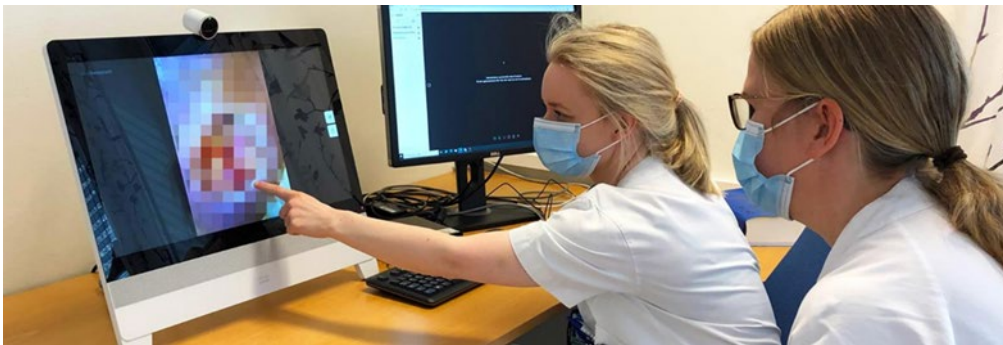


Vestre Viken HF og 6 kommuner i Vestregionen

## DIGITAL SÅRTJENESTE FASE 2

Sluttrapport 22. februar 2023



Prosjektkoordinator Bodil Helene Bach og prosjekteier,  
klinikkdirektør Lukas Månsson  
22.02.2023

## Innhold

1.	INNLEDNING .....	3
1.2	Bakgrunn .....	3
2.	GJENNOMFØRING .....	4
2.1	Forankring og organisering.....	4
2.2	Metodikk .....	6
2.3	Aktiviteter .....	6
2.4	Kartlegginger .....	6
2.5	Gevinstkartlegging, planlegging og måling.....	7
2.5.1	Nytteverdier .....	7
2.5.2	Gevinstkartlegging og planlegging .....	7
2.5.3	Gevinstmåling.....	7
2.6	Tjenesteforløp .....	8
2.6.1	Tjenstedokumentasjon.....	9
2.7	Teknologi og nettverk.....	9
2.7.1	Personvern.....	10
2.7.2	Nettverk.....	10
2.7.3	Brukeropplæring.....	10
3.	RESULTATER OG ERFARINGER.....	11
3.1	Mål.....	11
3.2	Statistikk .....	12
3.3	Brukerundersøkelse.....	12
3.4	Erfaringer – pasientutvalg og volum .....	16
3.5	Erfaring – ansatte i tjenesten .....	16
3.6	Erfaring – ledere og andre.....	18
3.7	Kompetanseoverføring.....	18
3.8	Kvalitetssamarbeid .....	19
4.	Forvaltning.....	20
4.1	Forankring i HF og kommuner.....	20
4.2	Drift og support .....	21
5.	UTFORDRINGER.....	22
5.1	Personvern .....	22
5.2	Fastlegeinvolvering.....	22
5.3	Tjenestetilbud i VV .....	24
5.4	Tjenestetilbud i kommuner .....	24
5.5	Intern kompetanse .....	24

5.	ØKONOMI .....	25
6.	VIDEREFØRING .....	25
7.	VEDLEGG.....	27
7.1	Vedlegg 1 – Brukeropplæring.....	27
7.2	Vedlegg 2 – Medieomtale .....	28
7.3	Vedlegg 3 – Økonomi .....	29

## 1. INNLEDNING

Det er et nasjonalt mål at pasienter i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv, ved at teknologi tilbys i hjemmet eller nærmere der pasienten bor. 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. Behovet for endringer i helsetjenestene medfører endringer for hvordan tjenester både leveres, mottas og samskapes. Ideen bak dette prosjektet er at fire helseforetak (HF) skal bygge videre på et allerede eksisterende samarbeid innen digital sårbehandling ved å utvikle en felles tjenestemodell.

### 1.2 Bakgrunn

#### Hva kjennetegner dagens praksis?

Har man hatt diabetes lenge, er kjente senvirkninger dårlig blodsirkulasjon og nedsatt følsomhet i beina. Det kan være vanskelig å oppdage sår rett og slett fordi pasienten ikke kjenner at det gjør vondt. Nedsatt blodsirkulasjon gjør at sår ikke gror like godt som hos friske. Blir det ikke behandlet, kan det få alvorlige konsekvenser.

*«Årlig må hundrevis av diabetespasienter amputere tær, føtter eller ben. Fagfolk og politikere mener både forebygging og sårbehandling er for dårlig i dag»<sup>1</sup>.*

Vanskelig helende sår gror ikke i løpet av få dager slik akutte sår ofte gjør, fordi komplekse forhold hos pasienten og i såret, forsinker sårtilhelingen. Pasienter med vanskelig helende sår har derfor behov for både akutte og langvarige helsetjenester, både i sykehus, kommunale institusjoner og i hjemmet (Krapl og Peirce, 2016, s 76). Ettersom ulike nivåer og profesjoner som regel bør delta i behandlingen av pasienter med vanskelig helende sår, er det et overordnet mål at alle parter har tilgang til nødvendige helseopplysninger, behandlingsplaner og at det skapes sømløse overganger mellom aktører og nivåer i helsetjenesten.

For å bedre kommunikasjonen viser det seg ofte at ansatte benytter egne mobiler for å videreformidle opplysninger med den hensikt å få råd og veiledning. Det viser at det er et behov for dialog, men viser også at viktige pasientopplysninger håndteres uforsvarlig, selv om de fleste vil kunne henvise til muntlig samtykke fra pasienter og/eller pårørende.

#### Løsning på noe av behovet

Videokonsultasjoner bidrar til en trygg og kvalitativt god oppfølging i eget hjem. Ansatte i kommunene gir sårbehandling under veiledning fra poliklinikk. Fastlege kan delta, eller selv ha konsultasjoner. Videoløsningene brukes på flere tilgjengelige enheter, i tillegg til video via Realwear HMT-1 (hodebåret kamera for talestyrt videokommunikasjon), fra Jodapro.

#### Tjenesteutvikling i VV

Vestre Viken HF (VV) har pågående en portefølje med «Digital sårteneste» i 3 av 4 poliklinikker, Kongsberg (KS), Bærum (BS) og Ringerike sykehus (RS)<sup>2</sup>. Porteføljen er og har vært finansiert fra flere finansieringsmidler og består av følgende tjenesteutviklinger:

1. Digital sårteneste – Fase 1 (Kongsberg sykehus, Kongsberg kommune – Regionalforvaltning Viken, 2019-2021)

---

<sup>1</sup> NRK; 11. januar 2020

<sup>2</sup> VV Drammen sykehus er inndelt i 2 poliklinikker og har ikke ønsket å delta i porteføljen. Noen observatører har deltatt i felles samlinger og med innspill i prosessen.

2. Digital sår tjeneste – Fase 2 (Kongsberg og Bærum sykehus, kommunene Kongsberg, Rollag, Nore- og Uvdal, Øvre Eiker kommuner, Bærum og Asker, finansiert av Helse Sør-Øst (HSØ) tjenesteinnovasjonsmidler 2021-2022, som rapporteres i dette dokument)
3. Ideoverføring – etablere grunnlag for Nasjonalt nettverk innen digitale sår tjenester (2021-2022), samarbeid mellom VV, SI, SSHF; og Sunnaas, finansiert av HSØ Ideoverføringsmidler.
4. Felles tjenestemodell for digitale sår tjenester – Delprosjekt Ringerike (Felles tjenestemodell). Dette er et samarbeid om standardisert tjenestemodell, med fire HF (Sykehuset Innlandet, SI, Sørlandet sykehus, SSHF, Sunnaas og Vestre Viken, VV) og 20 kommuner, finansiert av HSØ tjenesteinnovasjonsmidler (2022-2023).

Hovedmålet har vært å etablere et grunnlag for nye tjenester, med samme innføringsmodell. Dette testes videre i Felles tjenestemodell, der 4 Helseforetak og totalt 20 kommuner er involvert. Digital samhandling har potensiale til å skape sømløse overganger, og sørge for kompetanseoverføring der kommunepersonell kan få ekspertise fra spesialisthelsetjeneste, til rett tid på rett sted. Vellykket samhandling kan følgelig sikre at pasienter får trygg, likeverdig og tilfredsstillende oppfølging, uavhengig av geografisk lokalisasjon. Tjenesten vil på sikt bli et samkjørt tjenestetilbud, med reduksjon av poliklinisk ventetid og økt kapasitetsutnyttelse i poliklinikk.

### Prosjekt under en pandemi

Gjennomføring av prosjekt og innovasjoner under en pandemi har skapt mange nye og ukjente utfordringer for de involverte parter. Om innovasjon sies det at «veien blir til mens man går». Fase 1 og 2 er gode eksempler på dette.

Tjenesteutviklingen involverer forskjellige organisasjoner, som alle ble rammet av nasjonale tiltak under pandemien i 2020-2022. Etter at nasjonale tiltak trådte i kraft, har man måttet justere milepæler og tilpasse aktiviteter ift tilgang på personellressurser. Ansatte ble beordret til akutte driftssituasjoner, som under rød og gul beredskap, måtte prioriteres.

Andre uforutsette utfordringer har også vært en del av tjenesteutviklingen, både relatert til pandemi og andre omstendigheter, disse vil bli omtalt i kapittel 5.

### Om dokumentet

Sluttrapporten beskriver bakgrunn, gjennomføring av tjenesteutviklingen i Fase 2, herunder metodikk, forankring, aktiviteter, resultater og erfaringer, økonomi og videreføring. Det er lagt inn lenker til tjenstedokumentasjon, opplæringskurs og markedsføringer tilhørende tjenesteutviklingen. Siden VV har en portefølje på digitale sår tjenester, så er det naturlig å nevne grunnlaget fra Fase 1 (sluttrapportert juni, 2022) og sammenfallende aktiviteter i Felles tjenestemodell, der alle poliklinikker og kommuner trekkes inn i felles samarbeid.

## 2. GJENNOMFØRING

Tjenesteutviklingen Digital sår tjeneste – Fase 2, fikk bevilget tjenesteinnovasjonsmidler fra HSØ for prosjektperioden 2021-2022. Totalt bevilget beløp: kr. 1 040 000.

### 2.1 Forankring og organisering

1. **Strategiplaner** er forankret på ledernivå i alle organisasjoner, i varierende grad. Tjenesteinnovasjoner i VV er forankret i satsning på Digital hjemmeoppfølging (DHO) i Avdeling for Forskning og Innovasjon. DHO understøttes sentralt og gjennom DHO-kontakter i hver klinikk. Prosjektet har i hele prosessen rapportert til DHO.

