



**Prosjektrapport  
SamSår- spredning av  
digitale sårtjenester**

## Innhold

Prosjektrapport SamSår- spredning av digitale sårtjenester .....	1
1 Sammenheng.....	3
2 Bakgrunn .....	4
3 Prosjektets mål.....	5
3.1 Hovedmål .....	5
3.2 Delmål.....	5
4 Prosjektorganisering.....	6
Prosjektdeltagere .....	6
Prosjektorganisering .....	7
5 Gjennomføring.....	9
5.1 Prosjektgjennomføring .....	9
5.2 Hospitering og opplæring.....	10
5.3 Følgeforskning USN og VID .....	10
6 Delprosjekter – resultater fra implementeringen.....	13
6.1 Oppsummering av delprosjektene implementering.....	13
6.1.1 Variasjon i implementeringsgrad.....	14
6.2 Erfaringer fra delprosjektene: Engasjement og motivasjon.....	15
6.3 Erfaringer fra delprosjektene: Nye målgrupper og klinisk nytteverdi.....	15
6.4 Erfaringer med felles regionalt implementeringsprosjekt.....	15
6.5 Erfaringer med teknologien .....	16
6.6 Gevinster i delprosjektene.....	16
7 Felles resultater .....	18
7.1 Felles leveranser.....	18
7.1.1 Samhandlingsretningslinje .....	18
7.1.2 Juridisk dokument .....	19
7.1.3 Prioriterte kompetansepakker.....	19
7.1.4 Felles henvisningsmal.....	20
7.1.5 Felles brevmal .....	20
7.1.6 TIMES som verktøy.....	21
7.2 Barrierer og suksessfaktorer .....	21
7.3 Gevinstfordeling og økonomi .....	25
7.4 Diskusjon økonomi og implementering.....	27
7.5. Framtidens sårtilbud .....	27
8 Veien videre .....	29
9 Referanser.....	30
10 Vedlegg 1 Delprosjektrapport Østfold .....	31
11 Vedlegg 2 Delprosjektrapport Oslo – OUS sektor.....	38
12 Vedlegg 3 Delprosjekt Diakonhjemmet .....	44
13 Vedlegg 4 Delprosjekt Vestfold .....	50
14 Vedlegg 5 Delprosjekt Telemark .....	54
15 Vedlegg 6 Delprosjekt Ahus.....	64

## 1 Sammendrag

SamSår- prosjektet har hatt som mål å implementere en kunnskapsbasert og standardisert modell for digitale sårbehandling til seks nye helseforetak og aktuelle kommuner i Helse Sør-Øst. Prosjektet bygger på erfaringene fra «Felles tjenestemodell for digitale sårtiltjenester» som vant Forbedringsprisen 2024. Helsepersonell i kommuner og spesialisthelsetjenesten samarbeider om behandling hjemme hos pasienten gjennom felles videokonsultasjoner og kompetanseutveksling.

Prosjektet har bestått av ett hovedprosjekt og seks delprosjekt fordelt på helseforetakene Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold, aktuelle tilhørende kommuner, samt universitetsmiljø, brukerorganisasjoner og fagforeninger.

Det er gjennomført fysiske og digitale samlinger, prosjektmøter i hovedprosjekt og delprosjekter, opplæring, hospitering, testing av tekniske løsninger og utvikling av standardiserte verktøy, prosedyrer og kompetansemateriell.

De fleste delprosjektene er godt i gang med implementeringen og fortsetter aktiviteten lokalt ut 2026. Implementeringsgraden varierer og det anses at samhandlingsprosjekter som dette krever noe mer tid, god forankring og frikjøpt tid for å involvere klinikere. Mange rapporterer tydelige gevinster, som høy tilfredshet, bedre kvalitet, raskere sårtilheling, sparte reiser, unngåtte innleggelse og økt kompetanse i kommunene.

Prosjektet har utviklet felles kompetansemateriell: Revidert samhandlingsretningslinje, juridisk dokument med ansvarsavklaringer, strukturerte kompetansepakker på 3 nivåer, felles brevmal og bruk av TIMES som sårkartleggingsverktøy, samt arbeidet med en felles henvisningsmal.

Suksessfaktorer har vært: Faglig engasjement, god forankring, hospitering, dedikert prosjektledelse, finansiering og tett samarbeid. Barrierer identifisert: Skjev gevinstfordeling mellom kommuner og sykehus, manglende ressurser / frikjøpt tid og varierende prioriteringer i helsefelleskapene. Dette aktualiserer behovet for justerte insentiver og nye modeller for gevinstfordeling.

Alle delprosjektene videreføres i 2026 eller har søkt om midler til dette. Prosjektet har fått ny støtte fra InnoMed for å videreutvikle modellen. Det skal arbeides videre med økonomiske modeller, bredere implementering i regionen og på sikt nasjonal forankring.

## 2 Bakgrunn

Prosjekt «SamSår – spredning av digitale sårtjenester» skal spre digitale sårtjenester til seks nye helseforetak og aktuelle kommuner i Helse Sør-Øst.

Prosjektet bygger på erfaringene fra prosjekt «Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester 2022 – 2024». Prosjektet har utviklet en kunnskapsbasert modell for samhandling, kompetanseutveksling, implementering og kontinuerlig forbedring av digitale sårtjenester via felles videokonsultasjoner mellom kommuner og sykehus. Brukerorganisasjoner, forsknings- og universitetsmiljø har bidratt til utviklingen av modellen. Prosjektet vant den nasjonale Forbedringsprisen 2024.

I 2024 var modellen innført i fire helseforetak og 56 av 145 kommuner i Helse Sør-Øst. Resultatene viste høy brukertilfredshet, økt samhandling og kompetanseutveksling, redusert sårforekomst og tydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

Prosjektet har utviklet standardiserte verktøy og prosedyrer, teknologianbefalinger, anbefalinger om kommunikasjon, samvalg og brukermedvirkning, digitale kompetansepakker for helsepersonell, pasienter og pårørende, samt nasjonal veileder og tjenesteforløp innen digital sårbehandling.

Modellen har også innført monitorering av effekter og gevinster, for eksempel ved årlige målinger av sårforekomst, statistikkuthenting og bruk av felles gevinstmodell for kommuner og sykehus. Regionalt innsatsteam innen kvalitet og pasientsikkerhet har anbefalt regional spredning av modellen.

### **Vanskelig helende sår er en samfunnsutfordring:**

50 000 – 100 000 personer har til enhver tid vanskelig helende sår i Norge.

Andel pasienter med trykksår:

- Sykehjem 5 – 48 %
- Hjemmetjenesten 10 – 33 %
- Sykehus 7 – 15 %

250 000 personer har diabetes mellitus, type 1 og 2:

- 15 – 25 % av disse utvikler fotsår, som igjen medfører
- 400 – 500 amputasjoner pr år
- 50 personer dør pr år pga komplikasjoner etter amputasjon

Kostnader: 1 – 4 % av det totale helsebudsjettet går til sårbehandling

Stort kunnskapsbehov og lite undervisning om sår og sårbehandling i grunnutdanningen for helsepersonell

### 3 Prosjektets mål

Hovedmålet med prosjektet var å implementere sårtjenestemodellen i seks nye helseforetak og aktuelle kommuner i Helse Sør-Øst. Prosjektet skulle gjennomføre en standardisert innføring av modellen i tråd med anbefalingene i nasjonal veileder, herunder bruk av digitale og fysiske samlinger, lokale arbeidspakker og nettverksarbeid.

Flere av de nye foretakene hadde noe erfaring med digitale sårkonsultasjoner, og målet har vært å innlemme deres kunnskap og erfaringer inn i en videreutvikling av modellen. Målet på sikt er full implementering av digitale sårtjenester i hele Helse Sør-Øst.

#### 3.1 Hovedmål

1. Etablere et likeverdig, samhandlingsorientert tilbud til sårpasienter, uavhengig av geografisk lokalisasjon og digital kompetanse, og uten uønsket variasjon i kvalitet, kostnad eller tilgjengelighet av tilbud.
2. Unngå belastende reiser for pasienter med komplekse og sammensatte behov, sparte reisekostnader og miljø.
3. Økt kunnskap og kompetanseutveksling som gir kvalitet i sårbehandlingen.
4. Redusert forekomst av komplikasjoner og reduserte ventelister.
5. Redusert sårforekomst over tid.

#### 3.2 Delmål

- Implementering av sårtjenestemodellen i Helse Sør-Øst og aktuelle kommuner i tråd med anbefalingene i nasjonal veileder med monitorering av effekter, gevinster, brukertilfredshet, samt kvalitative og kvantitative gevinster.
- Forankring i helsefellesskap og regionale digitaliseringsnettverk.
- Gjennomføring av digitale felles videokonsultasjoner mellom sårpoliklinikker og aktuelt helsepersonell som en fast tjeneste til aktuelle kommuner.
- Gjennomføre seks digitale og to fysiske samlinger, lokale arbeidspakker, kompetansemateriell og nettverksarbeid for deling av erfaringer og kunnskap.
- Bruk av etablerte og utvikling av nye digitale kompetansepakker til felles kompetanseheving.
- Etablere regionalt nettverk for digitale sårtjenester.

## 4 Prosjektorganisering

### *Prosjektdeltagere*

#### Helseforetak:

- Akershus universitetssykehus
- Diakonhjemmet sykehus
- Oslo Universitetssykehus
- Sykehuset Telemark
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Østfold
- Fire opprinnelige helseforetak fra «Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester»:
  - Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Sørlandet sykehus og Sunnaas sykehus.

