DIGITALS%C3%85RTJENESTE%20FASE%202.pdf
- 17.Sykehuset Innlandet. (2024). *Digitale helsetjenester i helseforetak, kommuner og fastlegekontor. Felles tjenestemodell innen sårbehandling*. Hentet fra: [Felles tjenestemodell innen sårbehandling - Sykehuset Innlandet HF \(sykehuset-innlandet.no\)](https://www.sykehuset-innlandet.no/om-sykehuset-innlandet/helseforetak/felles-tjenestemodell-innen-sarbehandling)
18. Digitaliseringsdirektoratet. (2024). *Prosjektveiviseren*. Hentet fra: [Prosjektveiviseren \(digdir.no\)](https://digdir.no/prosjektveiviseren)
19. InnoMed. (2020). *Veiviser for videokommunikasjon*. Hentet fra: [Veiviser videokommunikasjon | Innomed](https://innomed.no/veiviser-for-videokommunikasjon)
20. Sunnaas sykehus, Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Sørlandet sykehus, Kristiansand kommune (2024). *Veileder for digital sårbehandling*. Hentet fra: <https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-felles-tjenestemodell-digitale-sartjenester>
- 21.Folkehelseinstituttet, (2023b). *Digital sårbehandling - samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Kvinnherad og Ullensvang kommune)*. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=160491>
22. Jovik, H.E., (2019). Uverdige praksis for sårpasienter. Dagens Medisin. Hentet fra: [Uverdige praksis for sårpasienter \(dagensmedisin.no\)](https://dagensmedisin.no/nyheter/2019/08/27/uverdig-praksis-for-sarpatienter/)
23. Irgens, I., Midelfart-Hoff, J., Jelnes, R., Alexander, M., Stanghelle, J. K., Thoresen, M., & Rekand, T. (2022). Videoconferencing in pressure injury: randomized controlled telemedicine trial in patients with spinal cord injury. *JMIR formative research*, 6(4), e27692.
24. Irgens, I. (2023). Videoconferencing for Follow-Up of Pressure Injury: Period Prevalence, Risks, Treatment and Financial Consequences. Hentet fra: [videoconferencing-for-follow-up-of-pressure-injury.pdf \(sunnaas.no\)](https://www.sunnaas.no/medisinske-nyheter/videoconferencing-for-follow-up-of-pressure-injury.pdf)
25. Irgens, I., Kleven, L., Midelfart-Hoff, J., Jelnes, R., Alexander, M., Stanghelle, J. K., & Rekand, T. (2024). Cost-utility analysis and impact on the environment of videoconference in pressure injury. A randomized controlled trial in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord Series and Cases*, 10(1), 10. Hentet fra: [Cost-utility analysis and impact on the environment of videoconference in pressure injury. A randomized controlled trial in individuals with spinal cord injury - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/43888888/)