2. **Helsefellesskap** er under etablering, basert på eksisterende samhandlingsstruktur i VV og 22 kommuner. Prosjektet er presentert ved flere anledninger i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Strategiske samarbeidsutvalg (SSU). Samhandlingsavdeling i VV har i tillegg til samhandlingssjefer hver klinikk, ansatt to koordinatore Helsefellesskap (VV og kommune), som vil være nyttige i videreføring og drift av nye tjenester.
3. **Styringsgruppe** – består av Klinikkdirtør prosjekteier Kongsberg sykehus (KS), avdelingssjefer i 3 klinikker og innovasjonsrådgiver i VV, kommunalsjef fra Kongsbergregionen, virksomhetsledere Bærum, Asker og Ringeriksregionen). Styringsgruppe er tverrfaglig og har endret struktur underveis (grunnet ansatte som sluttet, nye kommunalsjefer som kom inn underveis).

Under pandemien har det vært digitale møter, ellers jevnlige rapporteringer og dialog når beslutninger må tas. Videreføring av styringsgruppe vurderes, når to poliklinikker går over i drift og den tredje starter i 2023.

4. **Prosjektledelse og prosjektkoordinator** Klinikkdirtør KS og innleid prosjektkoordinator Bodil Helene Bach, har vært ansvarlig prosjektledelse i hele porteføljen i VV. Prosjektkoordinator har underveis hatt andre roller relatert til video i VV og fått god kjennskap til nødvendig beslutningsnivå og kunnskap om organisasjonen generelt.
5. **Prosjektteam** (HF, kommuner med fagfolk og rådgivere, Responssenter, PKO/Fastleger).

HF krever forankring på mange nivå. Klinikkdirtør/prosjekteier/prosjektleder og avdelingssjefer i KS har underveis i perioden skiftet og krevd «reforankring» i flere runder. I BS har avdelingssjef, avdelingssykepleier vært samme personer og med i hele prosessen. KS har hatt størst utfordringer med mye sykefravær og langtidssykemelding hos essensielle ansatte i poliklinikken. Sammen fant man en løsning der en sykepleier er sårkoordinator for digital tjeneste, noe som bidro til økning i antall konsultasjoner og forbedret samarbeid mellom partene.

**Kommunene** signerer samarbeidsavtaler for å delta i samskapingen, som definerer ansvar og roller underveis. Signering gjøres av kommunalsjefer og Klinikkdirtør. Dette sikrer i varierende grad engasjement fra kommunenes ståsted. Her sees stor forskjell på store og mindre kommuner, der det er kortere mellom nivåene i de mindre kommuner, dermed enklere å nå ut med budskapet. Store kommuner bombarderes med prosjektsamarbeid og tjenesteutviklinger og klarer i mindre grad å skape engasjement i større skala. Vi har startet i noen soner, nå gjenstår og bredde tjenesten og involvere alle soner og institusjoner i hele storkommunen.

6. **Fastleger/Praksiskonsulent VV (PKO)** har vært involvert i alle prosjektteam. De er et viktig mellomledd mellom HF og legekantor ute. Vi har ikke i tilstrekkelig grad klart å forankre tjenesten som en naturlig måte å jobbe på for fastlegene, men vi jobber aktivt sammen med SI for bedre forankring i 2023. PKO-nettverket i VV er veldig engasjert i dette arbeidet.
7. **Referansegruppe** (IKT, andre HF, DHO, PVO, sikkerhetsledere, brukerrepresentant og andre partnere). Referansegruppa gir oss god tilgang til ekspertise og samarbeidspartnere som er nødvendig i innføring og videre drift og vedlikehold av tjenesten. Referansegruppe har vært invitert til møtearenaer, temasamlinger og spurt ved behov. Brukerrepresentant Mark Miller, har bidratt aktivt inn i samlinger, tjenestereiser, egne presentasjoner mm.

## 2.2 Metodikk

Gjennomføring av prosjekt, har fulgt elementer fra Prosjektveiviser, som styres fra Prosjektkontor i VV<sup>3</sup>. Nyetablert gevinstmodell skal nå testes på alle innovasjoner i VV<sup>4</sup>.

Gjennomføring av innovasjonen, tar utgangspunkt i [«Veiviser for videokommunikasjon»](#) (Innmed/KS, 2020). Denne er basert på tidligere [«Veikart for tjenesteinnovasjon»](#) (KS, Helse direktoratet, 2015). VV har forenklet og tilpasset Veiviser til [«Kvikkguide for implementering av videokonsultasjoner»](#)<sup>5</sup>. Dette er modellen for innføring som videreføres i Felles tjenestemodell.

Bilde 1-2: VV sin kvikkguide for implementering av videokonsultasjoner med fire innovasjonsprosesser



## 2.3 Aktiviteter

Dette kapitlet beskriver noen hovedaktiviteter i innovasjonsprosessens fire faser.

Digital sårtsjeneste Fase 2 startet tidlig i 2021, mens VV fortsatt var påvirket av pandemien, med begrenset tilgang til ansatte. KS bygde på grunnlaget fra Fase 1 og startet videre involvering av kommuner fortløpende. Fagutviklingssykepleier i Bærum sykehus (BS) deltok i siste del av Fase 1<sup>6</sup>, som del av opplæringsprosessen, før oppstart i egen poliklinikk og kommuner i 2021. Dette sikrer at innovasjonskompetansen spres og blir i organisasjonen.

Tverrfaglig prosjektteam med rekruttering av kommuner ble utført, med informasjonsskriv til ledere og beslutningstakere, åpne informasjonsmøter, deretter frist for påmelding og signering av samarbeidsavtale mellom partene.

Oppstartsmøter er et viktig ledd for å skape entusiasme når tjenesteendringen skal i gang. Gjennomført i september 2021<sup>7</sup>. Fokuset har vært på at; *«vi skal lære av andre som har gjort det før oss»*. Naturlige bidragsyttere ble i denne fasen KS/Kongsbergregionen, brukerrepresentant (som alltid er med) og leverandør og samarbeidspartnere, innenfor utviklingsfeltet<sup>8</sup>.

## 2.4 Kartlegginger

1. **Datainnsamling** med kommuneinformasjon, ressurspersoner og eksisterende teknologi, innhentes i alle kommuner ved oppstart<sup>9</sup>.
2. **Datainnsamling pasientgrunnlag** (HF og kommuner).
3. **Pasientutvelgelse** basert på innhentet datagrunnlag i felles dialog mellom samarbeidspartene.

<sup>3</sup> Etablert i 2021

<sup>4</sup> Dette gjelder også sårporteføljen

<sup>5</sup> Kvikkguide er utformet av PL i samarbeid med Digital hjemmeoppfølging (DHO), parallelt med prosjektet.

<sup>6</sup> Vår 2021

<sup>7</sup> Hybrid møte

<sup>8</sup> I Fase 1 hadde vi tilsvarende samarbeid med sårpoliklinikk i Sunnaas

<sup>9</sup> Datainnsamlingen ble videreført til Felles tjenestemodell, som felles verktøy i planleggingsfasen

4. **Kartlegging og identifisering av egnet teknologi for digitale sår tjenester;** tidligere gjennomført i Nasjonalt kommunikasjons- og innovasjonsnettverk for digitale sår tjenester (2021), som rapporteres til HSØ (2023)<sup>10</sup>.
5. **Interessentanalyser** er gjennomført i BS og kommuner. I 2023 revideres disse som grunnlag for nye kommunikasjonsplaner. Dette prosjektet har mange ulike interessenter på ulike nivåer helsetjenesten.

Analyseformen var tidligere relativt lite brukt i VV, men ikke ukjent i kommuner som har deltatt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP).

## 2.5 Gevinstkartlegging, planlegging og måling

### 2.5.1 Nytteverdier

Etablering av et felles digitalt sår tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten er et godt og målbart tiltak for digital samhandling mellom sykehus og kommuner. Konkret forventes det at digitale sår tjenester under begge faser av etableringen på sikt skal bidra til:

1. Redusert poliklinisk ventetid
2. Økt poliklinisk kapasitetsutnyttelse, målt ved antall polikliniske konsultasjoner
3. Etablere kostnadseffektive helsetjenester uten å redusere behandlingsmessig kvalitet
4. Redusert pasienttransport til spesialisthelsetjenesten, målt som reduksjon i kostnader relatert til transport (nye kommuner involvert, med lengre reiseavstand, forventer raske gevinster gjennom bla redusert følgetjeneste)
5. Økt sårkompetanse i kommuner

### 2.5.2 Gevinstkartlegging og planlegging

Gevinstkartlegging, planlegging og måling har vært gjennomført i Fase 1-2.

KS hadde tidligere innhentet antall sår i Kongsberg kommune, som en del av følgeforskning som ble gjennomført i 2020. BS og kommuner innhentet data fra EPJ, på antall sår før oppstart, som grunnlag for pasientutvelgelse (2021).

### 2.5.3 Gevinstmåling

1. Registreringer av videokonsultasjoner gjøres i partenes EPJ
2. Statistikk innhentes fra [HSØ statistikk](#) (måler både telefoni og videokonsultasjoner)
3. Videokonsultasjoner i kommuner registreres for alle konsultasjoner:
  - a. <https://nettskjema.no/a/konsultasjon-med-pasient-vv>
  - b. <https://nettskjema.no/a/konsultasjon-uten-pasient-vv>
4. Videokonsultasjoner i HF registreres for alle konsultasjoner:
  - a. <https://nettskjema.no/a/vv-pol-med-pas>
  - b. <https://nettskjema.no/a/vv-pol-uten-pas> (ved bruk av video i planlegging av oppfølging med samarbeidspartnere). Registreringene samler informasjon om egnethet, deltakelse, mm for alle involverte parter.

Andre gevinstmålinger og erfaringsinnhentinger underveis har vært:

- a. **Fortløpende kontakt med pasienter for muntlige tilbakemeldinger.**
- b. **Oppsummeringer i statusmøter**, som grunnlag for fortløpende justeringer og endringer.