#### Kommuner og bydeler:

##### Fase 1:

##### Oslo kommune:

- OUS sektor: Bydel Bjerke, bydel Østensjø, Solfjellhøgda helsehus, Lilleborg helsehus
- Diakonhjemmet sektor: Ullern helsehus, Majorstuhjemmet, Bydel Vestre Aker, Bydel Frogner

Østfold: Aremark kommune, Fredrikstad kommune, Halden kommune, Sarpsborg kommune, Våler kommune, ankomstsenteret Råde

Vestfold: Horten kommune, Tønsberg kommune

Telemark: Porsgrunn kommune, Drangedal kommune

**Fase 2:** Se delprosjektenes plan for videre bredding i sine helsefelleskap

#### Brukerorganisasjoner:

- Diabetesforbundet
- Momentum: Foreningen for amputerte, dysmelister og ortosebrukere
- Landsforeningen for ryggmargsskadde

#### Fagforeninger:

- Norsk sykepleierforbund

#### Universitetsmiljø

- Universitetet i Sørøst- Norge

- VID vitenskapelige høgskole

**Andre:**

- Norsk helsennett

**Prosjektorganisering**

Prosjektet har vært organisert som ett hovedprosjekt og seks delprosjekter med hvert nye helseforetak og aktuelle kommuner.

**Hovedprosjekt:**

Styringsgruppe:

- Kirsten Sæther – samhandlingssjef Sunnaas sykehus (styringsgruppeleder)
- Magne Flatlandsmo – klinikkleder Diakonhjemmet
- Elisabeth Dreier Sørvik – prosjektleder OUS hjemme, Oslo universitetssykehus
- Irene Ponton – institusjonssjef Oslo kommune, sykehjemsetaten
- Torhild Fredheim – klinikkssjef kirurgisk klinikk, Sykehuset Telemark
- Ingunn Holtar Rønning – avd.leder kirurgisk klinikk/pol, Sykehuset Telemark
- Erik Mulder Pettersen – karkirurg/medisinsk faglig rådgiver Sørlandet sykehus
- Asbjørn Sorteberg – klinikkdirektør kirurgi, Sykehuset Østfold
- Øyvind Antonsen – ass. direktør medisin og helsefagdivisjonen Ahus
- (I starten også en representant fra Lillestrøm kommune – se delprosjekt)

Prosjektleder: Hilde Sørli – Sunnaas sykehus

Assisterende prosjektleder: Marit Dammen - Sykehuset Innlandet

Prosjektkoordinator: Anne May Moldestad Solås – Sørlandet sykehus

Prosjektgruppe/ Marte Folkestad – Diakonhjemmet

delprosjektledere: Karin Sygna – Oslo universitetssykehus

Mona Kirkerød Wold – Sykehuset Østfold

Renate Solstad/ Camilla Andersson – Sykehuset Vestfold

Janicke Stordalen / Elisabeth Sirnes – Sykehuset Telemark

Henriette Selby Ebbestad – Ahus

Referansegruppe: Samhandlingsnettverket i Helse Sør-Øst

**Delprosjekt:**

Organisering av de enkelte delprosjekt - se egen beskrivelse/vedlegg

## 5 Gjennomføring

### 5.1 Prosjektgjennomføring

- Prosjektet har gjennomført to fysiske samlinger som oppsatt i prosjektplanen. Samlingene ble gjennomført 6.mai og 24.november 2025. Vi god bistand fra Norsk helsenett og Universitetet i Sørøst- Norge til lån av lokaler og praktisk bistand.
- Det er gjennomført fire større digitale samlinger, samt delprosjektledermøter ca hver 14.dag.
- I tillegg har det blitt gjennomført ca fem digitale møter i arbeidsgrupper, spesielt knyttet til videreutvikling av felles kompetansemateriell-

SamSår-prosjektet bygger på en tidligere utviklet modell. Denne modellen er blitt gjennomgått på digitale og fysiske samlinger. Materiell som veiledere, rapporter, tjenesteforløp og enkelt utstyr som stativløsninger har blitt distribuert til alle delprosjekt.

Delprosjektene fikk en mal for milepæler i prosjektet som ble tilpasset lokalt. Eksempel på en slik milepælsplan:

	Aktivitet	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
M1	Forankring i helsefellesskapet												
M2	Lokal prosjektplan												
M3	Anskaffe utstyr og tilpasse til lokal IKT												
M4	Etablere låst møterom NHN og teste oppkobling												
M5	Utarbeide rutiner for sårkonsultasjon												
M6	Utarbeide for dialogmeldinger												
M7	Test av rutine med scenario uten pasient												
M7	Tilpasse og justere rutine etter scenario												
M8	Etablert kompetansepakker og opplæringsplan												
M9	Etablert gevinstoppfølgingsplan												
M10	Etablere prosjektside på Kompetansebroen												
M11	Opplæring av ansatte												
M12	Test av tjenestemodell med pasient												
M13	Oppstart videokonsultasjon med pasienter												

Innhold i fysiske samlinger har blant annet vært:

- Presentasjon av modellens innhold og erfaringer fra praksis og etiske hensyn
- Presentasjon av kunnskapsgrunnlag og forskning
- Praktisk utprøving av teknisk utstyr og digitale løsninger

- Workshop med innspill knyttet til tjenesteforløp: Brukerorganisasjoners innspill, utfordringer og muligheter, forslag til kompetansetiltak, forslag til bedre samhandling inkludert fastleger.
- Kommunal verktøykasse for sårbehandlere
- Paneldebatter: Hvordan lykkes med samhandling og implementering, gode eksempler, hvordan tilrettelegge for kompetansetilbud, organisering av sårtilbud i regionen, tekniske løsninger.
- Gjennomgang av delprosjekter
- Gevinstarbeid, inkludert samarbeid med Folkehelseinstituttet
- Praktiske sårworkshops: Kompresjonsbehandling, bruk av TIMES og lommekort
- Fokusgruppeintervjuer med forskere (for enkelte inviterte)
- Innspill til fremtidens sårtilbud

## **5.2 Hospitering og opplæring**

De fleste delprosjektene har gjennomført hospitering og opplæringstiltak sammen med kommunene. Dette har vært et sentralt element for at ansatte i kommuner og sykehus blir bedre kjent, senker terskelen for kontakt og bygger ned eventuelle barrierer. Hospitering har ofte vært tilbudt inne på sårpoliklinikkene, og flere delprosjekt har også reist ut til kommuner/bydeler og gjennomført undervisning eller andre kompetansetiltak. Det har også vært nyttig for ansatte å hospitere mellom ulike sårpoliklinikker for å lære mer om arbeidet knyttet til digital sårbehandling og samhandlingsrutiner.

## **5.3 Følgeforskning USN og VID**

Prosjektet har hatt et tilknyttet forskningsprosjekt fra Universitetet i Sørøst-Norge (USN), ledet av postdoktor Lena Leren og arbeidspakkeleder Vibeke Sundling, som begge er tilknyttet arbeidspakken Oppgaveglidning i CoTech. (<https://www.usn.no/cotech>). De har fulgt SamSår-prosjektet siden oppstart og deltatt på prosjektets samlinger. Høsten 2025 gjennomførte de datainnsamling i form av fokusgruppeintervjuer med helsepersonell under en av samlingene.

Forskningsprosjektet undersøker oppgaveglidning og hvordan digitale løsninger påvirker ansvars- og oppgavedeling i helsetjenesten. Det belyser også hvordan ulike aktører opplever muligheter og barrierer knyttet til digital samhandling. Kunnskapen som utvikles vil kunne informere videre skalering, samt bidra til trygg og hensiktsmessig oppgavedeling eller oppgaveglidning i andre sammenhenger. Målet er å forstå hvordan teknologiske, organisatoriske og kulturelle faktorer påvirker oppgaveutvikling på tvers av tjenester.

De første forskningsresultatene forventes å være klare i løpet av 2026,

Prosjektet har også hatt følgeforskning fra VID vitenskapelige høyskole, ved førsteamanuensis og legespesialist Ingebjørg Irgens. Hun har bistått med gjennomføring av årlige prevalensundersøkelser.

## Prevalensundersøkelse

Det er gjennomført to prevalensmålinger i prosjektperioden: Januar 2025 og januar 2026.

En prevalensundersøkelse er en tverrsnittsmåling hvor man på ett gitt tidspunkt registrerer hvor mange pasienter som har sår og hvilken diagnose såret har. I fire påfølgende år har prosjektene (Felles tjenestemodell for digitale sårtenester, SamSår) utført prevalensundersøkelser. Undersøkelsen er utført ved sykehjem og i hjemmesykepleien i samarbeidskommunene i prosjektene. Målingen gir et øyeblikksbilde av sårforekomsten, og gjør det mulig å følge utviklingen over tid, og sammenligne resultatene fra år til år. Prevalensundersøkelsen kan også bidra til å vurdere effekten av tiltak og kompetanseheving for eksempel før og etter innføring av digital sårbehandling.

Da prosjektet startet, var hypotesen at det ville ta minst fem år før en ville se en reell reduksjon i sårforekomsten. Dette stemmer med målingene så langt. Det er imidlertid viktig å merke seg at når det gjelder utvalgte sårtyper, f.eks trykksår, kan det synes som om disse nå registreres på et langt tidligere tidspunkt, sammenlignet med de første årene. Dette kan skyldes økt kunnskap og kompetanse hos de som undersøker pasientens hud. Det å gjøre tidlig registrering av denne type sår, for dermed å kunne forebygge forverring, er en prosjektgevinst i så måte.