11

VEDLEGG

11.1 Vedlegg 1 - Fremdriftsplan hovedprosjekt

Nr	Dato 2022	Tilstand/Hendelse	Ansvarlige
1	02.06.2022	Når hovedprosjekt er forankret hos prosjekteier og hos samarbeidspartnere, avklart organisatorisk samarbeidsmodell og Tjenestemodell for utprøving og gjennomført oppstartsmøte	SI, VV, Sunnaas, SS
2	15.11.2022	Når felles profil, markedsstrategi og plan for hovedprosjektet er utformet og igangsatt	SI, VV, Sunnaas, SS
3	01.12.2022	Når delprosjekt 1-3 har gjennomført planleggingsfasen med formalisering samarbeidspartnere, datainnsamling, interessentanalyse og utformet kommunikasjonsplan og gjennomført tjenesteforløp jfr veileder	SI, SS, VV
4	17.01.2023	Når prevalensmåling er gjennomført i alle kommuner og sendt til gjennomgang til Sunnaas	Kommuner
5	31.01.2023 15.06.2023	Når delprosjekt 1-3 har gjennomført utviklingsfasen i tjenestemodell med avklarte ROS – analyser, teknologipakke og igangsatt nødvendige tilpasninger og anskaffelser, beskrevet arbeidsprosesser, prosedyrer og informasjon tilpasset ny tjeneste, utformet gevinstplan og plan for implementering	SI, SS, VV
6	31.01.2023 15.06.2023	Når delprosjekt 4 har avklart plattform, planlagt og utviklet kompetansepakke 1	Sunnaas, kompetansegruppen, Hovedteam
7	30.04.2023 15.06.2023	Når delprosjekt 4 har planlagt og utviklet kompetansepakke 2	Sunnaas, kompetansegruppen, Hovedteam
8	01.08.2023 30.09.2023	Når delprosjekt 1-3 har gjennomført implementeringsfasen i tjenestemodell, gjennomført opplæring av ansatte, startet ny og gjennomført tjenesten lenge nok til å ha evalueringsgrunnlag	SI, SS, VV
9	01.09.2023	Når prevalensmåling 2023 er gjennomført og oppsummert	Kommuner, Sunnaas
10	30.09.2023	Når delprosjekt 4 har planlagt og utviklet kompetansepakke 3	Sunnaas, kompetansegruppen, Hovedteam
11	31.11.2023	Når delprosjekt 4 har ferdigstilt digital kompetansepakke og avklart driftsansvar	Sunnaas, kompetansegruppen, Hovedteam
12	01.12.2023	Når finansieringsgrunnlag er avklart, for HF og kommune, er beskrevet, mangler er sendt til behandling og resultat er formidlet	SI, VV
13	01.12.2023 01.02.2024	Når delprosjekt 1-3 har gjennomført evaluering og driftsfase i tjenestemodell, erfaringer er innhentet, gevinster målt, gevinstrealisering beskrevet og driftsansvar avklart og iverksatt.	SI, SS, VV
14	01.02.2023	Når prevalensmåling er gjennomført og oppsummert	Kommuner
15	01.02.2024	Når prosess for NY METODE er vurdert, avklart og gjennomført	SI, VV, Sunnaas, SSHF,
16	30.01.2024 01.02.2024	Når tjenestemodell med tilhørende dokumentasjon er innsamlet og anbefaling utformet og presentert	SI, VV, Sunnaas, SS

11.2 Vedlegg 2 – Delprosjekt 1 - SI

Delprosjektet hadde som mål å implementere tilbud om digital sårbehandling ved kirurgisk poliklinikk Lillehammer sykehus mot Lillehammer kommune og seks kommuner fra et helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal; Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk. Skjåk kommune trakk seg tidlig ut av prosjektet, pga ressursutfordringer.

Forankring, involvering og gjennomføring

Digital sårbehandling ved kirurgisk poliklinikk Lillehammer var allerede et satsningsområde før prosjektstart. Invitasjon og informasjon om prosjektet ble forankret hos kommunalsjefene i hver kommune gjennom skriftlig henvendelse. Det ble i tillegg avholdt digitale møter med informasjon, til helsetjenesten i kommunene, hvor representanter bestod av sårsykepleiere eller de med ansvar for sår, ledere, IKT, kvalitetsrådgivere og velferds koordinatører. I prosjektteamet deltok avdelingspsykepleier ved kirurgisk poliklinikk Lillehammer

Det varierte fra kommune til kommune hvor mange og hvem som deltok aktivt under prosjektperioden. Det ble gjennomført digitale prosjektmøter hver 2. uke, for å sikre at prosjektteamet gjennomførte ny tjenestetilpasning og sørget for lokal oppfølging av prosjektets aktiviteter underveis.

Delprosjektet tok utgangspunkt i eksisterende prosedyrer, anbefalinger, teknologipakke og planer, fra kirurgisk poliklinikk Gjøvik, hvor tilbud om digital sårbehandling allerede var etablert. Det ble gjennomført opplæring av utstyr, både digitalt og ved fysiske møter, og det ble lagt til rette for digital samhandling og involvering av felles legevakt for fem kommuner i Nord-Gudbrandsdalen.

Teknologi

SI har bidratt med videreutvikling, kompetanse og spesifikk kunnskap vedrørende bruk av mobile videoløsninger, bruk av mobiler og nettbrett på stativ og Realwear hodekamera.

IKT i kommuner har vært en viktig ressurs for å ivareta tekniske tilpasninger, opplæring og problemløsninger. De er viktige ressurspersoner videre for å støtte teknisk drift, så tiltak for involvering ble forankret ved oppstart for å sikre at videreføringen er i trygge hender.

Erfaringer og resultat

Det er helt nødvendig med avsatt personell for å drifte ny arbeidsflyt/tjeneste, utover daglig drift i den perioden endringen pågår. Ettersom flere av kommunene er små med få innbyggere, har antall sårpasienter som er henvist til sykehuset variert, og det er nok mye av årsaken til at det har vært få digitale konsultasjoner. For å få mengdetrening i bruk av utstyret, ble Nord-Gudbrandsdal legevakt koblet på som en ekstra samhandlingspartner. Dette gjaldt for kommunene fra helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal. Lillehammer kommune falt dessverre etter hvert fra prosjektet.