---

<sup>10</sup> Anbefalt teknologipakke er rapportert tidligere og er nå under testing og revidering i Felles tjenestemodell

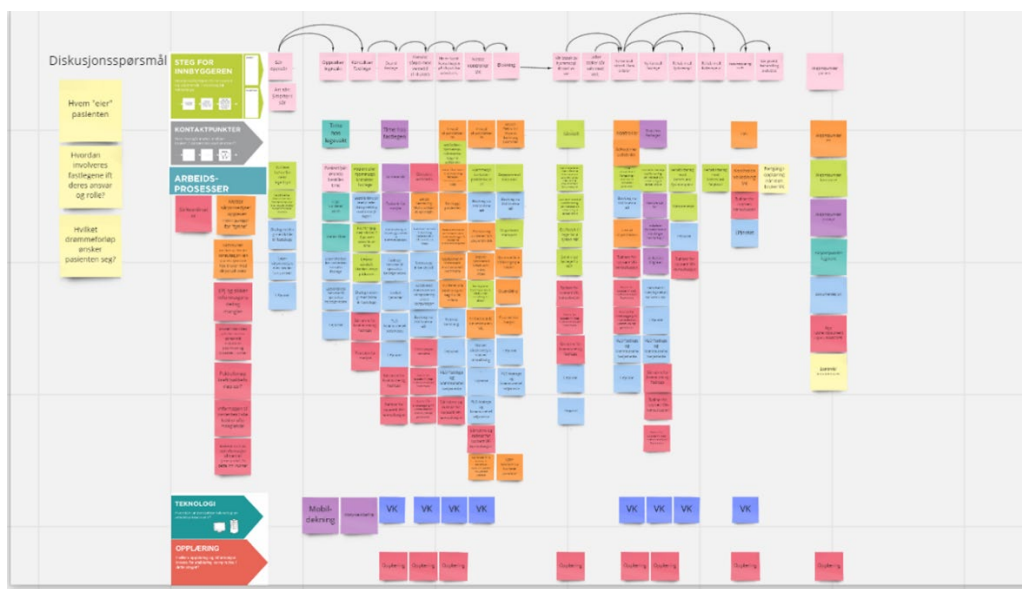


- c. **Avslutningsseminar** 17. januar 2023 – med erfaring fra bruker, fastlege, prosjektleder og erfaringspanel med ansatte i tjenesten og ledere i kommuner og VV om forankring og veien videre.
- d. **Samarbeid i Nasjonalt nettverk for digitale sårtiljenester**, med erfaringsutveksling og fokus på gevinster for alle parter, samt samarbeid i Felles tjenestemodell.
- e. **Workshop Nasjonalt nettverk for digitale sårtiljenester** (26. april 2022) – med erfaringspanel og fokus på gevinster, med deltakelse fra involverte prosjektdeltakere, sammen med andre kommuner og HF.

## 2.6 Tjenesteforløp

Tjenesteforløpsprosessen er et viktig verktøy. I en ny innovasjon starter denne prosessen med eksisterende forløp, deretter planlegges nytt forløp med bruk av teknologi. Alle involverte deltar i prosessen. Prosessen er nyttig og avdekker mange områder for forbedring av tjenesteforløpet som pasienten faktisk møter. Tjenesteforløpene er utformet i samarbeid med [Responssenteret i Kongsbergregionen](#) og utformet i Miro. Her beskrives tjenesteforløpet (rosa lapper) og alle tiltak som utføres i alle steg fra forskjellige aktører. Røde lapper er mangler i nytt forløp. Manglene utformes i tjenstedokumentasjon som etterfølger prosessen.

Bilde 3: Eksisterende og nytt forløp, ble justert i Fase 2. Bildet viser nytt forløp med bruk av teknologi



Pasient følger vanlig henvisningsrutiner, der de henvises fra fastlege og til sårpoliklinikk for første vurdering og planlegging av videre videokonsultasjoner. Når institusjoner er involvert kan man vurdere førstegangsvurdering også via videokonsultasjon, med sykehjemslege tilstede for eksempel.

I kommune deltar sykepleier eller helsefagarbeider i pasienthjem. Noen gang en ansatt, som ved bruk av hodekamera, eller to for å bistå god filming. I poliklinikk deltar sykepleier (e), evt sammen med ortoped eller karkirurg. Dette har fungert veldig bra i begge poliklinikker.

Omvendte konsultasjoner er forsøkt i begge poliklinikker, der de stiller sår mens pasienten er inne til poliklinisk kontroll, mens kommunehelsetjenesten har samlet seg for opplæring. Videre kan man se for seg at poliklinikk viser debridiering for eksempel, for opplæring av ansatte ute.

Kompleksiteten i et pasientforløp synliggjøres og partene får god innsikt i pasientens forløp, som de alle bidrar inn i. Men det er påpekt flere ganger at det er nytt for dem å samarbeide slik:

«Du (prosjektkoordinator) må huske på at vi aldri har snakket sammen før, på tvers av disse organisasjonene, kun via skriftlig informasjonsutveksling, så det er nytt for oss å samarbeide så tett om samme pasient» (kommuneansatt, under et forløpsmøte).

### 2.6.1 Tjenstedokumentasjon

Tjenstedokumentasjon utformes i neste del av tjenesteforløpsprosessen. Her tilpasses dokumentasjon til henvisning, behandling og oppfølging i forløpet. Dokumentasjonen inngår i en [felles tjenstedokumentsamling](#), som blir åpent tilgjengelig via [nettside i Vestre Viken](#)<sup>11</sup>. Dette vil være til hjelp for nye kommuner som skal ta i bruk tjenesten<sup>12</sup>.

**Tjenstedokumentasjon er kategorisert som følger:**

1. «Komigang med pasientoppfølging med bruk av video» – sjekklister kommuner
2. Anskaffelsesrutiner (produsert i samarbeid med leverandører)
3. Informasjonsskriv (ansatte, fastleger, pasienter og pårørende)
4. Prosedyrer (Samhandlingsprosedyrer HF og kommuner, bruk av video, fastleger, sjekklister registreringer EPJ hos alle partnere, sjekklister meldinger under utforming)
5. Fagsamarbeid sår (Kvalitetssamarbeid, som videreføres i Felles tjenstemodell, se kapittel 3.8)
6. Forskning (Kapittel 3.8)
7. Veiledere (Video, hodekamera, tjenesteinnovasjon)
8. Samlinger, webinarer, markedsføring, inspirasjon andre bruksområder

Samlingen er produsert i fellesskap med mellom HF og kommuner som har vært involvert og videreføres inn i Felles tjenstemodell og Nasjonalt kompetanse- og innovasjonsnettverk for digitale sårtjenester. Der vil samlingen kunne kompletteres med nasjonal dokumentasjon.

### 2.7 Teknologi og nettverk

Videokommunikasjon defineres som toveis/flerveis lyd- og bildeforbindelse og kan brukes mellom to eller flere parter. Deltakerne kan se og høre hverandre, men er geografisk atskilt. For at videokommunikasjon skal fungere som et godt verktøy, må det være to parter som forplikter seg og ønsker at det skal fungere som et foretrukket arbeidsredskap for alle. Det må fungere enkelt både teknisk, organisatorisk og faglig og det aller viktigste er at det alltid må være noen som tar ansvar og svarer i andre enden når det er behov for å kommunisere.

Prosjektet har benyttet godkjent og risikovurdert videokommunikasjonsløsning via Join og virtuelle møterom fra Norsk helsenett SF (NHN).

Nettbrett, mobiltelefoner og Realwear HMT-1 (hodebåret kamera for talestyrt videokommunikasjon), ble satt opp til å kunne ringe inn til virtuelle videomøterom hos NHN. Brukerne forholder seg til en katalog med kontakter som de enkelt kan koble seg opp mot. Fordelen ved bruk av Realwear HMT-1, er at man har begge hendene fri og evt. sterilt til å stille sår, under veiledning fra spesialist og dermed slipper å trykke på knapper osv, da talekommandoer styrer bruk.

Prosjektet har brukt midler til investering av 5 kameraer i kommuner og 3 kameraer i VV.

---

<sup>11</sup> Under behandling i Kommunikasjonsavdeling

<sup>12</sup> [Digital sårtjeneste - Vestre Viken](#)

### 2.7.1 Personvern

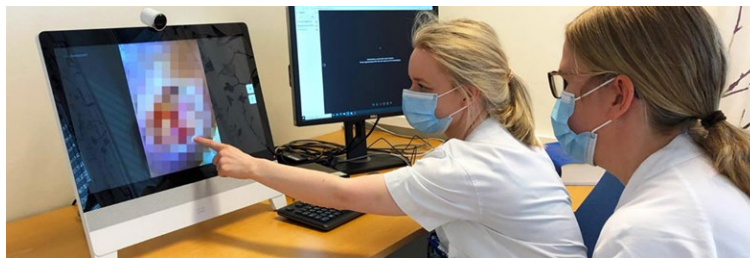
1. Bruk av Join i helsetjeneste er tidligere godkjent i Norsk helsenett og VV.
2. ROS – analyse på prototypen av Jodapro i VV (2019). Resultat: Ikke godkjent for bruk i HF, men for bruk i kommuner.
3. ROS – analyser i kommuner gjennomført etter gjeldende rutiner i hver kommune.
4. ROS – analyse /DPIA i to store kommuner, samkjørt og utført i samarbeid med SI (2022).  
Resultat: Godkjent og delbar analyse, som kan brukes som grunnlag i andre kommuner som skal starte opp.
5. ROS – analyse ferdig produkt – Realwear HMT-1 i VV. Resultat: Godkjent februar 2023.

### 2.7.2 Nettverk

HF har ofte tilstrekkelig infrastruktur, men dekningsgrad på trådløst nettverk kan veksle i de forskjellige klinikker. Bruk av kablet utstyr og videokonferanseløsninger med god kvalitet løser dette. Poliklinikk har en videoløsning som sikrer brukervennlighet, stabilitet og god bilde- og lyd kvalitet.

Kommuner har varierende dekningsgrad og områder med «hull» i dekning. Utstyr i kommunene er derfor satt opp med egne simkort og routere for så sikre god kommunikasjon ved dårlig dekning.

Bilde 4: Teknologi som brukes i poliklinikk – Cisco desktopløsninger kombinert med Join i helsenett for styring av konsultasjon. Foto: Kommunikasjonsavdelingen, VV.



Bilde 5: Teknologi i kommune – Jodapro hodekamera, eksisterende mobiltelefoner og nettbrett. Foto: Dag Bergli, Hege Ringvoll og Lisa Kristine Hagen, Asker kommune.



### 2.7.3 Brukeropplæring

Brukeropplæring er viktig for alle involverte parter. Ansatte i kommunene skal lære seg bruk av standard video, i ny setting med pasientoppfølging, filming av sår, samtidig som du har en dialog i en konsultasjon, hjemme hos pasient. I tillegg skal de ta i bruk hodekamera, som krever ekstra tilpasning ift talestyring og ikke minst styring av kamera, slik at bildet er tilfredsstillende for behandler på andre siden.