Prevalensundersøkelsene har hvert år vært gjennomført 16. januar. Frem til 2026 ble registreringen gjennomført ved hjelp av analoge skjema, mens målingen i 2026 ble gjennomført med nettskjema. Dette er en stor forbedring og forenkling ift å få landet en fremtidig nasjonal prevalensregistrering.

Det er vanskelig å gjøre en sammenligning mellom de første resultatene og nåværende resultater. De innledende resultatene bar preg av at antall kommuner som deltok, var lavt, mens det i de senere år er tilkommet flere kommuner, parallelt med at omfanget av deltagende helseforetak og tilhørende kommuner har økt. Varigheten og dermed kunnskapsoverføringen for den enkelte kommune varierer derfor fra 4 år for de tidligst inkluderte, til bare noen måneders deltagelse for de sist inkluderte. Den totale svarresponsen har også variert en del de ulike årene. Dette er også med på å kunne begrense sammenligningsgrunnlaget. Det er bare et fåtall av kommunene som har deltatt alle årene.

De overordnede målingene gir følgelig et trendbilde av utviklingen, men med de begrensningene som ligger i nye kommuner, ulike soner mv. innebærer.

## Prevalensdata 2023-2026:

ÅR	Sykehjem*	Prevalens	Hjemmetjenesten	Prevalens
2023	21.3%		6.5%	
2024	20.2%	p= 0.506	10.4%	p< 0.001
2025	29.7%	p< 0.001	10.1%	p= 0.746
2026	29.1%	p= 0.771	10.6%	p= 0.524

Sykehjem = alle kommunale institusjoner, som rene sykehjem, omsorgsboliger, KAD, rehabiliteringsavdelinger etc.  
p<... betyr en signifikant (reell) forverring sammenlignet med året før

### Innsiktsarbeid rundt ventelister og komplikasjoner

Prosjektet har gjennomført et innledende innsiktsarbeid knyttet til ventelister og komplikasjoner. Data fra ventelister ble gjennomgått, men det viste seg vanskeligere enn forventet å hente ut realistiske og sammenlignbare data på sårområdet. Dette skyldes blant annet ulik organisering mellom sykehus, varierende bruk av sår diagnoser og usikkerhet rundt relevansen av tilgjengelige data. Innenfor prosjektets begrensede rammer var det derfor betydelig usikkerhet om analysene ville få tilstrekkelig kvalitet, og arbeidet ble ikke videreført.

En tilsvarende vurdering ble gjort for innsiktsarbeidet om komplikasjoner. På grunn av mange ulike typer sår og sår diagnoser, samt betydelig usikkerhet i eksisterende statistikker, ble det konkludert med at problemstillingen ikke kan avklares på en pålitelig måte med dagens kunnskapsgrunnlag. For å etablere mer robust og valid kunnskap bør det gjennomføres prospektive undersøkelser som del av en forskningsstudie. Slike studier lå imidlertid utenfor arbeidsgruppens mandat og ressurser.

### Informasjon og nyhetssaker

SamSår- prosjektet har jobbet med å informasjon og nyhetssaker for å gjøre arbeidet bedre kjent. Prosjektet har blant annet opprettet egen nettside: <https://www.helse-sorost.no/samsar>

Prosjektet har også hatt nyhetsoppslag på Helse Sør-Øst sine nettsider og i flere helseforetak sine sosiale medier rundt samlingen i mai: [Stort engasjement for digitale sårtjenester i Helse Sør-Øst - Sunnaas sykehus HF](#)

Et flott tv-innslag om prosjektet kom på NRK Vestfold og Telemark i desember: <https://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-fra-vestfold-og-telemark/sesong/202512/episode/DKVT98120925>

I tillegg har det vært enkelte oppslag i lokale medier og sosiale medier underveis i prosjektet. Feks [Her får Bernt sårbehandling heime i si eiga stove – NRK Vestfold og Telemark – Lokale nyheter, TV og radio](#)

## 6 Delprosjekter – resultater fra implementeringen

SamSår-prosjektet har bestått av seks delprosjekter, ett delprosjekt knyttet til hvert helseforetak og deres aktuelle kommuner. Hvert delprosjekt har skrevet en egen sluttrapport som ligger som vedlegg sist i denne rapporten. For mer nøyaktige resultater henvises til disse delprosjektrapportene. Her oppsummeres noen fellestrekk.

### 6.1 Oppsummering av delprosjektenes implementering

- Alle helseforetak med unntak av Akershus Universitetssykehus (Ahus) er godt i gang med implementeringen av modellen. Se vedlegg for beskrivelse av de enkelte delprosjektene.
  - Fase 1 – implementering i utvalgte kommuner (14 stk)
  - Fase 2 – implementering i resterende kommuner
- Alle helseforetakene har forankret arbeidet i sine helsefelleskap. Det er noen forskjeller rundt på hvilket nivå det er forankret på, og om det er gjort formelt vedtak eller ikke.
- Varierende grad av implementering ses mellom de ulike delprosjektene. Dette ser hovedsakelig ut til å skyldes ulik tolkning av gevinstprofil mellom kommuner og sykehus, økonomiske ressurser og grad av frikjøp. Se eget avsnitt som diskuterer dette nærmere.
- Prosjektavslutning i hovedprosjektet var 3.2.2026.
- Alle delprosjekt viderefører prosjekt lokalt i 2026, med varierende midler og/eller søknad om nye midler.
- Ahus har fått tildelt midler til prosjektet «Helhetlig digital såroppfølging» som bygger på SamSår-prosjektet. Dermed har alle helseforetak og aktuelle kommuner konkrete planer for implementering videre.

**Tabell**

Helseforetak	Antall kommuner Fase 1	Antall kommuner Fase 2 planlagt bredning	Antall gjenstående kommuner / bydeler etter fase 2	Antall poliklinikker	Antall gjenstående poliklinikker	Antall videokonsultasjoner 2025
Oslo – OUS sektor	2 bydeler 2 helsehus	1 bydel 1 legesenter	3 av 5 (6)	3	3	54 (30 + 20)
Oslo – Diakonhjemmet sektor	1 bydel 1 sykehjem 1 helsehus	1 bydeler	1	1	2	54
Telemark	2 kommuner	15 kommuner	0	1	2	18
Vestfold	2 kommuner	Øvrige soner	4	2	2	1
Østfold	5 kommuner + ankomst-senter		7	2	1	78 (75 +3)
Ahus	-	-	-	1	2	-

**Antall videokonsultasjoner 2025 ved fire opprinnelige helseforetak**

- Vestre Viken: 809
- Sørlandet sykehus: 289
- Sykehuset Innlandet: 71
- Sunnaas sykehus: 262

**6.1.1 Variasjon i implementeringsgrad**

Resultatene viser at mange er godt i gang, men samtidig er det stor variasjon i breddingen og omfanget av tilbudet. Implementering tar tid generelt og i samhandlingsprosjekter spesielt. Tidligere prosjekt "Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester" var et to-årig prosjekt, og vi ser det samme behovet her for mer tid enn ett år. Forankring og nye samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner krever systematisk samarbeid og avsatt tid i starten. Det skal

også bygges tillit når man skal jobbe så tett sammen rundt pasientene, dele kompetanse og veilede.

Alle delprosjektene har derfor utvidet perioden for implementering med ca ett år. De fleste har søkt eksterne midler for videreføringen, spesielt samhandlings- og rekrutteringsmidler. Det er stor variasjon i hvilken grad de ulike helsefelleskapene har prioritert søknader som digital sårbehandling, og hvilke summer som er gitt. Selv om hovedprosjektet formelt er avsluttet, har alle delprosjektene blitt enige om å fortsette samarbeidet i en nettverksmodell for fortsatt å dele erfaringer og skape videre framdrift sammen.

## **6.2 Erfaringer fra delprosjektene: Engasjement og motivasjon**

Delprosjektene beskriver et stort faglig engasjement og begeistring blant fagfolk, spesielt på grunn av kompetanseutvekslingen. De beskriver at "pakken" av tiltak er vesentlig for engasjementet: Hospitering, opplæring lokalt, kompetanseutvekslingen i videokonsultasjonene, digitale kompetansepakker på nett, felles møteplasser mellom kommuner og sykehus. Ikke minst beskrives det store nytteverdier for pasientene som skaper motivasjon.

Pasienter og helsepersonell beskrives som godt fornøyd med tilbudet.

Pasientsitat: *«Jeg er ikke i tvil om verdien av ordningen. Jeg håper dette blir permanent. Dette er framtida ... Det er veldig god dialog mellom hjemmesykepleien, sykehuset og meg. Jeg følger meg tryggere»*

## **6.3 Erfaringer fra delprosjektene: Nye målgrupper og klinisk nytteverdi**

Delprosjektene beskriver at alle parter har stor nytteverdi av felles videokonsultasjoner.

Noen delprosjekter beskriver at de når ut til målgrupper som tidligere ikke har kommet til polikliniske konsultasjoner, og at sårtilhelingen går raskere.

*Pasient har tidligere «takket nei» til polikliniske konsultasjoner, men ønsket å være med på digital konsultasjon. Det resulterte i at såret, som pasienten hadde hatt i 1 år, grodde i løpet av 6-7 uker og hjemmesykepleien kunne avslutte sårstell x 3 per. uke.*

*Pasient som hadde hatt sår i over 2 år fikk oppfølging rundt sår og kompresjonsbehandling og etter noen uker grodde såret.*

## **6.4 Erfaringer med felles regionalt implementeringsprosjekt**

Prosjektgruppen beskriver store fordeler og synergieffekter ved regionalt implementeringsprosjekt, ved at man fortløpende deler erfaringer, får råd og veiledning underveis. Sammen har man også videreutviklet modellen på områder der man har sett behov for nye tiltak.