Digital sårbehandling fører til mindre transporter og åpner for sårstell hjemme hos pasient. Stor gevinst for innbyggerne å kunne få oppfølging i egen kommune istedenfor lange reisevei til sykehuset.

Det oppleves økt trygghet rundt sårbehandlingen fordi man samhandler med hverandre og pasienten samtidig. Store muligheter for kompetanseoverføring alle veier og økt kompetanse i egen kommune.

Flere av kommunene har utarbeidet kriterier for inkludering av pasienter, når det er utfordrende å transportere pasienten for en lang dag ute på reise til legekantoret eller sjukehus for kontroll av bla sårbehandling.

Gode tilbakemeldinger fra pasient og pårørende ved å slippe lang reisevei for korte konsultasjoner. Både pasient og legetjenester er fornøyde ved å ta i bruk videooverføring i pasientbehandlinga.

Hva blir nyttig fremover for å holde tjenesten i gang (sitat fra kommune):

“Jevnlige treninger av de ansatte for å styrke tryggheten og sjå kva moglegheiter eit kamera gir. Har planlagt ein workshop i nær framtid med opplæring”.

Gode rutiner internt, for eksempel lading.

Faste samarbeidsmøter mellom dei ulike aktørene for å utvelse erfaringar.

Opprette sårgruppa og ha jevnlike møter, drive opplæring og øvelse med hodekamera. Sykehus\fastleger har registrert og kjenner til at kommunen kan tilby digitale tjenester.

Hvilken oppfølging må til fra både sykehus og kommuner fremover (sitat fra kommune):

«Har eit sterkt ønske om kanskje møte kvart kvartal.

Dette er med på å utvide bruken av moglegheitane. Kva med tenke DHO med kreftpasienter/pårørende i kontakt med spesialisthelsetjeneste?

Alle innbyggere i kommunen skal kunne få tjenesten. Kriteriet er henvisning fra spesialist og at det blir gjennomført av personell som har opplæring i bruk av utstyret.»

Økt kompetanse gjennom digitale sårkurs, og å se nye muligheter for å utføre tjenester digitalt som gir gevinster for mange områder.

Utfordringer

Ved kirurgisk poliklinikk Lillehammer har det gjennom prosjektperioden variert med legerressurser, og avd. sykepleier har gjort flere forsøk på god forankring innad i avdelingen. Pga lavt antall sårpasienter fra utvalgte kommuner, har det blitt gjennomført få digitale konsultasjoner. Poliklinikken har tilbudt mye testing for opplæring i bruk av teknisk utstyr og vært aktiv deltaker i prosjektmøtene.

Det har også vært utfordringer, kanskje flest tekniske utfordringer, med hodekamera og oppkobling, eller at personell ikke har vært godt nok oppdatert i bruk og oppkopling av utstyr, selv om en har gjennomført opplæring. Det er viktig å ha tett oppfølging i bruk av utstyr og organisere opplæring etter at prosjektet går over i drift.

Flere av kommunene opplevde endringer i ressurser både på leder- og pleiesiden, sykefravær og ellers travle hverdager. Derfor var oppmøte i prosjektmøtene veldig varierende og noen var til tider helt fraværende.

Tjenesteinnovasjonen er helt avhengig av at alle involverte beholder entusiasmen for den tilretteleggingen for endring som skal gjøres.

Veien videre

Hva blir nyttig fremover for å holde tjenesten i gang: Ha en god oversikt over sårpasienter og ha rutine på vurdering om disse passe til digital oppfølging

Hvilken oppfølging må til fra både sykehus og kommuner fremover: At sårpoliklinikken også har forslag til pasienter som kan profitere på digital oppfølging.

11.3 VEDLEGG 3 Delprosjekt 2 – Sørlandet sykehus

Fra Sørlandet sykehus er teleSÅR delprosjekt i «Felles tjenestemodell for digitale sårtenester». Prosjektet har erfaring med bruk av video i sårbehandlingen fra pilotprosjekt i 2018-2019. Nytt teleSÅR prosjekt fra 2021-2024 med tre fokusområder:

- ✓ videokonsultasjon til nyhenviste trykksårpasienter
- ✓ Brede og oppskalere teleSÅR til kommunene i Agder
- ✓ Asynkron oppfølging av sårpasienter

Prosjektledelse/organisasjon

Prosjektets mandat ble vedtatt i foretakets ledelse i august 2021. Prosjektet ble initiert via karkirurgisk seksjon. Det ble vedtatt at teleSÅR ble inkludert i KOM-programmet med tilhørende prosjektstøtte.