«Jeg blir helt sjøsuk jeg altså, når kommunepersonellet er enig med oss og nikker med hodet, som man pleier å gjøre» (Ref, ansatt i poliklinikk i BS).

I tillegg skal ansatte i poliklinikk håndtere bruk av Cisco desktopløsning, kombinert med Join på PC. Og fra 2023, også hodekamera, når dette er godkjent i HFet.

Tilpasset brukeropplæring 2021-2022, vedlegg 1<sup>13</sup>.

### **Forankring opplæring**

Responsssenteret i Kongsbergregionen, er ansvarlig for opplæring og koordinering av bruk av teknologi regionen. De har deltatt i prosjektteam, for å sikre forankring av brukeropplæringer videre i Responsskolen (Vedlegg 1).

For VV må opplæring måtte ivaretas av systemansvarlig video og det etablerte superbrukenettverket. Hvorvidt dette er tilstrekkelig, må man kontinuerlig følge opp.

## 3. RESULTATER OG ERFARINGER

### 3.1 Mål

Resultatmålene nytt, nyttig og nyttiggjort er grunnlaget for hele tjenesteinnovasjonen.

**Overordnet** skulle prosjektet etablere grunnlag for DHO- tjenester innen sårbehandling i VV og involverte kommuner.

Det er **NYTT** at vi har tatt i bruk standard video på eksisterende enheter i nye former for pasientoppfølging på tvers av organisasjoner, hjemme hos pasient.

Cisco desktopløsninger i poliklinikkene var nye løsninger for VV, selv om Cisco er i bruk i møterom i andre type enheter. Desktopløsningene bedre egnet for behandling og sikrer god bildekvalitet i videokonsultasjonene og brukes i tilknytning til Join på egen PC, for optimal gjennomføring og styring av konsultasjonene<sup>14</sup>.

Nytt er det også at det er tatt i bruk ny teknologi (Realwear HMT-1), der Fase 1-2 har deltatt i utviklingsprosessen fra prototype til ferdig produkt i samarbeid med SI og Jodapro. Løsningen er tilknyttet Join i NHN videotjeneste.

**NYTTIG** tjenesteutviklingsprosess er gjennomført, testet i to poliklinikker og 6 kommuner i VV, for å sikre kvalitativ og effektiv hjemmeoppfølging innen sårbehandling.

Endringen er **NYTTIGGJORT**, gjennom etablert tjenstedokumentasjon som tilgjengeliggjøres gjennom organisasjonenes Kvalitetshåndbøker og åpent i egen lenke fra [nettsiden](#) om Digitale sårtenester i VV. Tjenesten er satt i drift fra januar 2023.

---

<sup>13</sup> Videre brukeropplæringer lages som del av Felles tjenestemodell.

<sup>14</sup> Cisco desktopløsninger har i perioden også blitt etablert i spesialopprettede behandlingsrom i VV.

### 3.2 Statistikk

Underveis har prosjektet hatt dialog med [HSØ – statistikk](#), etablert under pandemien<sup>15</sup>. VV har som mål at 15 % av pasientkonsultasjonene skal være digitale pasientoppfølging. Dette følges opp bla via denne statistikken<sup>16</sup>.

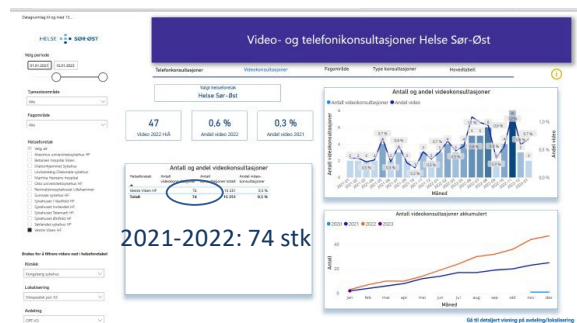
Utfordringen har vært at sår ikke er et eget fagområde i DIPS. Fra 2023 er det etablert en ny prosjektkode «**Digitale sår**»<sup>17</sup>. Dette vil medføre enklere automatiserte søk for rapportering av konkrete sårkonsultasjoner i alle fire HF, som en begynnelse på en bredere ordning nasjonalt.

Bilde 6 viser et utdrag av statistikken for poliklinikk i KS i 2021-2022.

Bilde 6: Statistikk antall videokonsultasjoner i KS/Kongsbergregionen (4 kommuner), 2021-2022



### RESULTAT KONGSBERGREGIONEN (4 kommuner)



Resultat i BS og Asker og Bærum kommune, er 42 videokonsultasjoner (2022) i kun få utvalgte soner og institusjoner i denne perioden. Det forventes stor økning når kommunene får organisert seg i større grad og breddet tjenesten.

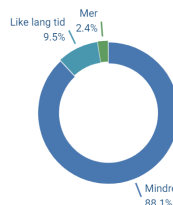
### 3.3 Brukerundersøkelse

Brukerundersøkelse med bruk av eget registreringskjema i Nettskjema<sup>18</sup> (Kapittel xx).

#### Tidsbruk

Figur 1 (HF) - 2 (kommune) beskriver opplevd tidsbruk vs vanlig konsultasjon.

Svar	Antall	% av svar
Like lang tid	8	9,5%
Mindre	74	88,1%
Mer	2	2,4%



<sup>15</sup> Daniel Nguyen, Spesialrådgiver, Avd. Økonomi – Analyseenheter, HSØ, har vært VV sin kontaktperson i flere sammenhenger. VV har bidratt med innspill til utviklingen (2020-2021).

<sup>16</sup> Tall fra DIPS/NIMES

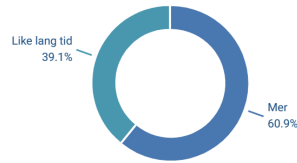
<sup>17</sup> Etablert i 4 HF i Felles tjenestemodell

<sup>18</sup> Nettskjema er satt opp i samarbeid med samarbeidspartner i SI.

**Opplever du at du brukte mer eller mindre tid på behandlingen av denne pasienten? ^**

Antall svar: 23

Svar	Antall	% av svar	↕
Like lang tid	9	39.1%	
Mindre	0	0%	
Mer	14	60.9%	



Videokonsultasjonene tok fra 20 min til 45 min.

88,1 % i poliklinikkene mener at man bruker mindre tid på en videokonsultasjon enn en oppmøtekonsultasjon. Mens 9,5 % svarer at det er samme tidsbruk og 2,4 % mer tid. I kommuner opplever 60,9 % at de bruker mer tid på digitalt sårstell enn vanlig sårstell. 39,1 % opplever at det tar like lang tid.

I oppstarten av tjenesten kreves ofte mer tidsbruk, fordi de ansatte skal lære seg å håndtere utstyr, dialog og tekniske utfordringer, så det er ikke uventet resultat i kommunehelsetjenesten. Kommunene var i starten flere ansatte til stede for å håndtere teknologien, etter hvert som de ble trent, kan de håndtere et stell alene.

Sårsykepleier i Sunnaas, Hanne Haugland, som har gjennomført sårpoliklinikk digitalt i flere år, sier gjennom samarbeidet i Felles tjenestemodell at hun ser at trenden viser at hun sparer opptil 30 min på hver digitale konsultasjon vs oppmøtekonsultasjon.

**Førte videokonsultasjonen til endring i oppfølgingen?**

Figur 3: Førte videokonsultasjonen til konkrete endringer i behandling?



Videokonsultasjonene har medført endring av prosedyrer, oppdatert trykkavlastningsprosedyrer, videreføring av antibiotikakurer, nye planlagte timer i sykehjem med tilsynslege tilstede sammen med spesialist, eller poliklinisk time eller innleggelse (fordi sår har vært forverret og krevde mer behandling). Det er opplevd raskere time på sykehus enn ellers grunnet denne dialogen.

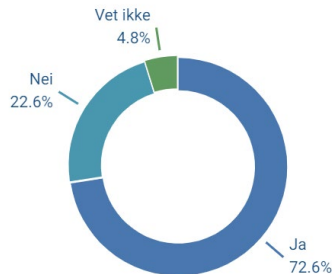
Det har vært videokonsultasjoner med pasient, pårørende, sykehjemslege, avdelingssykepleier, sårsykepleier og ortoped tilstede sammen med ansatte i kommune, sykehjem og pasient. Karkirurg kan da informere tilsynslege og sykepleier om hvordan sårene kan revideres og behandles videre på sykehjemmet. I et av tilfellene ble konklusjonen at pasienten ikke trengte å komme inn til sykehuset. Det ble heller ikke satt opp kontroll, men de kunne ta rekontakt ved evt. behov.



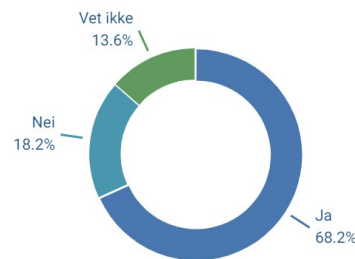
## Er videokonsultasjon like bra som oppmøtekonsultasjon?

Figur 4-5: Videokonsultasjon vs oppmøte?

HF



Kommune



I poliklinikkene registrerer 72,6 % at de opplever at videokonsultasjonene er like godt som oppmøte, mens 22,6 % mener det ikke er like godt. I kommunehelsetjenesten er tilsvarende tall 68,2 % at dette er tilfredsstillende.

Det oppgis at man kanskje ikke får utført ønskede prosedyrer, debridering el, eller at det er dårlig kvalitet på lyd og bilde, som vi alltid ser i oppstarten, når man alltid møter nye, utrente folk. Når man blir bedre vant med bruk av utstyr og kameraføring, så reduseres ofte denne form for trøbbel.

Fordi læringspotensialet er så stort, og samarbeidet så godt, så er det en «motvekt» i opplevelsen fra poliklinisk side. Tilsynslege og sykepleier trygges ved gjennomgang av sårstellet, kompetanseoverføringen er formidabel. Pasienter får gjentatt alt som blir sagt, hvis de hører dårlig, så de får komme med sine argumenter og blir hørt. Settingen med alle som er ansvarlig for deg og din oppfølging, ser ut for å forbedre pasientens rettighet om samvalg ved videokonsultasjon.

## Hvordan har samarbeidspartene opplevd samarbeidet?

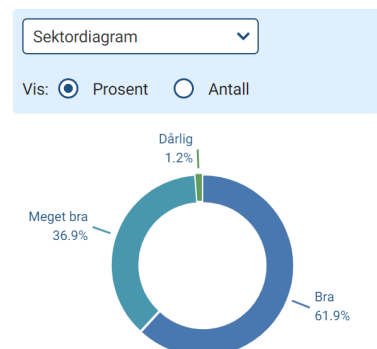
Figur 6-7: Opplevelse av samarbeid mellom partene.