## 6.5 Erfaringer med teknologien

Prosjektet har benyttet videoløsning fra Norsk helsenett. På sykehus er det i all hovedsak benyttet Cisco desk, mens kommunene har hovedsakelig bruk mobiler og nettbrett med stativløsninger. Erfaringene har vist at bildekvaliteten stort sett er god. Etter en oppdatering fra Norsk helsenett har løsningen også blitt mer brukervennlig, og man slipper speilvendt bilde ved bruk av nettbrett. Stativløsningene gjør at helsepersonell får hendene fri og bildet blir også bedre og står mer i ro for den som skal følge med på sykehuset. Noen har opplevd litt utfordringer med å bruke stativløsningene ved bruk av iPad ved at den kan komme ut av stilling, men opplever det likevel som svært nyttig å få hendene fri.

### Behov for flere tekniske løsninger

Muligheten til å sende bilder av sår mellom ulike nivåer i helsetjenesten er et stort og et tydelig behov. I dag kan enkelte kommuner sende bilder fra sykehjem eller hjemmesykepleie til fastlege, men det finnes fortsatt ikke en helhetlig løsning for oversending av bilder til spesialisthelsetjenesten. Noen fastleger kan sende sårbilder som del av en henvisning, men praksisen varierer og det er uklarheter knyttet til hvem som kan sende bilder, og hvilke systemer som støtter dette.

Et bilde av såret gir svært viktig tilleggsinformasjon både ved henvisning og ved forespørsler om råd og veiledning. Sårbilder kan bidra til mer presise vurderinger av sårtype, alvorlighetsgrad og hastetid, hvilke bandasjemateriell det er behov for, og de kan styrke kvaliteten på samhandlingen mellom tjenestenivåene.

## 6.6 Gevinster i delprosjektene

Delprosjektene rapporterer gevinster blant annet innen:

- Høy brukertilfredshet pasient og helsepersonell
- Unngåtte belastende reiser og bruk av tid for pasienter med komplekse behov
- Økt innsikt i pasientens helhetsbilde
- Faglig utbytte
- Kvalitet i sårbehandling
  - Raskere helsehjelp ved forverring
  - Raskere sårtilheling
  - Når ut til pasientgrupper som har vansker med å komme til sykehus
  - Felles informasjon og konsekvent behandling, reduserer risiko for feil
  - Økt samvalg – pasienten aktiv deltager
- Avverget sykehusinnleggelser og ambulansetransport

Utfordringer har vært der pasienten flyttes innad i kommune, f.eks fra helsehus til hjemmetjeneste. Ikke alltid videokonsultasjon videreformidles og man mister kontinuitet. Varierende sårutstyr i kommunene og det å finne felles tidspunkt kan også være utfordringer.

## 7 Felles resultater

### 7.1 Felles leveranser

#### 7.1.1 Samhandlingsretningslinje

«Overordnet retningslinje for digital sårbehandling» er revidert og gjort felles for både sykehus og kommuner, og har nå navnet «Samhandlings retningslinje for digital sårbehandling».

Målet har vært å lage en praktisk retningslinje som sikrer lik praksis og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i den digitale sårtjenesten.

#### Hovedpunkter i revisjonsarbeidet

Revisjonen har blant annet omfattet:

- Tilpasning av innhold og struktur slik at den omfatter både primær og spesialisthelsetjenesten
- felles anbefalinger som gir mer lik praksis på tvers
- klare beskrivelser av roller og ansvar i digital sårbehandling
- rutiner for samhandling og dokumentasjon, inkludert informasjonsflyt mellom tjenestene

#### Juridisk forankring

Retningslinjen er også koblet til et juridisk dokument som avklarer ansvarsforholdene i digital sårbehandling. Dette dokumentet beskriver ansvarsforhold, krav til forsvarlighet og plikter som gjelder når helsehjelp ytes gjennom digital sårtjeneste.

Dokumentet vil også kunne fungere som en praktisk støtte for helsepersonell. Det bidrar til trygghet i arbeidet, gir forankring for arbeidsmåten og gjør det enklere for ansatte å ta riktige beslutninger innenfor lovverket.

Den reviderte retningslinjen gir et tydeligere og tryggere rammeverk for:

- mer forutsigbar og trygg pasientbehandling
- tydelig ansvars plassering i digital sårbehandling
- bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- høyere kvalitet og mer lik praksis
- bedre støtte og avklaringer for helsepersonell i det daglige arbeidet

### 7.1.2 Juridisk dokument

#### **Problemstillinger i digital samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten**

Prosjektet har avdekket flere sentrale utfordringer i digital sårbehandling, knyttet til bla. ansvarsfordeling, kompetanse og tekniske forhold i den digitale samhandlingen mellom sykehus og kommuner.

Gjennom møter med jurister fra Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet er det utarbeidet et dokument som kan støtte utøvende helsepersonell.

Dokumentet omhandler overordnede juridiske og faglige rammer for digital samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det beskriver sentrale ansvarsforhold, krav til forsvarlighet og plikter som gjelder når helsehjelp ytes gjennom digitale løsninger, som videokonsultasjoner.

Videre sier dokumentet noe om hvordan ansvar fordeles mellom tjenestenivåene ved digital sårbehandling, krav som stilles til kompetanse, teknisk kvalitet og dokumentasjon, og hvordan helsehjelp skal håndteres når det oppstår avvik, tekniske utfordringer eller hvis man må gjøre en ny vurdering av pasient. Dokumentet gjennomgår også rammene for veiledning, både pasientspesifikk og generell, og hvilke plikter som gjelder for helsepersonell når prosedyrer utføres lokalt under digital veiledning.

Formålet er å bidra til trygg og forsvarlig digital sårbehandling ved å tydeliggjøre roller, ansvar og beslutningsgrunnlag i samhandlingen mellom sykehus og kommune.

### 7.1.3 Prioriterte kompetansepakker

Kompetansegruppen har bestått av deltagere fra kommuner og spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Målet har vært å utvikle anbefalte kompetansepakker innen sår og sårbehandling. Arbeidet har tatt utgangspunkt i hvordan Sykehuset i Vestfold (SiV) har strukturert sine opplæringspakker, og fagstoffet er hentet fra prosjekt «*Felles tjenestemodell for digitale sårtenester*». Pakkene inneholder blant annet 13 faglige forelesninger om ulike sårdiagnoser og behandlingsmetoder, og filmer utviklet for digital sårbehandling. I tillegg er det lagt til relevant fagstoff, som undervisningsmaterieell fra Sykehuset i Vestfold om vakuumbehandling, debridering av sår fra Helse Bergen, og filtavlastning fra Sørlandet sykehus. Det er også gjennomført kvalitetssikring og dialog med produsenter av fagmateriale med mål om forbedret lyd og presentasjonskvalitet.

Opplæringspakkene er delt inn i tre nivåer (pakke 1–3) og er satt sammen for å styrke kompetansen i sårbehandling, inkludert digital sårbehandling. Pakkene er profesjonsuavhengige og kan tilpasses lokale og individuelle behov. For ansatte som er nye innen sårbehandling anbefales det å starte med pakke 1, som gir en grunnleggende innføring med blant annet e-læringskurs om strukturert sårvurdering (TIMES), tiltakspakken for trykksår, venøse sår, hudrifter og praktisk kompresjonsbehandling, den har total varighet på 4 timer. Pakke 2 og 3 bygger videre på dette og har en samlet varighet på henholdsvis 2,5 og 1,5 timer. Pakkene kan gjennomføres uavhengig av hverandre.

Pakkene egner seg for alle som arbeider med sårbehandling og bidrar til kompetanseheving på tvers av tjenester. Det oppfordres i tillegg til gjensidig hospitering mellom kommuner, fastlegekontor og sårpoliklinikker. Sykehusene har et veiledningsansvar og et sentralt ansvar for å understøtte god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten.

#### 7.1.4 Felles henvisningsmal

En felles henvisningsmal for pasienter med sår vil kunne gi bedre informasjon fra henviser til behandler av henvisningen. Dette legger til rette for både raskere og mer riktig prioritering, og sikrer at pasienter med ulike typer sår henvises til riktig behandlingsnivå og behandlingssted.

Ved Sykehuset Telemark (STHF) er det nylig utarbeidet og tatt i bruk en ny henvisnings mal for sår. I prosjekt SamSår er det planlagt å videreutvikle denne malen gjennom innspill fra samhandlingsleger i HSØ og tilpasninger som kan bidra til en felles regional henvisningsmodell. Innspillene som til nå er kommet inn er delte, og det stilles spørsmål om behovet for eller hensiktsmessigheten av en ny standardisert mal.

Prosjektgruppen har vedtatt å avvente på flere innspill fra samhandlingsleger, og tilbakemeldinger og erfaringer fra STHF fra den nye malen, før arbeidet med en felles henvisningsmal videreføres.

#### 7.1.5 Felles brevmal

Brevmalen for pasienter som skal motta digital sårbehandling har tidligere ikke vært tilpasset samhandlingen som skjer mellom pasient, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I den opprinnelige innkallingen ble pasienten kalt inn til en videotime med informasjon om pålogging, tekniske krav, lys- og romforhold samt lenke til oppkobling. Brevet var primært rettet mot kommunikasjon mellom behandler og pasient, og gjenspeilet ikke at digital sårtjeneste i stor grad er en samhandlingsmodell hvor kommunehelsetjenesten, ofte hjemmesykepleien eller sykehjem har en sentral rolle i den tekniske gjennomføringen.