Prosjektet har inngått samarbeid med Kristiansand kommune. Kommunen har deltatt inn i prosjektet med representanter fra forvaltning, hjemmetjenesten, institusjoner, rus, psykisk helse og fastleger.

I prosjektgruppen har det i tillegg vært involvert brukerrepresentant, og sykepleier fra Lyngdal kommune med erfaring fra digital sårbehandling. Det er avholdt 6 arbeidsmøter med tema som tjenesteforløp, gevinster, teknikk, utfordringer, etiske retningslinjer, pasientsikkerhet, kommunikasjon mellom poliklinikk og kommuner mm. I prosjektgruppen er det lagt vekt på at alle parter skal ha gevinster i innføringen av digital sårteneste.

Sårpoliklinikkene ved SSHF har tatt i bruk digital sårbehandling, tjenesten tilbys alle kommuner i Agder.

Gevinstene presenteres med egen gevinstmodell i hovedprosjektet.

Erfaringer fra delprosjektet:

Teknikk:

Utførte brukerundersøkelser viser at mobiler og nettbrett brukes av helsepersonell i kommunene. Test av hodekamera viser at bildeklaritet og lyd er god, men er avhengig av at den som har hodekamera på er trent i å bruke utstyret. Kommunikasjonen mellom sårpoliklinikken og pasienten blir ikke optimal ved bruk av hodekamera da man mister direkte kontakt med pasienten.

I prosjektgruppen blir nettbrett og mobiler trukket fram som mest egnet for digitale sårkonsultasjoner. Utstyret er tilgjengelig og enkelt å håndtere. Fikseringsutstyr/stativ for å holde mobil og nettbrett vil lette arbeidet, og vil være en forutsetning i noen situasjoner for å unngå å bruke en ekstra helsearbeider.

Utfordringer:

- Bytte mellom bak og front kamera.
- Utfordringer med å kunne vurdere i dype sår.
- Første gangs oppkobling til NHN

Kommunikasjon mellom partene:

Dialogmeldinger som er en del av det elektroniske meldingssystemet mellom sykehus og kommuner er foretrukket kommunikasjonsform, både av sårpoliklinikk og kommuner. Det er en enkel og effektiv kommunikasjonsmåte.

Hvilke pasientgrupper følges digitalt:

Godt egnet for digital oppfølging:

- Nyhenviste pasienter med trykksår.
- Feltsykepleiens pasientgruppe (rus).
- Eldre reduserte sykehjemspasienter (immobile og stort transportbehov).
- Pasienter som følges med kontroller .

Mindre egnet for digital oppfølging:

- Ny henviste pasienter, bortsett fra pasienter med trykksår.
- Til pasienter med kompliserte sår, med mulig behov for tilsyn av lege.
- Til pasienter som ikke ønsker digital oppfølging.
- Ved uteblivelse av sårtilheling/forverring i sårutvikling i digital oppfølging, ny vurdering på sårpoliklinikken.

Resultat:

- Erfaringer fra prosjektgruppen
- Egen gevinstmodell
- Spørreundersøkelse til helsepersonell i kommuner, 2023 og 2024.
- Spørreundersøkelse til pasienter.

Tabell xx: Prevalenstelling med deltagelse fra Kristiansand kommune i 2023 og 2024, tall fra 2023:

Kristiansand Kommune, innbyggere (2023)	115 567
Hjemmetjenesten i Krs. 11 av 14 avdelinger har svart	
Totalt antall personer som får oppfølging av hjemmetjenesten i sonene (hvor sårforekomster er telt)	1 771
Totalt antall sår	175
Antall sår pr kategori se kolonne 'P'	

Omsorgssenter/omsorgsboliger 16 av total 26 har svart	
Totalt antall beboere som bor på sykehjemsavdelingen (hvor sårforekomster er telt)	598
Totalt antall sår	115
Antall sår pr kategori se kolonne 'P'	

Tabell xx: Utførte videokonsultasjoner fra sårpoliklinikkene i SSHF:

Sårpoliklinikk	2022	2023
Kristiansand	135	215
Flekkefjord		6
Arendal		15
Totalt		236

Telefonkonsultasjoner er ikke tatt med i denne oversikten.

teleSÅR har i samarbeid med Lyngdal og Farsund kommune testet ut asynkrone verktøy og videoløsning via RKG e-helse Agder og Tellu.