### Hvordan opplevde du samarbeidet med kommunehelsetjenesten?

Antall svar: **84**

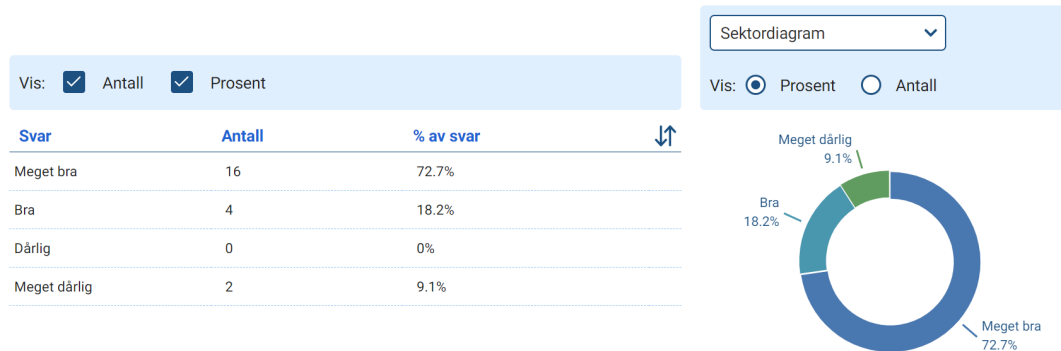
Vis:  Antall  Prosent

Svar	Antall	% av svar
Meget bra	31	36.9%
Bra	52	61.9%
Dårlig	1	1.2%
Meget dårlig	0	0%



### Hvordan opplevde du samarbeidet med spesialisthelsetjenesten? ^

Antall svar: 22



Totalt Figur 5 beskriver at 98.9 % av de ansatte i poliklinikkene har erfart at samarbeidet har vært bra og meget bra. Tilsvarende svarer figur 6 at 90,9 % av kommuneansatte mener at samarbeidet er bra eller meget bra.

Konsultasjonene har stort sett vært direkte mellom poliklinikk og kommunehelsetjeneste. Men i et av tilfellene trakk man inn Sunnaas, som tidligere hadde behandlet pasienten før han ble overført til egen hjemkommune (se sitat s. xx). Det beskrives god kommunikasjon mellom partene, stort sett er partene godt forberedt og klar med nødvendig utstyr. I dialogen oppdages manglende utstyr i kommune, som vi forsøker å løse med «*Kommunal verktøykasse*» som gir anbefalinger om hva man bør ha av utstyr.

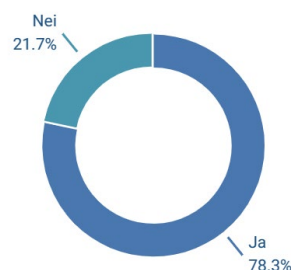
I noen tilfeller i en av poliklinikkene opplyser kommunene at;

*«Det følte ikke greit for hverken pasient eller sykepleiere her at lege valgte en periode å skru av lyd og pause kamera. Dette er jo ment å være et åpent møte mellom bruker, behandler og utfører»* (Kommuneansatte).

Dette ble tatt opp i dialog med partene og kommunisert til ansatte i poliklinikken, slik at man for videre tjeneste hadde en åpen dialog mellom partene.

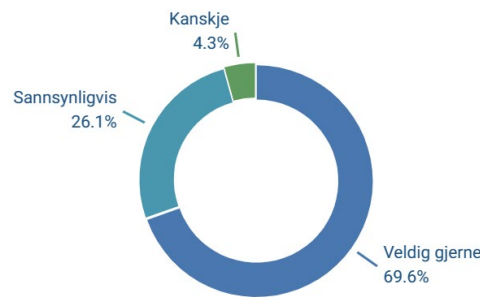
### Hva mener pasientene?

Figur 7: Opplever pasienten at konsultasjonen ble like god som fysisk oppmøte?





Figur 8: Kan pasienten tenke seg å gjennomføre andre konsultasjoner ved bruk av video i fremtiden?



I figur 7 mener 21, 7 % av pasientene at det ikke er like godt som et vanlig oppmøte hos behandler, mens 78,3 % mener dette er likestilt med en oppmøtekonsultasjon. Figur 8 viser allikevel at totalt ca. 95 % av pasientene, synes formen for oppfølging egner seg og ønsker å gjøre det igjen.

De slipper å reise til konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, da de kan få tjenester i eget hjem, sparer unødig ventetid og innleggelse. Denne samhandlingen oppleves veldig positivt av pasientene, fordi de kan oppfylle rettigheter med hensyn til samvalg i større grad enn før og delta og ikke minst lære mer om egen tilstand, gjennom samtaler mellom behandlerne.

### 3.4 Erfaringer – pasientutvalg og volum

#### KS/Kongsbergregionen

Tjenesteendringen har i hele perioden hatt store utfordringer. Først pandemi, som rammet hele prosjektet i oppstarten av innovasjonen. Når man endelig kunne starte opp ny tjeneste, oppleves lite pasientgrunnlag. Årsakene var delt. Oppstartskommunen Kongsberg hadde aldri hatt så lite volum av sårpasienter noen gang. Poliklinikk ønsket ikke å involvere trykksår i intime soner i pasientutvalget ved oppstart. Sårpoliklinikk i Sunnaas, der trykksår på ryggmargsskade er hovedkategorien, har god erfaring med den type sår.

Tjenesten ble justert, institusjoner ble integrert i større grad i alle kommuner, pasientutvalg inkluderte også trykksår i intime soner og partene ble igangsatt med pasientutvelgelsesmøter for å avtale nye pasienter.

#### BS/Bærum og Asker

To store kommuner har startet i det små, med noen få soner og institusjoner inkludert (2022). Dette gir et lite pasientgrunnlag i oppstarten. Men pasientutvelgelsen har vært åpen fra start, med intensjon om å se hva som fungerer og ikke. «Vi tar det som kommer og ser hvordan det går» (Ansatt i poliklinikk).

Det forventes økning når tjenesten nå breddes og flere soner involveres.

### 3.5 Erfaring – ansatte i tjenesten

Oppsummering i samtaler med prosjektteamene og i erfaringspanel med ansatte på avslutningsworkshop 2023, viser et mangfoldig bilde av erfaringer, positive gevinster og noen utfordringer. Noen nevnes her.

*«Det er mye skrale pasienter vi har med å gjøre, det handler om både at de skal slippe å komme hit, men også øke kompetansen ute, slik at de kan utføre stellet, mens vi har kontrollen i poliklinikken» (Ansatt HF)*

Rullestolbrukere er immobile er veldig takknemlig for å slippe å reise. Noen ganger har også sårene ved fremvisning på videokonsultasjonen vært så fine at de ikke trengte å komme. De må vanligvis vente lenge på taxi, med vanskelig føre vinterstid, kan det bli opptil 5-6 timer med venting og transporter. Noen ganger er ting så forsinket at pasienten må innlegges unødige til neste dag. Med ny tjeneste spares reisetid, reisevei, for pasient og følgere (pasienter og pårørende) og ikke minst dyre ambulansetransporter.

*«Ett eksempel der pasient og pårørende, sykepleier og lege skulle planlegge veien videre, da satt vi oss ned sammen på videomøte med alle parter tilstede (Fagpersonell, ledere, ortoped, sykepleier på HFet og pasient, pårørende og personell i kommunen). Pasienten ble hørt og valgte selv lindrende behandling. Godt eksempel på samhandling, der man enkelt kunne samle alle som var nødvendig i beslutningen» (Ansatt i BS).*

Sunnaas rapporterer inn et annet eksempel på samarbeid på tvers:

*«Pasient, tidligere behandlet i Sunnaas, som har hatt vedkommende lenge under behandling og kjente han godt. Han var nå overført til kommune i Kongsbergregionen og poliklinikk i KS. Det ble gjennomført en vellykket flerpartskonferanse der poliklinikk i KS, pasient og Sunnaas deltok for å diskutere videre behandling» (Hanne Haugland, sårsp. Sunnaas).*

Videre sier poliklinikk i BS:

*«Tekniske problemer oppstår – mange oppkoblinger nødvendig noen ganger, men ikke gi opp, vær litt rolig i disse situasjonene, det er vi på poliklinikkene som må beholde roen. Når de første er logget på, så er de så motivert at konsultasjonene blir vellykket. Dårlig nett, gir dårlig bilde kvalitet, da kan man avtale en ny konsultasjon på poliklinikk, det er ikke verre enn det» (Ansatt i poliklinikken).*

Fastleger har vært involvert i tjenesteutviklingen, men ikke i stor grad i tjenesten enda. Som en karkirurg sier:

*«Hvis fastleger kunne hatt konsultasjon når pasienter er på kontoret, kunne vi veiledet også dem, i klipping for eksempel» (BS).*

I tillegg til denne kompetanseoverføringen mellom partene, sees forbedret kontakt på tvers av organisasjoner og bidragsyttere, noe som bidrar til lavere terskel for å kontakte hverandre med spørsmål og ikke minst sørger for at alvorlige sår kommer raskt til behandling på rett nivå: *«Heller det enn å sende pasientene i akuttmottaket»*, som de ansatte i poliklinikkene sier.

*«Kompetanseoverføring er formidabel. «Mestringen ute i kommunehelsetjenesten er morsom, de føler sånn mestring over å kunne gjøre nye ting, under veiledning fra oss i poliklinikken. De spør underveis for eksempel at de ønsker mer informasjon om bandasjer mm. Da har vi tilrettelagt for undervisning via videokonsultasjonen, der og da» (Ansatt i BS).*

Når ansatte på tvers av nivåene nå er mer tilgjengelige for hverandre, vil man også kunne se effekter relatert til den faglige sårbehandling, med økt kompetanse på alle nivå, samt raskere til behandling med kortere linjer mellom nivåene.

### 3.6 Erfaring – ledere og andre

Under avslutningsseminaret hadde vi et erfaringspanel med Samhandlingssjef VV, Innovasjonsrådgiver DHO, Brukerrepresentant, Avdelingsjef, avdelingssykepleier og innspill fra kommunalsjef.

Brukerrepresentant Mark Miller, er med i dette arbeidet fordi han ønsker at alle pasienter skal få en likeverdig tjeneste og en slik endring av tjenestetilbudet vil gi dem mer sømløs tjeneste, uavhengig av hvor de bor, eller hvilket HF de tilhører.