For endel sårpasienter, særlig eldre med både fysiske og kognitive utfordringer har dette skapt usikkerhet. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende viser at det ofte er uklart hvem som skal ivareta teknisk pålogging og bruk av utstyr.

Det har derfor vært et tydelig behov for å inkludere lokale fraser og riktig informasjon om samhandlingen i selve innkallingen, spesielt at det er kommunehelsetjenesten for eksempel hjemmesykepleien som kommer hjem til pasienten, har det tekniske utstyret og håndterer pålogging og teknikk på vegne av pasienten. Samme problemstilling har også tidligere vært løftet frem av Sykehuset Innlandet i 2024.

Prosjektgruppen i SamSår tok initiativ til møter med faggruppen for regionale pasientbrev i Helse Sør-Øst for å tydeliggjøre behovet for en oppdatert og samhandlingsorientert innkallingsmal for pasienter som skal ha digital sårbehandling. 08.10.25. ble det besluttet ny brevmal «Videotime med hjemmetjenesten» i faggruppen for regionale pasientbrev. Det nye innkallingsbrevet til pasientene benyttes i tilfeller hvor hjemmetjenesten innkalles til felles konsultasjon/opplæring/veiledning i samarbeid med sykehuset, pasient og evt. andre. Dialogmelding (Dialog-forespørsel) må sendes til hjemmetjenesten elektronisk samtidig som brev til pasient sendes ut

Prosjektgruppen ser behov for å fortsette arbeidet med videre utvikling og forbedring av innkallingsbrevet.

### 7.1.6 TIMES som verktøy

#### **TIMES-lommekort, utvikling og samarbeid**

TIMES er forkortelse for Tissue, Infection, Moisture, Edges and Surrounding skin, og er et internasjonalt, strukturert verktøy for sårbehandling.

I 2025 ble det utviklet et nytt TIMES-lommekort for sårbehandling av sykepleierstudenter i ledelsespraksis ved Nord universitet, i tett samarbeid med ansatte i kommunehelsetjenesten. Arbeidet var en del av prosjektet InnLed, som har som mål å fremme nytenkning, fagutvikling og konkrete løsninger i praksisfeltet. TIMES-modellen er et sentralt verktøy for sårbehandling og brukes i økende grad i hele helsetjenesten. Modellen støtter helsepersonell i å vurdere sår på en strukturert måte, forstå funn og velge riktige tiltak. Lommekortet er utviklet som et praktisk hjelpemiddel for å gjøre metoden lett tilgjengelig i klinisk arbeid.

Etter et ønske om å bidra til å videreutvikle lommekortet ble utviklerne invitert til et møte med hovedprosjektet, i etterkant ble kortet gjennomgått og evaluert i kompetansegruppen og konkrete forbedringsforslag ble oversendt til utviklerne. Etter innspillene er lommekortet nå revidert og er tilgjengelig for bestilling via egen e-postadresse.

TIMES-lommekortet er et viktig bidrag til arbeidet med å styrke kvaliteten i sårbehandling. Det gir helsepersonell et lett tilgjengelig og faglig forankret verktøy som støtter både vurdering, dokumentasjon og planlegging av sårbehandling i praksis.

Lommekort kan bestilles på e-post: [times.lommekort@naroyasund.kommune.no](mailto:times.lommekort@naroyasund.kommune.no)

## **7.2 Barrierer og suksessfaktorer**

Prosjektet har fått mange interessante erfaringer rundt hva som kan hemme og fremme implementeringen av modellen.

Breeding av digitale sårtjenester viser et tydelig mønster: Tiltakene lykkes der det er god balanse mellom faglig engasjement, tydelig ledelse og tilstrekkelige ressurser, mens mangler innen disse områdene skaper de største barrierene.

De viktigste suksessfaktorene er knyttet til sterkt faglig eierskap og samarbeid mellom kommuner og sykehus, ofte drevet av engasjerte fagpersoner og støttet av felles faglige rammeverk og opplæring. Dette må kombineres med tydelig forankring i ledelsen og i helsefellesskapene, samt en strukturert organisering med dedikert prosjektledelse og avsatt tid. Erfaringene viser at prosjekter med reelle frikjøpte ressurser (20–80 % stilling) og tilgang på finansiering, som samhandlingsmidler, har vesentlig bedre fremdrift og gjennomføringsevne.

De mest fremtredende barrierene er økonomi og skjev gevinstfordeling mellom kommuner og sykehus, som gjør det krevende for kommunene å prioritere deltakelse. I tillegg er mangel på tid og personell, samt vansker med reelt frikjøp av nøkkelressurser, en gjennomgående utfordring. Manglende eller sen ledelsesforankring, særlig i helsefellesskapene, bidrar til lav prioritering og redusert fremdrift. Organisatoriske forhold som omorganiseringer, høy turnover og fragmenterte tjenester forsterker dette.

Samlet peker erfaringene på at videre breeding forutsetter:

- tydelig ledelsesforankring og prioritering
- bærekraftig finansiering og bedre balanse i gevinstfordeling
- dedikerte ressurser og profesjonell prosjektledelse
- strukturert samarbeid gjennom helsefellesskap

Prosjektet har kartlagt hva delprosjektene opplever som barrierer og suksessfaktorer. Her er et sammendrag:

Suksessfaktorer	Barrierer
<p><b>1.Faglighet og klinisk eierskap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterkt engasjement fra fagpersoner (“ildsjeler”) i både kommuner og sykehus</li> <li>• Felles faglig rammeverk (f.eks. TIMES, retningslinjer)</li> <li>• Systematisk opplæring og kompetansebygging</li> <li>• Trygghet på teknologi og arbeidsform</li> <li>• Fokus på pasientens behov og felles mål</li> </ul>	<p><b>1.Økonomi og gevinstprofil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stram kommuneøkonomi og harde prioriteringer</li> <li>• Skjev fordeling av kostnader og gevinster mellom nivåene</li> <li>• Manglende kompensasjon til kommunene</li> </ul> <p>Dette er en av de mest gjennomgående og kritiske barrierene.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig motivasjon fremstår som en av de viktigste driverne for fremdrift.</li> </ul> <p><b>2.Samarbeid og helsefelleskap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tett samarbeid mellom kommuner og sykehus som likeverdige partnere</li> <li>• Etablerte relasjoner og kontaktpunkter</li> <li>• Bruk av helsefelleskap og strategiske samarbeidsfora</li> <li>• Felles utvikling av tjenesteforløp</li> <li>• Der samarbeidet er konkret og operativt, lykkes implementeringen bedre.</li> </ul> <p><b>Forankring og ledelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• God forankring i lederlinjer både i kommune og sykehus</li> <li>• Tidlig involvering av beslutningsnivå</li> <li>• Handlekraftig ledelse som prioriterer tiltaket</li> <li>• Forankring i helsefelleskap og styringsstrukturer</li> <li>• Manglende eller sen forankring er en gjennomgående årsak til stagnasjon.</li> </ul> <p><b>4.Ressurser, tid og prosjektledelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dedikerte frikjøpte prosjektressurser</li> <li>• Reelt frikjøp av personell (ikke bare på papiret)</li> <li>• Tilstrekkelig tid til implementering og opplæring</li> <li>• Strukturert prosjektorganisering</li> <li>• Prosjekter med tydelig prosjektledelse og avsatt tid har klart best fremdrift.</li> </ul> <p><b>5.Økonomi og insentiver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgang på samhandlingsmidler eller andre finansieringskilder</li> <li>• Økonomisk støtte til utstyr i kommunene</li> <li>• Insentiver som stimulerer deltakelse</li> <li>• Finansiering fungerer ofte som en muliggjørere for oppstart og breeding.</li> </ul> <p><b>6.Organisering og struktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk organisering av tjenesten</li> </ul>	<p><b>2. Manglende ressurser og tid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite avsatt tid til fagpersoner</li> <li>• Prosjektressurser blir trukket tilbake til klinisk drift</li> <li>• Vansker med reelt frikjøp</li> <li>• Generell ressursmangel i kommuner og sykehus</li> </ul> <p><b>3. Forankring og prioritering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende eller utilstrekkelig ledelsesforankring</li> <li>• Sen forankring i helsefelleskap</li> <li>• Lav prioritering sammenlignet med andre initiativer</li> </ul> <p><b>4. Organisatoriske utfordringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omorganiseringer i kommuner og sykehus</li> <li>• Høy turnover (f.eks. fagsykepleiere som slutter)</li> <li>• Fragmentert organisering av sårbehandling (flere poliklinikker, ikke alle poliklinikker deltar)</li> <li>• Ulikheter mellom kommuner</li> </ul> <p>Organisatorisk ustabilitet skaper sårbarhet i implementeringen.</p> <p><b>5. Samhandling og koordinering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uenighet om modell og omfang (f.eks. hvilke poliklinikker som inkluderes)</li> <li>• Varierende grad av samarbeid</li> <li>• Manglende felles forståelse av tjenesten</li> </ul> <p><b>6. Praktisk gjennomføring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vansker med å identifisere riktige pasienter i starten</li> <li>• Økning i henvisninger som skaper kapasitetsutfordringer</li> <li>• Behov for mer opplæring og støtte lokalt</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



### 7.3 Gevinstfordeling og økonomi

Digitale sårtilhelingstjenester har vist store gevinster på en rekke områder både i dette og tidligere prosjekter: Høy brukertilfredshet blant pasienter og ansatte, kompetanseveksling og samhandling, økt kapasitet på poliklinikkene og tydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

Se veileder for digital sårbehandling for mer informasjon og oversikt over gevinster.