For å legge til rette for et faglig samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten ble «Digitalt nettverk for sårkontakter i Agder» etablert i 2022.

Videre arbeid:

- Samarbeid med Grimstad kommune om gevinstarbeid med vekt på gevinster for kommunene.
- Beskrivelse av ansvarsforhold for digitale sårpasienter.
- Forankring av digitale sårtenester i kommuneledelsen.
- Utvikle samarbeidet mellom sårpoliklinikkene i HSØ, med mål om å integrere kommuner i nettverket.

11.4 VEDLEGG 4 - Delprosjekt 3 – Vestre Viken

Om delprosjektet

I delprosjekt 3 har Vestre Viken, ved kirurgisk/ortopedisk sårpoliklinikk på Ringerike sykehus, samarbeidet med seks kommuner i Ringeriksregionen; Ringerike, Hole, Jevnaker, Modum, Sigdal og Krødsherad. Prosjektet har også inkludert samarbeid med to poliklinikker, som hadde innført tjenesten i tidligere prosjekt (Kongsberg og Bærum) og 7 kommuner.

Metodikk

Innføringen bygger på nevnte nasjonale veileder og innovasjonsprosessens 4 faser. Samme innføringsprosess har vært testet i sårpoliklinikker i Kongsberg og Bærum sykehus og 7 kommuner (2019-2023¹).

Poliklinikker involvert i porteføljen har registrert alle videokonsultasjoner etter gjeldende regler i Vestre Viken². Poliklinikker har i perioden i tillegg besvart en brukerundersøkelse via Nettskjema.

Felles kommunikasjonsrutiner jfr etablerte retningslinjer for varsling og registreringer.

Organisering

1. Overordnet forankring i søknadsprosessen var forankret i Avdeling for Forskning og Innovasjon (FoU).
2. Prosjekteier: Avdelingssjef Kirurgisk og ortopedisk avdeling, Ringerike sykehus.
3. Delprosjektleder³
4. Prosjektteam (poliklinikk/kommuner).

Sårpoliklinikken Kirurgisk og ortopedisk poliklinikk, hadde en hovedansvarlig fagutviklingssykepleier, ellers tverrfaglig deltakelse.

Kommuner: Rekruttert via informasjonsmøter og bekreftet ved signerte samarbeidsavtaler. De har hatt tverrfaglig involvering (hjemmetjeneste, institusjonstjeneste, tilrettelagte tjenester, kompetanse, velferdsteknologi- digitaliseringsrådgivere, kommuneoverlege og fastleger).

Samhandlingsleger: Deltatt i prosjektteam og med innspill fra fastlegenes ståsted og markedsføring i Vest Viken.

Annet personell: IKT hos alle parter, sikkerhetsledelse, personvernombud, systemansvarlig EPJ, samt kvalitetsansvarlige.

Teknologi

Anbefalt teknologi for digitale sårtenester er tatt i bruk, basert på tjenester fra Norsk helsenett (NHN). Poliklinikkene bruker desktopløsning/PC/hodekamera. Kommuner bruker mobil/iPad/PC/ hodekamera. Anskaffelse, etablering, opplæring er gjennomført i samråd med gjeldende rutiner i organisasjonene og leverandør⁶.

Alle ansatte har deltatt på [elæringskurs](#) og delt nyttige veiledere for bruk.

Erfaring og resultat

Tjenesten

Tjenesten startet januar 2023 og har pågått siden oppstart. I prosjektperioden har det vært erfaringsdeling i statusmøter, vurdert funksjonalitet, utfordringer og fortløpende justert.

Digital konsultasjon med sårstell på stedet, veiledet av sårpoliklinikk, eller i noen tilfeller der sårpoliklinikk har gjort sårstell og demonstrert for kommunens ansatte. Tjenesten har inkludert pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste.