*«Rammene rundt innovasjoner er viktig suksessfaktor, men ikke helt avklart og tydelige enda»*  
(Prosjektkoordinator, VV).

Lederpanelet belyste gode strukturer, men også mangler mellom det som foregår av satsning i VV og på tvers i linjen mot kommuner. Avdelingsledelsen må sammen med Klinikledelse, toppledelse, Samhandlingsavdeling- og samhandlingsstrukturen i Helsefelleskapet ta ansvar for at dialogen med kommuner opprettholdes og struktur for bredding ute kommer tydelig på plass, ikke bare for denne type tjeneste, men generelt ift nye digitale helsetjenester.

I alle bedrifter, også i helsesektoren, ser vi mange kulturer og siloer, der man kommuniserer altfor dårlig på tvers, om hvordan ting kan løses. Størst utfordring sees på ledernivå. Noen ganger holder det å være en engasjerende leder, andre ganger må man rett og slett beslutte og si at skal endring skje, må vi gjøre dette slik.

*«Vi trenger temperatur og diskusjoner om vi skal tilby videotjenester i fremtiden»* (Mark Miller)

Avdelingsledelsen har klare tanker om deres rolle videre.

*«Tjenesteutviklingen hadde ikke kunne vært gjennomført i så strukturert omfang uten prosjektkoordinator som har hatt avsatte ressurser i utviklingsperioden. Veien videre, blir vårt ansvar for å sikre kompetanse, sekretærer og sykepleiere til å jobbe med dette, og måle aktiviteten fremover»* (Deltaker, lederpanel).

Brukerrepresentanten har flere ønsker til sine behandlere:

*«Jeg møter mange behandlere på forskjellige avdelinger i VV, men kun en har tilbudt meg videokonsultasjon. Tilby dette, så får vi brukerne en åpen dør til å prøve og kjenne på om dette er bra oppfølging for oss»*

Det er enighet om at:

*«Det skal være enkelt å velge video som førstevalg i oppfølgingen og det må etterspørres av alle ledere kontinuerlig»* (Avdelingsledelse, BS)

### 3.7 Kompetanseoverføring

Rapporten «Digital sårteneste – Følgforskning fase 1»<sup>19</sup>, belyser mange nyttige gevinster relatert til kommunikasjon og kompetansegevinster som er like aktuelt i hele porteføljen.

Kompetanseoverføringen mellom tjenestenivåene fremheves som viktig del av gevinstene med ny tjeneste.

---

<sup>19</sup> [2022\\_84\\_Solli.pdf \(usn.no\)](#)

«...og jeg hadde ikke noe, jeg var absolutt ikke god på sår fra før. Men gjennom de konsultasjonene som jeg har vært med på, så har jo jeg også fått mye bedre kompetanse på sår, det er jo fordi jeg hører vurderingene de gjør på sårpol» (Informant, kommune, «Digital sårtjeneste – Følgforskning fase 1», 2021).

Poliklinikk sier:

«... vi får jo en dialog rundt såret. Det er fint for de ute.....da ser de at det finnes flere inngangsmåter og behandlingsmåter..... for pasienten er også litt «all right» liksom. Å se at «her er det mange som vurderer såret mitt» (Informant, poliklinikk, «Digital sårtjeneste – Følgforskning fase 1», 2021).

### 3.8 Kvalitetssamarbeid

Prosjektet har sammen med Felles tjenestemodell igangsatt et omfattende kvalitetssamarbeid. Poliklinikkene i VV, SI, Sunnaas og SI samarbeider om dette. Poliklinikker ser utfordringer med dårlige henvisninger fra fastleger, lite diagnostisering av sår, feil bruk av sårdiagnoser og bandasjemateriell og varierende kunnskap om sårbehandling. I tillegg ønsker man mer forskning på faktisk effekt av nye behandlingstilbud.

Kvalitetsgruppen har utformet dokumentasjon som nå markedsføres og spres i alle kommuner i de fire HFene. [Dokumentasjon](#) er utformet innen nevnte områder for VV og kommuner. Her kan man finne informasjon om:

1. Felles informasjonsskriv til alle involverte
2. Sårkategorier
3. Kommunal verktøykasse – anbefalinger utstyr/bandasjemateriell i kommuner og fastlegekontor
4. Sjekkliste henvisninger
5. Fastlegeinformasjon – med bruksområder og øvrige verktøy
6. Prevalensmålinger
7. Sår og sårbehandling – kursserie 2023

#### Målinger kommune og HF

Felles prevalensmåling er gjennomført i 12 kommuner tilhørende VV (16. januar 2023). Målinger ble også gjort i kommuner tilhørende SSHF og SI. Svarprosent 100 %. Ny måling gjentas 16. januar 2024.

**Formål:** Samle antall sår, med og uten diagnose og antall innbyggere fra hvert målested.

Dette blir et forskningsgrunnlag for videre bearbeiding hos forsker Ingebjørg Irgens (Sunnaas).



Prosjektet er forankret i VV's klinikker og DHO. Forankring i kommuner er gjort gjennom samarbeidsavtaler, forankring i stab (DHO – rådgivere i kommuner og hos virksomhetsledere i soner og institusjoner). Vi ser allikevel at det er ikke tilstrekkelig engasjement på ledernivå i involverte kommuner. Presset er stort, det er lite kapasitet utover daglige oppgaver på alle nivå.

Som brukerrepresentant sa på avslutningsseminaret:

*«HF og kommuner gjør så mye bra på hver sin kant for oss pasienter, men de har et forbedringspotensiale ift felles samhandling på tvers i hele linja».*

## 4.2 Drift og support

Digitale tjenester krever innføring av nye verktøy, dette vises også i oppsummeringen i bilde 8, som et fokus, med begrep som «nok, tilgjengelig og riktig utstyr», «ansatte må få teste», «opplæring». Dette har vi stått ovenfor i hele prosessen og vil gjøre det også videre i tjenesten.

IKT ressurser i kommuner og HF er viktige parter i en endringsprosess og må involveres fra oppstart av innovasjonen.

### **IKT i kommuner**

Kommuner er varierende «rigget» for pasientoppfølging med bruk av video. De innførte Microsoft Teams som kommunikasjonsverktøy under pandemien og fokus er på bruk av dette verktøyet. Dessverre er dette kun et administrativt verktøy. Innovasjonen har bidratt til bedre kjennskap til nye kommunikasjonsverktøy og nye bruksområder, som igjen krever nye former for forankring i IKT - selskap.

IKT- ansvar i kommuner er organisert forskjellig, som selvstendige IKT pr. kommune, til felles regionale IKT - selskaper. Avtaler mellom IKT og kommuner er varierende. IKT er ansvarlige for teknisk drift og support av videoløsninger, som tas i bruk når tjenestetilbudet settes i drift. De er ansvarlige ved behov for endring på tilganger i enheter for å kunne ta i bruk video, eller for eksempel nedlasting av apper som skal benyttes.

Prosjektet har etablert samarbeid med Kongsbergregionen IKT (KIKT), som har etablert en kontaktperson og har fått informasjon underveis. KIKT er også IKT – selskap for flere av kommunene vi nå involverer i Felles tjenestemodell. Bærum og Asker har selv valgt å ivareta dialog med egne IKT – ansvarlige. Ikke anbefalt løsning for god involvering og forståelse for løsninger som skal driftes og supportes.

### **IKT i HF**

Sykehuspartner (SP) er tjenesteleverandør til VV, og ivaretar drift og support av utstyr fra NHN og Microsoft teams (innført i 2022). Brukerstøtte video ble bedre forankret i SP under pandemien, men kan ikke løse alle lokale supportbehov.

Internt i VV er det etablert egen systemansvarlig video (2021). Dette er et stort ansvar, i en organisasjon med 9500 ansatte. For å understøtte ansvarsområdet er det etablert superbrukernetttverk video, som er ansvarlig for lokal førstesupport på bruk av video (2022).

I en del av perioden har det også vært engasjert en videorådgiver for å bistå etablering av en forvaltningsmodell video, gjennomføre brukeropplæringer og hjelpe nye oppstarter med videobaserte tjenester. Denne rollen ble fjernet i 2022.

Skal HF og kommuner ha suksess med innføring av teknologi i helsetjenestene, må det være tilrettelagt for en robust drifts- og supportorganisasjon, bestående av IKT og fagpersonell. Innføring av



teknologi må understøttes for å trygge ansatte som skal ta i bruk teknologien og man må ha en organisering som er tilgjengelig for lokal support som ikke ivaretas fra SP. Det må også være åpenhet for å teste nye teknologier og nye bruksområder. Noen HF har løst dette ved å etablere faste ekspertteam, der IKT og fagpersonell understøtter all pasientoppfølging med video, i tillegg til at det er tatt høyde for teknologitestning i egen organisasjon.

## Ny teknologi

Realwear HMT-1 er ny teknologi, som ikke har etablert drifts- og supportsansvar i SP. Anskaffelser er forankret i videoavtalen med Norsk helsenett (NHN), som brukes av alle helsekunder. Prosjektet har sammen med leverandørene utformet bestillingsrutiner, som nå brukes nasjonalt ved alle anskaffelser av Realwear HMT-1 (Jodapropakken).

Leverandør ivaretar drifts- og supportansvar i dag. Jodapro er et lite firma, som yter god og rask service ved behov. Leverandør/SI er i dialog med Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) om forvaltning og support av Realwear HMT-1 videre<sup>20</sup>.

## 5. UTFORDRINGER

### 5.1 Personvern

Personvernanalyser (ROS og DPIA) skal gjennomføres, både teknisk og relatert til tjenesteendring.

Området er preget av individualisert gjennomføring, lite delingsvilje, mye byråkrati, manglende felles malverk og felles rutiner nasjonalt. Dette betyr at alle må gjøre sitt, på sin måte og «finne opp kruttet» i hver organisasjon. Utfordringene ble belyst under den nasjonale satsningen «Medisinsk avstandsoppfølging» (2019) og satt opp som et område som skulle følges opp nasjonalt<sup>21</sup>.

Når teknologi tas i bruk, må det gjennomføres flere analyseprosesser, både teknisk og tjenesterelatert. Dette har skapt mye unødig tidsbruk og forsinket prosjektet med flere måneder før oppstart av tjeneste. I tillegg har man ikke fått utnyttet potensialet med bruk av Realwear HMT-1 i poliklinikker fordi VV ikke godkjente denne teknologien. Godkjenning er nå avklart i februar 2023.

Resultatet av iherdig felles innsats<sup>22</sup>, er en delbar HF – analyse (SI og Sykehuspartner) og delbare analyser fra kommune (ROS og DPIA i samarbeid mellom SI, VV og kommuner).