<https://innomed.no/sites/default/files/2024-07/Veileder%20for%20digital%20sa%CC%8Arbehandling.pdf>

Gevinstene er både kvalitative og kvantitative, kortsiktige og langsiktige, og noen gevinster retter seg mot pasienten, mens andre realiseres i et samhandlingsperspektiv.

SamSår-prosjektet har skapt stort faglig engasjement og begeistring blant ansatte både i kommuner og sykehus, og ikke minst blant pasientene.

Det har likevel vært utfordringer rundt hvordan gevinstene fordeles mellom kommuner og sykehus. I et kortsiktig perspektiv kan de økonomiske gevinstene slå ulikt ut på sykehus og i kommuner.

Beregninger fra Kristiansand kommune har vist en samfunnsøkonomisk besparelse på rundt kroner 500 000 for rundt 140 videokonsultasjoner (Veileder for digital sårbehandling 2024). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vil digital sårbehandling være besparende. Beregningen viste likevel at sykehuset fikk den største gevinsten med rundt 560 000 kroner, mens hjemmetjenesten fikk 90 000 kr i økte kostnader, hovedsakelig knyttet til bandasjekostnader. Ved sykehjem og feltsykepleie i kommunen var det positiv økonomisk gevinst også for kommunen. I tidligere prosjekt mente kommunene at også hjemmetjenesten vil kunne få økonomiske gevinster på sikt ved at kunnskapsoverføring og samhandling kan redusere sårforekomst og raskere sårtilheling.

I SamSår-prosjektet har denne skjevheten i gevinstprofil dukket opp i mange diskusjoner i helsefellesskapene og i forankringsarbeidet i kommunene. Noen kommuner har valgt å se det store bildet med gevinster over tid. Andre kommuner er nå i en svært økonomisk presset situasjon som gjør at de ikke går videre med breddingen i hjemmetjenesten før gevinstbildet utjevnes.

Prosjektet har synliggjort et gap mellom faglighet og økonomi, og et gap mellom samfunnsøkonomi og kommuneøkonomi som bør belyses videre. Problemstillingen er diskutert med styringsgruppa i prosjektet og tatt opp med representanter fra Helse Sør-Øst.

Lokalt budsjett  
Bandasjeutgifter



Pasient  
Fag  
Kvalitet  
Samfunnsøkonomi

Problemstillingen har blitt belyst blant annet med et eksempel fra Vestfold der en kommune har gitt tydelig tilbakemelding på at de må foreligge en annen modell for gevinstfordeling der kommunene kompenseres for merkostnader. Pr i dag kan kommunen kun gi tilbud til de mest ressurskrevende brukere som har størst gevinst, for eksempel der det ellers ville vært følgetjeneste og tilrettelagt transport.

Sykehuset Vestfold har jobbet med en kompensasjonsmodell, der kommunen kompenseres for bandasjemateriell / forbruksmateriell på ca kr 400 pr pasient.

Prosjektet har også avdekket ulikheter i refusjonsordningene når det gjelder bandasjemateriell:

- **Pasient** som steller såret selv får refundert bandasjeutgifter Folketrygdsloven 5-22 (Helfo betaler) 90 % av utgiftene
- **Hjemmetjeneste/ institusjon** – kommunen betaler / får ikke refundert bandasjeutgifter. Gratis for pasienten.
- **Fastlege** – pasienten betaler egenandel og utstyr, fastlegene får refundert utgifter til bandasje (pasient kan søke Helfo om refusjon)
- **Sykehus** – pasient betaler egenandel + 75 kroner for bandasjemateriell, sykehuset får ikke refundert

Disse ulikhetene i refusjonsordningene gjør at pasienten i verste fall kan bli en kasteball i systemet. Det kan bli en «kamp» mellom pasient, kommune, fastlege og sykehus mellom hvem som skal betale bandasjeutgifter. Problemstillingen gjelder ikke bare mellom kommuner og sykehus, men også mellom hjemmetjeneste og fastlege, der noen kommuner melder at det er en tendens til å sende sårpatienter til fastlegen pga bandasjekostnadene der blir dekket. Fastleger mangler ofte kapasitet da sårstell er tidkrevende, og har ikke alltid egnede rom og det er variasjon i kompetanse rundt sår på fastlegekontorene. Disse problemstillingene rundt kortsiktige økonomiske skjevheter og bandasjeutgifter jobbes det

med å løfte opp til helsemyndighetene, og det jobbes med et notat med case som beskriver problemstillingen ytterligere

#### **7.4 Diskusjon økonomi og implementering**

Implementering av nye samhandlingsmodeller inkludert digitale løsninger kan være mer komplekst enn ved første øyekast. Man skal finne nye arbeidsmetoder der kommuner og sykehus jobber sammen rundt pasienten, noe som krever tid og tillit. Personer som jobber med sår er svært sentrale fagpersoner som ikke så lett kan tas ut av ordinær drift, men som er helt vesentlig for å lykkes.

Prosjektet har sett at det er behov for avsatte ressurser og frikjøpt tid til fag- og prosjektrressurser. I tillegg er det behov for noe midler til utstyr og oppstartskostnader. Vi har erfart at ganske små summer kan forløse mange samhandlingsbarrierer.

Prosjektet har også diskutert behovet for mer insentiver for samhandling. Potensialet for digitale sårtjenester er stort, og engasjementet blant ansatte og pasienter er stort for å lykkes.

#### **7.5. Framtidens sårtilbud**

På samlingene har vi diskutert flere gode forslag for framtidens sårtilbud. Her er en liten oppsummering fra en menti- undersøkelse på siste samling:

##### **Hvordan ønsker du at framtidens sårtilbud skal se ut?**

- Egen sårpoliklinikk for alle typer sår, med tverrfaglig team
- Hospitering
- Ambulerende sårteam
- Felles henvisningsmottak
- Flere apper og verktøy som forenkler prosedyrer og behandling
- Mer tid til forebygging
- Mer kurstilbud for ulike nivåer kompetanse
- Felles sårpoliklinikk
- Mulighet for å ringe en «sårtelefon»
- Mer bruk av AI
- Felles økonomimodell
- Tverrfaglighet med ernæringsfysiolog, sosionom, ergo
- Sårcenter i kommunen med gode forhold for sårbehandling
- Mer kurs satt i system
- Bedre sårorganisering i komunen
- Samhandlingsbudsjett
- Kunnskapsdeling

**Hva inspirerer deg med digitale sårtjenester?**

tettere sår oppfølging  
ser pas blir fulgt opp på **motiverende arbeidsdag**  
forbedringer roskere vurdering  
**økt kompetanse**  
vurdering av sår **bedre kommunikasjonsflyt** pasient i fokus  
**veilede og undervise** framgang **økt kontaktnett**  
**samhandling med kommunen**  
bedre helhet personel pas

## 8 Veien videre

Hovedprosjektet ble formelt avsluttet februar 2026, men delprosjektene er besluttet videreført i 2026 med ulik grad av lokale midler. Implementeringen av modellen er godt i gang, og alle delprosjektene har planer for videre bredding eller søke midler til dette.

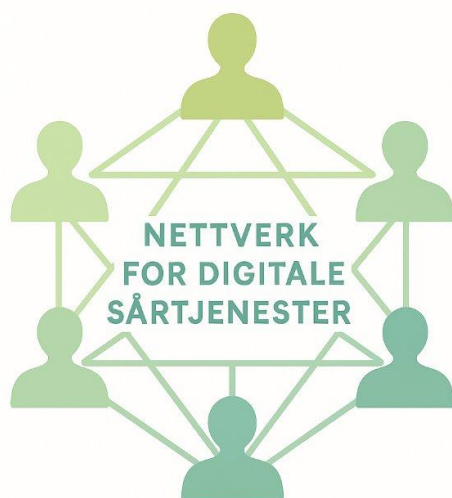
På slutten av perioden fikk SamSår-prosjektet innvilget støtte fra Innomed til en videreutvikling av modellen, under navnet «Raskere digital sårsamhandling». Her ønsker man prosessveiledning rundt utvikling av et lavterskeltilbud mellom kommuner, fastleger og sårpoliklinikker. Dette som et supplerende tilbud i eksisterende modell for digital sårbehandling der det kreves henvisning til sårpoliklinikk. Les mer her:

<https://innomed.no/aktuelt/nye-prosjekter-far-stotte-fra-innomed>

Det planlegges workshop og arbeidsmøter med Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet for å løfte opp de økonomiske problemstillingene som har kommet fram i prosjektet.

Prosjektet har blitt invitert til å holde innlegg på flere konferanser, deriblant den første nasjonale konferansen om hjemmesykehus.

Arbeidet med SamSår videreføres nå i en regional nettverksmodell med faste møter ca hver 2 måned.