Tabell xx: Sårkonsultasjoner, Ringerike 2023

Sårkonsultasjoner Ringerike 2023	Antall konsultasjoner	Antall pasienter
Antall med prosedyrekode QDGX01, QDGX10, QBGX01, GCGX01	1 030	309
Sårpasienter ant samtlige diagnoser (både hoved- og bidiagnose)	1 278	807
Sum sårpasienter samtlige aktuelle diagnoser	1 384	893
Digitale sår/videokonsultasjoner (DIPS-rapport D-4689) Prosjektkode Digitale Sår⁷	70	

Alle konsultasjoner er registrert med ny prosjektkode "DIGITALT SÅR", som søkes opp automatisk i EPJ.

Gevinster

Nedenfor beskrives noen av kommentarene som er innkommet fra brukerundersøkelse i Nettskjema.

Pasienter

- ✓ De føler det er enklere med sårstell hjemme, der alle deltar samtidig via skjerm.
- ✓ Økt trygghet, alle som er involvert, samhandler med hverandre og pasienten selv
- ✓ Økt mulighet for gjennomføring av samvalg, i dialog med alle parter i oppfølgingen.

Helsesektor/samfunn

- ✓ Økt samarbeid mellom partene, god kommunikasjon med personell som kjenner pasientene og historikk
- ✓ Unngåtte transporter av pasienter, bruk av følgetjeneste og ambulanser i beredskap.
- ✓ Fastleger som har deltatt, opplever det positivt med rådgivning om videre behandling og opplæring i prosedyrer, de tidligere ikke har utført (debridering for eksempel).
- ✓ Redusert tidsbruk i poliklinikk kan erfares på enkle konsultasjoner. Men en utvidet konsultasjon, der poliklinikk deltar i hele debridementet m.m, i tillegg til forberedelse informasjonsutveksling, evt. tlf. for timeavtale, dokumentasjon og registrering, så er ikke tidsbesparelsen stor for sårsykepleiere som håndterer alt selv. Der helsesekretærer gjør den administrative delen, spares kanskje litt tid for sårsykepleier og lege.
- ✓ Økt samarbeid mellom helseforetak, som ift rehabiliteringspasienter ved Sunnaas, er et godt bidrag i enda bedre oppfølging på tvers.
- ✓ Økt informasjon og fokus på faglig opplæring – gir spredning til hele organisasjonen.
- ✓ Økt kompetanse hos ansatte med sårstell med opplæring - tettere dialog mellom partene:

«Vi vet hvem vi er på begge sider, i større grad og kan få til vurdering via video som drop-in, det er mye enklere å spørre om råd» (Kommunalt ansatt).

- ✓ Tilgjengelig tjenstedokumentasjon, med rutiner, sjekklister, verktøykasse, felles språk rundt sårdiagnoser, referanser bandasjemateriell mm.

«Verktøykassen med nødvendig anbefalt utstyr, har bidratt til forbedret sårutstyr i kommunene» (Kommunalt ansatt).

Utfordringer?

- ✓ Forankring, ressursavsetting, spredning av informasjon om tjenesten og store turnover blant personalet reduserer kontinuitet i samarbeidet, må håndteres bedre!
- ✓ Endring medfører økt ressursbruk i starten. Dette reduseres etter hvert som tjenesten er integrert i daglig tjeneste. Dette er kun en liten del av kommunenes oppgaver, så det kan føles overveldende med de tiltak innovasjonen medfører underveis.
- ✓ Økt tidsbruk sees også ved gjennomføring av tjenesten, inntil ansatte blir trygge på bruk av teknologien.
- ✓ Utfordrende å fastsette tidspunkt, som passer begge parter.
- ✓ Kommuner kunne ønske å bli varslet om hvem som følges opp fra poliklinikk, men dette er vanskelig å få til.
- ✓ Dialog mellom partene er nødvendig for å identifisere nyoppstartede sår og etablerte sår som burde vært fulgt opp.
- ✓ Kortsiktig - digital sårbehandling krever at kommunalt helsepersonell må ha en viss kompetanse. Følgetjenesten trenger ikke å ha kompetanse.
- ✓ Langsiktig - aktive kommuner erfarer at samarbeidet gradvis øker sårkompetansen hos ansatte.
- ✓ Noen pasienter føler seg utrygg med nye ting og ønsker å reise til sårpoliklinikk, uansett tilbud om videokonsultasjon. Disse er ikke i flertall.
- ✓ Økte kostnader i kommunene, da flere stiller lokalt, slik det fremkommer av gevinstmodell. Konsultasjoner med fastleger, bidrar til direkte rådgivning om videre behandling – denne gruppen må integreres mer i oppfølgingen.