Utfordringen bør løftes i HSØ til nasjonalt nivå, for å skape mer sømløse prosesser og mindre unødig tidsbruk i videre utvikling av digitale helsetjenester.

### 5.2 Fastlegeinvolvering

Vi har ikke lyktes med fastlegeinvolvering som planlagt i tjenestene, men «redet grunnen godt». Praksiskonsulenter (PKO) i VV har vært og er involvert i porteføljen og bidrar med innspill i prosessen, sammen med samarbeidspartnere i Felles tjenestemodell, er de en nødvendig formidlingskanal til alle fastleger i Vestregionen.

Det er flere årsaker til lite fastlegeinvolvering. De ble bedre kjent med muligheter for videokonsultasjoner under pandemien, fordi de ikke kunne ta imot pasienter i legekantorene. Men

---

<sup>20</sup> HDO allerede har et eier-, drifts- og forvaltningsansvar for alt brukerrelatert utstyr tilknyttet Nødnett i spesialist- og kommunehelsetjenesten. HDO har derfor ansvar for kommunikasjonsløsningen som benyttes i alle landets akuttinntak, AMK- og legevaktssentraler, samt radioterminaler tilknyttet ambulansetjenesten, leger i vakt, sykehus og øvrige kommunale helsetjenester.

<sup>21</sup> [Sluttrapport Nasjonal utredning medisinsk avstandsoppfølging \(2019\)](#)

<sup>22</sup> Prosjektkoordinator har koblet sammen aktører i SI og egne kommuner underveis i prosessen

dette er ikke videreført i storskala etter at den er over. I 2022 sies det at fastleger bruker e-konsultasjoner i større grad, opptil 25 %, derav er 15 % telefonkonsultasjoner og 10 % videokonsultasjoner<sup>23</sup>.

Fastleger er enkeltmannsforetak, foruten noen eksempler der de er kommunalt ansatte. De velger selv hvilke pasienter og diagnoser de har fokus på i legekantor og hvilke de henviser videre. Sårpasienter med komplekst sykdomsbilde og sår er kun en av utfordringene de står ovenfor i sin hverdag.

Dagens sårtilbud bærer preg av for lite kunnskap på flere nivå, det medfører at sår ofte ikke kommer til behandling raskt nok og dermed henvises direkte videre til spesialisthelsetjenesten.

Noen mener sårbehandling håndteres tilstrekkelig i legekantor. Andre mener at kommune og spesialisthelsetjeneste er de som er «best på sår».

Kommunene sier i Følgforskningsrapporten (2022) at<sup>24</sup>:

*«..... jeg tror nok at hjemmetjenesten ofte føler seg veldig alene, fordi det er få fastleger som har kompetanse på sår, eller et ønske om å lære så veldig mye om det. Så det er mitt inntrykk at akkurat dette kunne nok vært en veldig sann fin mulighet for å heve kompetansen hos fastlegene også».*

Et annet perspektiv er manglende takster for deltakelse i nye tjenestetilbud. Marit Nilsen sier så beskrivende i sin Masteroppgave:

*«Det at det ikke finnes refusjonsordninger som tilrettelegger for flerpartkonsultasjoner er paradoksalt med tanke på nasjonale føringer og stort fokus på å ta i bruk teknologier som muliggjør å utføre tjenester på avstand, hvor helsepersonell jobber i helsefelleskap rundt pasienten. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det beskrevet at helsefelleskapene består av representanter fra helseforetak, kommune, lokale fastleger og brukere, hvor partene møtes for å planlegge og utvikle tjenester sammen (Meld.st.7 (2019-2020)). Dette er digitale sårtilbud i Vestre Viken HF et eksempel på, likevel er erfaringene at det ikke er takster hvor alle parter kan drifte tjenesten økonomisk. En utvikling der finansierungsordningene oppleves som et hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, kan over tid føre til tjenesten blir forkastet, og igjen føre til en oppstykket tjeneste for pasientene (Nesheim et al., 2019; Ramsdal, 2019; Zander et al., 2021<sup>25</sup>)»*

Prosjektkoordinator har i samarbeid med prosjekteier i Felles tjenestemodell, gjennomført møter med nasjonale parter (DHO i Helsedirektoratet, HOD, HELFO, DNLF allmennlegeforeningen, praksiskonsulenter (PKO) og fastleger mm), om refusjonsordningene som eksisterer og hvilke som mangler. Dette har medført større fokus på utfordringene i prehospitaltjenester og samarbeidstakster som kan brukes i tilsvarende samarbeid innen sårbehandling. Fastlege og PKO, Aksel Einar Mathiesen, deltok i debatt med flere i Arendalsuka (2022).

I februar var en gruppe invitert til Stortingsrepresentant Bård Hoksrud på Stortinget la frem utfordringer rundt manglende samhandlingstakster hos fastlege og i prehospitaltjenester/legevakt. Spørretime forberedes som neste steg.

*«Innovasjonstempoet i helsesektoren går raskt, men de nasjonale rammene for de nye tjenestene klarer ikke å følge med på dette tempoet, så de blir en showstopper i innovasjonsprosessene» (Deltaker i prosjektet).*

---

<sup>23</sup> Webinar DHO i regi av NSE, UNN HF

<sup>24</sup> [Følgforskningsrapport, USN/Sunnaas/VV, 2020](#)

<sup>25</sup> [Hemmere og fremmere ved implementering av digitale sårtilbud Vestre Viken HF](#). En kvalitativ studie av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastleger (Marit Nilsen, 2022).



### 5.3 Tjenestetilbud i VV

VV har nå som mål at alle avdelinger som tilbyr sårtjenester pasienter og kommuner i 22 kommuner, skal tilby dette i samme form. Det innebærer at fire klinikker endrer tjenestetilbudet, med felles tjenstedokumentasjon.

Man har ikke lyktes å få med Drammen sykehus (DS) i samme portefølje. Pasienter i Asker kommune, tilhørende BS får nå digitalt tjenestetilbud, mens deler av kommunens innbyggere som tilhører DS, ikke får tilsvarende tilbud. Drammensregionen blir hengende etter i utbredelse av nytt tjenestetilbud.

Videre gjenstår mye innsats for å integrere alle sårbehandlere i VV i samme tjeneste, på tvers av klinikker og fagområder.

### 5.4 Tjenestetilbud i kommuner

Prosjektet planla etablering i 5 kommuner tilhørende KS i Kongsbergregionen, men fikk med 4 kommuner (Kongsberg, Nore- og Uvdal, Rollag og Øvre Eiker). Kommune 4 kom sent i gang grunnet dårlig kapasitet lokalt, men etter ekstra tiltak med informasjon, ønsket de å delta i siste del av utviklingsfasen, på linje med de andre kommunene. Kommune 5 (Flesberg), ønsket ikke å motta dette tjenestetilbudet i utviklingsperioden. Dette er ikke ukjent, kommuner opplever det ofte belastende med endringer av tjenester, grunnet kapasitet, selv om resultatet vil kunne forbedre tjenestene til deres innbyggere.

Bærum og Asker er store kommuner og har kun startet pilot i noen soner og institusjoner. Det betyr at det nå i videreføringen er viktig med fokus på bredding i hele kommunen, på alle tjenestenivå.

Andre utfordringer er ift tilpasninger kommunalt. Kommunale EPJ, som er lite tilrettelagt for innhenting av data for virksomhetsrapportering på sårtjenesten. Prosjektet er i dialog med VISMA, for justering av muligheter for mer automatiserte søk.

### 5.5 Intern kompetanse

Prosjektet har hatt tett samarbeid med Felles tjenestemodell for å standardisere innføringsprosessen av denne type samarbeidsmodeller. Dette drar vi mye nytte av, samt at VV har har mye å bidra med i samarbeidet, gjennom erfaringer i denne porteføljen.

Men innovasjonsbehovet er stort og involverer mange som på flere nivå, både i HF, kommuner, hos fastleger, i Helsefelleskap mm. Man mangler en fremtidig god struktur som ivaretar alle elementer og sikrer at vi har felles fremgangsmåte og mål, som alle er inneforstått med.

Innovasjon er en utfordring, med manglende innovasjonskompetanse og prosjektlederkompetanse i organisasjonene som skal samarbeide. Prosjektet har løst dette ved å bruke ekstern prosjektkoordinator, med god kjennskap til feltet og nasjonalt nettverk innenfor denne type innovasjoner. Det er viktig at eksternt personell sørger for å trekke med ansatte i prosessen, så organisasjonen også får en læringseffekt av samarbeidet. Fagutviklingspsykepleiere, koordinatorene i kommunene, involverte ledere har deltatt i prosessen.

Dette tar tid, men man er i prosess i alle HF og kommuner. Med gode føringer nasjonalt og gode beslutningstakere i organisasjonene, så vil de neste årene, være viktige for etablering av fremtidig struktur og nye tjenester.

## 5. ØKONOMI

Budsjett og regnskap er håndtert i samarbeid med Controller i KS og har ingen spesielle avvik som har innvirket negativt på regnskapet, eks mva. Men det er utfordringer ift avslutning av regnskap, så dette er først klart 10. mars 2023, når alle bilag er samlet. Vi har derfor bedt HSØ om utsettelse for innsending og vedlegger her kun eksisterende tall i regnskapet, slik de har bedt om (Vedlegg 3).

## 6. VIDEREFØRING

### **Videreføring i VV, kommuner og fastleger**

Denne innovasjonsporteføljen er finansiert av Regionalforvaltning i Viken (Fase 1) og Helse Sør-Øst (Fase 2). Vi har startet og etablert grunnlaget i to klinikker og deres tilhørende kommuner og er på vei med tredje klinikk. Nå må aktørene sammen via eksisterende samhandlingsstrukturer sørge for at tjenestene styrkes og forankres ytterligere i samarbeid og internt i sine organisasjoner.

### **Videreføring HF**

Ny nettside om Digitale sårtiltjenester og nasjonalt kompetanse- og innovasjonsnettverk er etablert. Her finnes sjekklister for kommuner «*Hvordan komme i gang med pasientoppfølging med bruk av video*», utformet i samarbeid med SI, med lenke til tjenstedokumentasjon. Dette vil være gode verktøy for alle som skal delta i slike helsetilbud.

Målet om integrering av alle sårbehandlere i VV i samme tjenesteform, krever at prosjekteier løfter dette til toppløst i HFet.

### **Videreføring 22 kommuner**

Grunnlaget for tjenesten etableres i samskaping med totalt 12 kommunene i Vestregionen. Kommunene som har deltatt i dette har også økt innovasjonskompetansen tilstrekkelig til å kunne involvere hele kommunen, på tvers av alle tjenestenivå.