## 9 Referanser

Irgens, I., Sørli, H., Haugland, H., Solås, AMM., Bakke, B., Miller, M., Stokke, P. & Dammen, M. (2024). Sluttrapport. Prosjekt «Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester». Hentet fra: <https://www.sykehuset-innlandet.no/4a4427/contentassets/510e233ca5474c7199ca29461ebb61f4/sluttrapport-felles-tjenestemodell-innen-sarbehandling.pdf>

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>

Universitetet i Sørøst-Norge: COTech – samskapt helseteknologi. <https://www.usn.no/cotech>

(For utfyllende faglige referanser henvises til rapporten «Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester», Irgens et al 2024)

## 10 Vedlegg 1 Delprosjektrapport Østfold

### SamSår sluttrapport 2026 Delprosjekt Østfold.

#### Prosjektledelse / organisering:

Prosjekteier: Klinikksjef Asbjørn Sorteberg

Prosjektleder: Mona Iren Kirkerød Wold

Lokal styringsgruppe: Klinikksjef Asbjørn Sorteberg, Avdelingssjef kirurgi Shakil Aslam, Samhandlingssjef SØ Lise Wangberg Storhaug, Samhandlingssjef kommune Karianne Bergmann, ortoped Hans Pieter Roos, plastikkirurg Morten Nyrud.

#### Prosjektgruppe Østfold:

Fra kommune:	Fra SØ:
Ole Martin Stensvåg - Våler hjemmespl	<u>Ortopedisk sårpol:</u>
Anne Solberg Karstensen – Sarpsborg hjemmespl.	Mona Siggerud - sårsykepleier
Merethe Gjermundsen – Fredrikstad hjemmespl.	Magdalena Adolfson Brenden - sårsykepleier.
Anne Lene Solheim Ristesund – Aremark hjemmespl og sykehjem	Benedicte Hangaard - sårsykepleier
Victoria Blåvarp - Halden hjemmespl	<u>Kirurgisk poliklinikk:</u>
Nasjonalt ankomstsenter Råde	Helle K. Traaholt; sykepleier
	Mona K. Wold; Sår - og dermatologisk spl
	<u>Fra IKT avd:</u>
	Mina Sofie Seim – ansvarlig for digital hjemme oppfølging

#### Kort oppsummering:

Digitale sårkonsultasjoner har vært utført på Kirurgisk poliklinikk Kalnes siden 2020, derfor var tekniske løsninger allerede på plass. Det har vært et tverrfaglig sårteam på (plastikkirurg, karkirurg og en sårsykepleier) som hadde dette tilbudet halv dag hver 2. uke tidligere.

Det er kjøpt inn 2 bærbare PC for å kunne utføre videokonsultasjoner fra hjemmekontor eller kontor i sykehuset, slik at behandlingsrommet kan benyttes til andre pasienter som må komme inn til behandling.

### **Prosjektgjennomføring:**

Det er i prosjektperioden etablert kontakt med 5 kommuner. Enten via samhandlingsavdelingen eller etter kontakt med sårsykepleier på kirurgisk poliklinikk. Det har vært en deltaker fra hver kommune i prosjektgruppen. I tillegg er det 5 spl fra to forskjellige sårpoliklinikker i SØ, og en ansatt fra IKT avdelingen med i prosjektgruppen.

Første møte i prosjektgruppen ble avholdt 3. Mars –25. Deretter har vi hatt 8 samlinger i 2025, da enten på teams eller ved oppmøter. Det har også vært et fysisk oppmøte ute hos en kommune, sykepleier fra kirurgisk poliklinikk og ansatt fra IKT reiste ut. De har også deltatt på de to fysiske oppmøtene med hovedprosjektet. Spesielt godt oppmøte første møtet i mai –25 hvor de fikk testet utstyr bl.a. Det var også nyttig at de fikk møtt andre kommuner.

Det har vært holdt 4 Styringsgruppemøter.

Vi hadde tilbud om 5 testdager for kommunene, hvor en kommune valgte å ikke ta imot tilbudet. Vi har sett at de som er forberedt har en bedre flyt i konsultasjonen i etterkant. Vi har sett at de som har hatt testdager beholder roen og løser tekniske utfordringer raskere.

Det er også viktig at de anskaffer stativ til telefon eller nettbrett. For ofte har de vært to ansatte hos pasient, og det burde ikke være nødvendig ift det tekniske.

Tilbakemelding fra hjemmespl i en kommune som sier det har vært trygt og komme raskt i kontakt med SØ hvis utfordringer dukket opp.

Informasjonsmøter ut til interne i sykehuset:

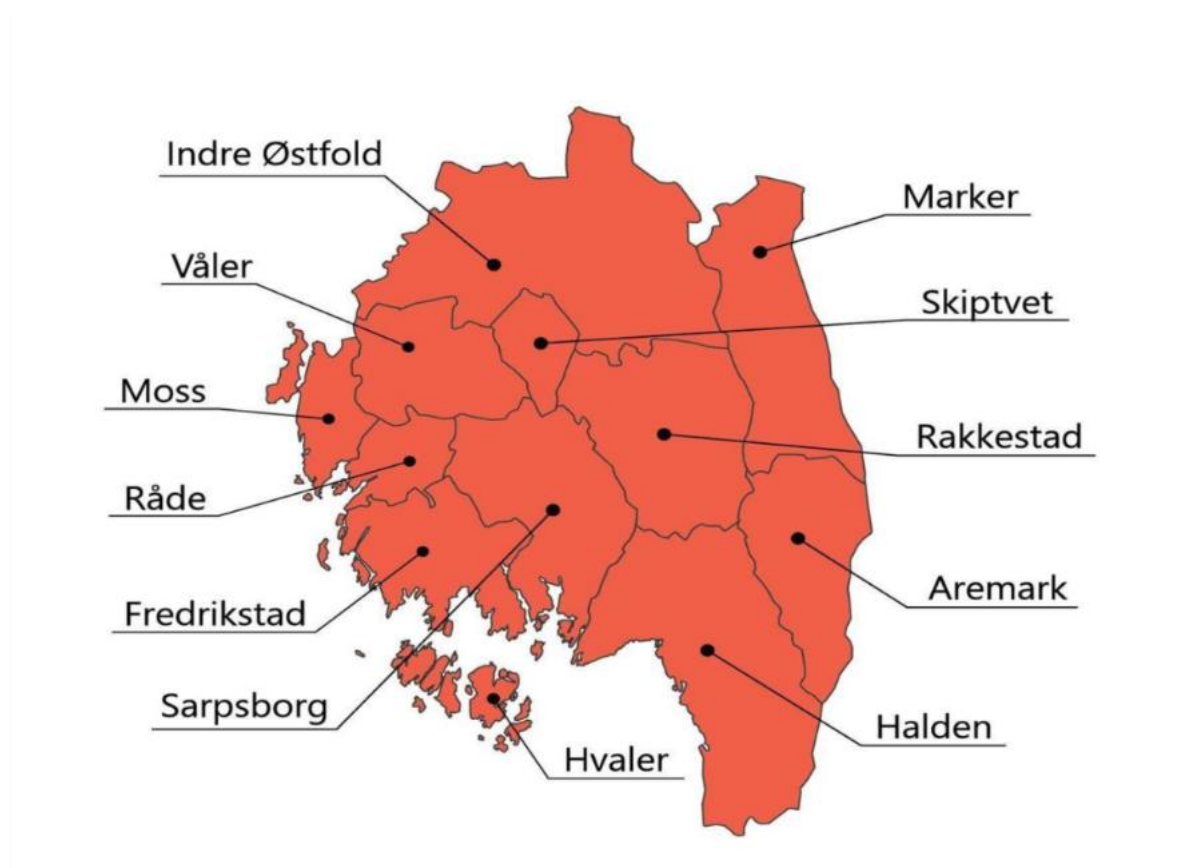
- Leger plastikk og karkirurgi på kirurgisk poliklinikk
- Ortopedisk sårpol med sykepleiere og leger, og avdelingsleder ortopedisk
- Sekretærtjenesten
- Sykepleiere på kirurgisk poliklinikk
- Sengeposten Døgnområde 8 hvor karkirurgiske pasienter er innlagt. Ved utskrivelse herfra kan pasienter settes direkte opp til første kontroll da på video istedet for å avbryte et evt rehab opphold for å komme hit. Det tar mange

timer totalt sett for pasienten med sykehuskontroll, som da kan brukes på opptreningen. I tillegg er noen av disse pasientene nyopererte og det er belastning å reise hit av den grunn.

Vi har fulgt dokumenter fra hovedprosjektet og laget våre interne prosedyrer i SØ.

### **Involverte kommuner / bydeler og poliklinikker:**

5 kommuner: Halden, Sarpsborg, Fredrikstad, Våler, Aremark.



### Fra sykehuset 3 sårpoliklinikker:

- Kirurgisk avdeling: Kirurgisk poliklinikk med Karkirurgisk - og plastikkirurgisk fagområde. Innen plastikkirurgisk avd har vi 2,5 dager med sårpoliklinikk med spl. Hvis pas trenger legetilsyn bestilles det på forhånd. Ved akutt behov for tilsyn hvis forverring den dagen pas har time kontakter spl operatør.

På Kalnes har kir pol 3 dager med spl drevet sårpoliklinikk. Det fungerer på samme måte her hvor spl tar kontakt med karkirurg som har poliklinikk den dagen for tilsyn hvis forverring. Ny henviste er alltid med lege.

- Ortopedisk avdeling: ortopedisk sårpoliklinikk har 4 dager pr uke med sårpoliklinikk. Det kan være ca 10 pas pr dag. Legetilsyn ved behov. Har videotimer etter lunsj etter behov, på alle disse dagene.

#### Nasjonalt ankomstsenter Råde:

2 spl fra ankomstsenteret vært involvert i opplæringen. Ikke deltatt på alle prosjektgruppemøter pga fravær. Kostnader her dekket fra UDI. Pr idag ikke hatt noen videokonsultasjoner med dem. En av sykepleierene herfra jobber ikke lenger på ankomstsenteret.