Videreføring

Spredning av tjeneste

- ✓ Digitale sårtenester er nå implementert i 3 av 4 kirurgisk- og ortopediske sårpoliklinikker i foretaket og forankret i 13 kommuner.
- ✓ Det gjenstår etablering i kirurgisk og ortopedisk poliklinikk (Drammen) og 2 medisinske poliklinikker (Drammen og Bærum), samt 9 kommuner i hele Vest Viken kommuneregion.
- ✓ Spredning internt er under forankring hos fagdirektør.

Samarbeidsnettverk

- ✓ Samarbeidsnettverk internt mellom poliklinikker fra før pandemi, gjenopprettes. Samarbeidsnettverk mellom helseforetak (Kap. 5.5) er igang og poliklinikker i Vestre Viken er aktivt med.
- ✓ Samarbeidsnettverk helseforetak og kommuner:
- ✓ Etablert sårnettverk ved Bærum sykehus og Asker og Bærum kommune
- ✓ Etablert nettverk for DHO ved Kongsberg sykehus og fem kommuner, der digitale sårtenester inngår.
- ✓ Samarbeidsnettverk mellom Ringerike og deres kommuner, skal etableres høst 2024, etter samme modell som de andre.

11.5 VEDLEGG 5 - Delprosjekt 4 - Kompetansepakken

Sunnaas har lang erfaring med digitale sår tjenester og har gjennomført forskning og fagutvikling på feltet.

Implementert digitale sår tjenester i drift

- Digitale sår tjenester ble satt i drift i 2012 – 2013, og tjenesten er svært godt etablert.
- Over tid har andelen digitale konsultasjoner økt.
- I 2023 ble over halvparten av alle sårkonsultasjoner gjennomført via videokonferanse, med 140 oppmøtekonsultasjoner og 189 videokonsultasjoner. I tillegg ble det gjennomført 195 telefonkonsultasjoner.

Hvis man ser alle konsultasjonsformene samlet, får man følgende fordeling:



Kompetansepakker og bistand til forsknings- og kvalitetsarbeid

Delprosjekt 4 om digitale kompetansepakker og bistand til forsknings- og kvalitetsarbeid, inkludert teknologivurderinger, er redegjort grundig for i hovedrapporten. Vedlagt ligger supplerende informasjon fra undersøkelser i prosjektet.

Sårprevalens i kommunene som har deltatt i Felles tjenestemodell for digitale sår tjenester

2023, totalbefolkning i de undersøkte kommunene: ca 350 000

- Undersøkt populasjon hjemmebaserte tjenester: 14048
- Totalantall sår i populasjonen: 656
- Prevalens: 4.5%

- Undersøkt populasjon på kommunale institusjoner, inkl. sykehjem: 1190
- Totalantall sår i populasjonen: 254
- Prevalens: 21.3%

2024, totalbefolkning i de undersøkte kommunene; ca 250 000

- Undersøkt populasjon hjemmebaserte tjenester: 9209
- Totalantall sår i populasjonen: 293
- Prevalens: 3.2%

- Populasjon på kommunale institusjoner, inkl. sykehjem; 1181
- Totalantall sår i populasjonen: 239
- Prevalens; 20.2%

Sykehjem	Hjemmebaserte tjenester
<p>2023</p> <p>Undersøkt populasjon på kommunale institusjoner, inkl. sykehjem: 1190 Totalantall sår i populasjonen: 254 Prevalens: 21,3%</p> <p>2024</p> <p>Populasjon på kommunale institusjoner, inkl. Sykehjem: 1181 Totalantall sår i populasjonen: 239 Prevalens: 20,2%</p> <p>Chi-kvadrattest analyse finner en $p=0.51$ Dvs en ikke-signifikant endring fra 2023 til 2024</p>	<p>2023</p> <p>Totalbefolkning i de undersøkte kommunene: Ca 350 000 Undersøkt populasjon hjemmebaserte tjenester: 14048 Totalantall sår i populasjonen: 656 Prevalens 4,5%</p> <p>2024</p> <p>Totalbefolkning i de undersøkte kommunene: Ca 250 000 Undersøkt populasjon hjemmebaserte tjenester: 9209 Totalantall sår i populasjonen: 293 Prevalens: 3.2%</p> <p>Chi-kvadrattest analyse finner en $p<0.001$ Dvs en signifikant endring fra 2023 til 2024</p>

SITATER

Sitater fra helsepersonell som har deltatt i digitale sårkonsultasjoner

Utfordringen vår er at vi bruker videokonsultasjonen så lite at vi får ikke automatikk i bruken. Det betyr at vi knoter litt med dette hver gang vi logger på.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Tilkoblingsproblemer er relatert til for lite bruk av tjenesten. Dette vil endre seg etter hvert som vi får mer bruk av tjenesten.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Bildet av såret på nettbrettet bør være større.