For nye kommuner er det verktøy og dokumentasjon på plass som kan bidra til oppstart og deltakelse i etablert tjeneste.

### **Videreføring Fastleger**

Samarbeid med PKO – nettverket i VV fortsetter inn i Felles tjenestemodell. Nå formidles fastlegeinformasjon med scenarier for bruk av video, felles sårkategorier, sjekklister for henvisninger, verktøykasse for legekantor og kommuner, som arbeidsgrunnlag og markedsføring.

Refusjoner og manglende refusjoner, samarbeid fortsetter – målet er felles samhandlingstakst gjeldende for fastleger i samhandling med HF, samt prehospitaltjenester med ambulanser, legevakt og AMK.

### **Videreføring i Felles tjenestemodell**

Innen all innovasjon og utvikling er det utfordringer med å få tilstrekkelig spredning av nye tjenestemodeller som krever involvering av flere organisasjoner (for eksempel HF, kommuner, fastleger og pasienter). En endring krever lokal forankring, kompetanse og gode verktøy for innføringsprosessen.

Felles tjenestemodell med etablert samarbeid mellom fire HF og kommuner er veien til en standardisert innføringsmodell tilpasset digitale sårtiltjenester nasjonalt, men også tilsvarende samarbeidsmodeller på andre fagområder. Her innføres digitale sårtiltjenester basert på «*Veiviser for*

*videokommunikasjon*», i samarbeid med poliklinikker i SI og SSHF. Dette gir et solid grunnlag for målet om en anbefalt innføringsmodell.

Her deltar VV med sårpoliklinikk i RS og 6 kommuner. Vi har allerede dialog med kommuner i Hallinghelse om involvering i samme tjeneste. Kvalitetssamarbeidet i Felles tjenestemodell (kapittel 3.8), involverer både KS, BS og RS i VV og vil også gjøre det fremover. Dermed når vi ut med kompetanseøkning innen sårbehandling i storskala.

### **Videreføring i Nasjonalt kompetanse- og innovasjonsnettverk for digitale sårtenester**

Kompetansenettverket, bidrar til en videreføring av «*Felles tjenestemodell*» der informasjon om tjenestemodell, innføringsprosess, verktøy, kompetansetilbud og rådgivning finnes på et felles nettsted, åpent tilgjengelig for alle med gode rådgivere som kan hjelpe nye aktører.

VV oppnådde ikke midler til videre permanent forankring i 2022, men viderefører samarbeidet med partnerne. Hovedmålet er å permanent etablere Kompetanse- og innovasjonsnettverket, en driftsorganisasjon for organisert kompetanseutvikling, spredning og videreutvikling av innovasjon innen digitale sårtenester.

Erfaringer er nyttige og videreføres innen dette og andre innovasjoner. Som en av de ansatte sa, så er vi enig om dette:

*«Denne samhandlingsformen er kommet for å bli!»*

## 7. VEDLEGG

### 7.1 Vedlegg 1 – Brukeropplæring

Brukeropplæring tilrettelagt av prosjektet og prosjektkoordinator i prosjektperioden.

1. **«Kom i gang med Join»**<sup>26</sup>
  - a. **Målgruppe:** Alle bruker av Join
  - b. **Undervisningsform:**
    - i. Videoundervisning for alle ansatte i VV (2020-2022). Ansvarlig kursleder: Bodil Helene Bach
    - ii. Elæringskurs i [Læringsportalen HSØ](#) (åpent) og [Kompetansebroen](#) (2022-). Ansvarlig kursleder: Bodil Helene Bach / Kompetanseavdelingen VV
2. **«Kom i gang med videokonsultasjon i DIPS»** (vår 2020).
  - a. **Målgruppe:** Alle som booker og registrerer videokonsultasjoner i DIPS i VV
  - b. **Undervisningsform:**
    - i. Videoundervisning for alle ansatte i VV – gjennomgang av lokal prosedyre (2020-2022). Ansvarlig kursleder: Siw Irene Nyhuus Einarsson, BS / Bodil Helene Bach
    - ii. Elæringskurs i Læringsportalen HSØ (for ansatte i VV, 2022-). Ansvarlig kursleder: / Siw Irene Nyhuus Einarsson, BS / Kompetanseavdelingen VV
3. **Tilpasning av digital sår tjeneste i poliklinikk og kommune**
  - a. **Målgruppe:** Poliklinikk BS / ansatte i 5 kommuner
  - b. **Undervisningsform:**
    - i. Felles videomøter med erfaringsutveksling fra poliklinikk i KS, som tidligere var opplært fra Sunnaas i Fase 1 / ansatte i Kongsberg kommune.
4. **«Kom i gang med hodekamera»** (2021-2022)
  - a. **Målgruppe:** Ansatte i 5 kommuner
  - b. **Undervisningsform:**
    - i. Grunnopplæring (2 timer) – oppmøte og digitalt
    - ii. Videre oppfølging av brukere i Jodapro's hjørne (15 minutter) – åpent digitalt møte for spørsmål og svar for alle kommuner som bruker hodekamera i Felles tjenestemodell.
    - iii. Ansvarlig kursledere: Peder Andreas Stokke, Innovasjonsrådgiver, utvikler, SI, Bodil Helene Bach, VV (2020-2021)
    - iv. Ansvarlig kursledere: Kristil Håland, Jodapro, Bodil Helene Bach, VV (2022)
5. [Nasjonalt kompetanse- og innovasjonsnettverk – spilleliste](#)<sup>27</sup>, ble produsert som del av Ideoverføringsprosjektet (2021-2022) og er nyttig læring i etablering av nye tjenester.

---

<sup>26</sup> Kommunitilgang: [SmartLearn kursrom \(helse-sorost.no\)](https://smartlearn.kursrom(helse-sorost.no))

<sup>27</sup> [Nasjonalt nettverk i Digitale sår tjenester - YouTube](#)

## 7.2 Vedlegg 2 – Medieomtale

### FILMER, WEBINARER OG SPILLELISTER MED FORLESNINGER 2021-2023

#### WEBINARER

1. **Webinarer om Digital hjemmeoppfølging, Nasjonalt senter for eHelseforskning:** [Digital hjemmeoppfølging: Webinarer - Ehealthresearch.no \(NO\)](#)
  - a. [Digitale sårtenester 22/10](#)
2. **Webinar digital hjemmeoppfølging i regi av Helsedirektoratet:**
  - a. [Teknologi i pasientens helsetjeneste - Helsedirektoratet](#)

#### FILMER

1. [Digitale sårtenester i Vestre Viken](#), kort
2. [Digitale sårtenester i Vestre Viken](#), lang
3. [Digitale sårtenester i Sykehuset Innlandet](#), kort
4. [Digitale sårtenester i Sykehuset Innlandet](#), lang
5. [Digital sårbehandling Sørlandet sykehus](#)
6. [Telemedisinsk sårkonsultasjon – Sunnaas sykehus](#), kort
7. [Telemedisinsk sårkonsultasjon – Sunnaas sykehus](#), lang
8. [Nytt tilbud sårbehandling](#) (Sykehuset Østfold)
9. [Nasjonalt nettverk for digitale sårtenester](#) (workshop)
10. [Introduksjon Workshop nasjonalt nettverk](#) (Sunnaas)

#### SPILLELISTER

1. [Nasjonalt nettverk for digitale sårtenester](#) (Forelesninger høst 2022)
2. [Sår og sårbehandling 2023](#) (med spilleliste og filmer)

#### ANDRE BRUKSOMRÅDER

1. [Digital beslutningsstøtte SI](#) (spilleliste)
  2. [Bruk av hodekamera i flere bruksområder](#)
- 
1. Om innovasjonsmidler i VV: <https://vestreviken.no/om-oss/nyheter/glade-for-innovasjonsmidler>
  2. Annen markedsføring:
    - a. Ledermøter, Kvalitetsutvalg, Brukerråd VV, LSU i flere regioner, SSU VV
    - b. Workshops Nasjonalt nettverk for digitale sårtenester
    - c. Ledermøter og personalmøter i VVHF
    - d. Ledermøter og personalmøter i kommuner
    - e. Undervisning USN masterutdanning, bachelorutdanning, grunnkurs superbrukernettverk VV
    - f. USHT Viken - seminarer
    - g. eHelse Vestland - seminarer
    - h. Presentasjoner/veiledninger i andre helseregioner
    - i. Sårseminar BS, sårfaglige konferanse, NSF ehelsekonferanse
    - j. Undervisning Fagskolen Innlandet
    - k. HelseINN (webinar for kommuner) med fler.

### 7.3 Vedlegg 3 – Økonomi

#### **HSØ bevilget kr. 1 040 000 til prosjektet i 2021<sup>28</sup>.**

1. Fastlegegodtgjørelser er omdisponert fordi dette ikke var oppnåelig i denne prosjektperioden. Først nå får vi interesse fra fastleger som ønsker å bli en del av tjenesten.
2. Posten «PKO», som er finansiert av VV, er derimot i overkant benyttet, til prosedyresamarbeid, utforming av fastlegeinformasjon mm. Sammen med prosjektkoordinator fra VV og personell fra SI, har PKOer i VV deltatt i møter for å belyse behovet for samhandlingstakster med nasjonale aktører. Her kan nevnes Helfo, Helsedirektoratet (DHO og finansiering), HOD, DNLF allmennpraktikerforening. Dette er medført debatt i Arendalsuka om temaet, besøk på Stortinget (Hoksrud, FrP), samt spørsmål til [Stortingets spørretime](#). 24. mars blir det nytt besøk på Stortinget, på vegne av Felles tjenestemodell for digitale sårtenester. Dette har ikke resultert i takstendringer, men belyser utfordringer med manglende takster for prehospitale samhandlingstjenester.
3. Andre utgifter er redusert grunnet pandemi og mindre reiseutgifter. Kun dekket en workshop som avslutning, ellers har alt foregått digitalt.
4. Utstysningsinvesteringer noe justert. Grunnet nylig godkjenning hodekamera i VV (etter ny prosess med sikkerhetsledelse), er det investert i 4 ekstra hodekamera til poliklinikker, for å komplettere og videreutvikle tjenesten internt til en helhetlig digital sårteneste i alle klinikker i VV, som har sårbehandling som ansvarsområde.
5. Prosjektkoordinator har fått i oppdrag å starte videreføringen av tjenesten til hele VV, slik at målet om en felles tjenestemodell for digitale sårtenester kan bli en realitet etter hvert.

---

<sup>28</sup> Regnskap ferdigstilles 14. mars