Helsefagarbeider fra hjemmetjenesten

Det er viktig at helsepersonell i kommunen har noe kunnskap om sår og kan forklare hva som en ser i sårbunn, særlig ved underminering/lommedannelser og i situasjoner hvor det kan være dårlig lys

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Veldig bra erfaring fra videokonsultasjonen. Hadde samme sårsykepleier som ganga før så fint å treffe på kjente folk. Sårsykepleier var flink til å involvere pasienten under videokonsultasjonen.

Helsefagarbeider fra hjemmetjenesten

Pasienten var involvert og følte seg trygg. Fikk gode råd fra sårsykepleier fra sykehuset.

Sykepleier fra sykehjem

Pasient fikk oppfølging for sårbehandling uten å måtte reise. Alternativet var at det ikke hadde blitt konsultasjon med poliklinikk pga for skrøpelig pasient. Personalet sparer tid og har mulighet til å være direkte med.

Sykepleier fra sykehjem

Jeg opplever at dette fungerer veldig fint, minuset har vært at det har vært utfordrende å snu kameraet på nettbrettet vi bruker. Klarte det under øvelse, men har strevd med å få det til under konsultasjonen. Opplever at sårpoliklinikken er veldig hjelpelige og forståelsesfulle. Det har vært veldig fint at vi i tjenesten har fått være med i direkte konsultasjon slik at vi lett har kunnet stille spørsmål vi har hatt. I motsetning til om bruker drar selv til sårpoliklinikken og vi mottar epikrise, har vi nå fått være med i dialog og kan komme med innspill.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Jeg har opplevd veldig god hjelp fra lege/sykepleier jeg har konsultasjon med. Syntes det er et utrolig bra alternativ for våre sykehjemspasienter som ofte er for dårlige til å klare en tur til sykehuset. Kan være en utfordring dersom en skal stelle sår under videokonferansen. Det kan bli litt kinkig å ha styr på både kamera, arbeidsstilling og alt materiellet samtidig som en skal holde utstyret rent/sterilt. Er ikke helt sikker på hvordan en kunne gjort dette bedre.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Gode erfaringer. Men fikk ikke til å snu kamera. Følte da at jeg ikke klarte å gi gode nok bilder til sykepleier og lege.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

God opplevelse. Møter imøtekommende sårsykepleier som er forberedt og klar for videokonsultasjon. Lyd og bilde er bra og det er lett å kommunisere. Pasienten får tilbud om å delta og hilse på, men ønsker ikke å involveres. Det blir respektert og det synes jeg er viktig.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Det var utrolig vanskelig å holde nettbrettet i rett posisjon for å gi sårsykepleier et godt bilde av såret.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten bør anskaffe stativer for å holde nettbrettet.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Vi trenger mengdetrening, men det må styres fra vår side. Vi kan nok bli flinkere til å benytte oss av tjenesten, for den er av stor betydning for vår hjelp ut mot vår pasientgruppe.

Sykepleier fra hjemmetjenesten

Samhandlingen blir bedre. Det er lettere å ta kontakt med sårsykepleier på sykehuset hvis såret forverres og behandlingen av såret blir mer riktig. Mye læring ved at man kan stille spørsmål om et konkret sår.

Helsefagarbeider fra hjemmetjenesten

Mange er usikre i rollen som sårbehandler grunnet lite erfaring og kompetanse. Med videokonsultasjon får pasient og ansvarlig personell mulighet til å få god oppfølging og tips for å sikre bedre sårbehandling. Man har også lavere terskel for å be om hjelp når det er mulighet for videokonsultasjon vs oppmøte på sykehus

Sykepleier fra hjemmesykepleien

Du får ekspertisen i hendene. Man lærer mye av å diskutere med sårsykepleier og man er dermed bedre rustet for neste pasient med lignende sår. Dette betyr at neste pasient kommer i gang med riktig sårbehandling tidlig og en forebygger infeksjoner, innleggelser og langvarige sår. En blir mer bevisst viktigheten av en sårdiagnose for å kunne gi rett behandling så fort som mulig.

Sykepleier fra hjemmetjenesten