Nyttig for senteret med opplæring innen digitale konsultasjoner ift andre konsultasjoner med SØ. Viktig for denne pasientgruppen å unngå belastningen med oppmøter på sykehus. Språkbarrierer og smitterisiko.

#### **Involvering av fastleger, eventuelt brukerrepresentanter, andre:**

Informasjonsmøte med samhandlingslegene i februar og august 2025.

Informasjon ut til fastleger i informasjonsskrivet "For Fastleger" og Kompetansebroen høsten -25.

Prosjektleder deltatt på møte med brukerutvalget mars- 25.

#### **Forankring:**

Prosjektet er forankret i Faglig og Strategisk samarbeidsutvalg (FSU og SSU) i Helsefelleskapet.

#### **Kompetanseutveksling:**

Alle involverte kommuner har sendt hospitanter til sårpoliklinikken.

Informert om kompetansemateriell på prosjektgruppemøter.

Overordnet veileder benyttet aktivt.

Lagd egne lokale prosedyrer.

## Resultater:

Antall videokonsultasjoner: 75 konsultasjoner på kirurgisk poliklinikk fra 15/10-25 – 19/2-26.

3 på ortopedisk sårpoliklinikk (oppstart 8. des).

Aktuelle pasientgrupper: karkirurgiske, plastikk - og ortopedi.

Pasientgrunnet er varierende på de tre forskjellige sårpoliklinikkene som deltar. Det har vært størst oppslutning på kirurgisk poliklinikk Kalnes hvor karkirurgiske pasienter følges.

Det har vist seg at pasientgrunnet på plastikkir avd ikke har vært så stort som vi antok opprinnelig. I tillegg har opplæringen av flere spl vært forsinket pga sykdom/fravær.

Det har vært utført nesten like mange videokonsultasjoner med kommuner som ikke er deltakere i prosjektet som deltagende kommuner.

Kommunene informerer om at det benyttes både nettbrett og telefoner. Det er NHN løsning Join som har vært benyttet i SØ:

Stativløsning benyttet i Sarpsborg kommune, hjemmespl.

Her ser dere hvordan Sarpsborg kommune har organisert sårutstyr som skal være med på videokonsultasjoner. Enkelt og greit en plastboks med rominndeling. Hurtigguide for bruk av Join og TIMES-kort er også med.

Benytter nettbrett og telefoner. Kjøpt inn stativer. Organisering med sårteam og også eget sårrom i en kommune. Her reiser pasient til sårrommet for behandling. Store kommuner bruker lenger tid på opplæring pga flere soner og team.

Alle deltagende kommuner har fått informasjon om å delta med prevalensmålinger styrt fra hovedprosjektet.

Sarpsborg kommune har hatt en omorganisering. De har allikevel klart høyt antall videokonsultasjoner.

**Erfaringer:**

Prosjektleder frikjøpt 20% til prosjektarbeid, tatt fra driftsmidler. Fra januar –26 10 % frem til 1. juni.

Dette ser man i ettertid kan være for lite. I tillegg var det for lang periode over sommer som ikke prosjektet ble prioritert pga sommerferieavviklingen.

Det skal opprettes frase i Dips arena for å standardisere informasjonen som gis ut via dialogmeldinger til kommunene. Det ønskes at sekretærtjeneste overtar denne oppgaven fremover, da vi ser at det har tatt mye tid av sykepleier rettede oppgaver. Og ikke minst at det blir en mer ryddig dialog med kommune med færre involverte.

God erfaring med å benytte TIMES og 3-trinnsmodell ved samhandlingen med hjemmespl. Vi har erfart at viktigheten med dette må gjentas, da det er lett å glemme at det er pasientens time.

Det har vært avverget 7 ambulanser til kir pol. mellom 15. Oktober til mars -26.

Vi har opplevd at pas har fått rask helsehjelp ved forverring av sår. “Kort vei inn” for pasienten og god støtte til de ansatte i kommune når de ringer inn og får svar samme dag. Unngått tur til legevakt/akuttmottak eller også avklart at de bør sende pasient videre til lege.

Vi som jobber på poliklinikken, har fått mengdetrening på digitale konsultasjoner og kan lett veilede dersom tekniske problemer.

Vi ser at det har vært viktig med digitale konsultasjoner også for pasienter som bor nært sykehuset. Dette er multisyke pasienter med stort hjelpebehov som da har sluppet reisebelastningen. Noen pasienter har også mange oppmøter i sykehuset på forskjellige avdelinger ukentlig (eks dialyse).

**Suksessfaktorer:**

- Felles mål med pasienten i sentrum
- Et tjenestetilbud som allerede er innført i andre HF er god hjelp. Behøver ikke finne opp nye metoder.
- Godt forankret i lederlinje.
- Sårentusiaster i hjemmesykepleien.
- Insentiver: rekruttering og samhandlingsmidler innvilget
- Hospiteringen sikrer engasjerte sårsykepleiere

- Testdager viktig for å bli kjent med utstyret og det å koble seg på til SØ
- IKT ansvarlig og spl fra sårpoliklinikken reiste ut til en kommune og underviste i det tekniske og innen sårbehandling.

### **Barrierer:**

Prosjektleder har en klinisk stilling i avdelingen, og det har vært sårbart i perioder når det har vært fravær å dekke begge oppgavene. 20 % i utgangspunktet er for lite til å følge opp, møtevirksomhet og planlegge møter.

Kommuner følger ikke opp videreformidling av videokonsultasjoner når pas reiser fra Helsehus og hjem med hjemmespl.

### **Videre bredning/ implementering:**

Vi har erfart at det er viktig å delta på så mange arenaer som mulig for å informere om prosjektet.

Planlagte og utførte informasjonsmøter 2026:

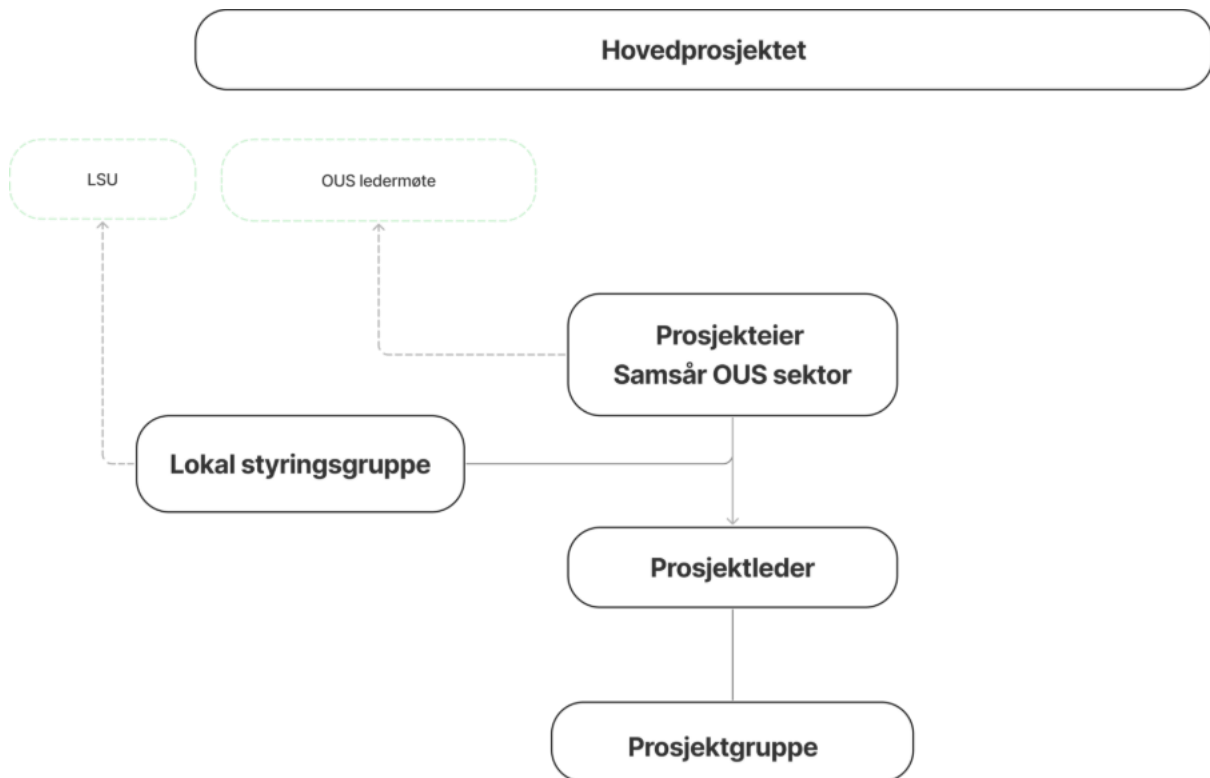
- Jan –26: Forum for sykehjemsleger
- 23/2: informasjonsmøte om samhandlingsprosjekter med kommuneledere via samhandlingsavdelingen.
- NOKLUS 26. Mars (kurs for omsorgstjenesten i kommunene)
- Ledergruppen i Indre Østfold kommune 12. mai

Vi jobber også med lokale medier for å få til en liten videosnutt (ref. Telemark)

## 11 Vedlegg 2 Delprosjektrapport Oslo – OUS sektor

### SamSår sluttrapport 2026 Delprosjekt OUS sektor

#### Prosjektledelse / organisering:



#### Kort oppsummering:

Det er opprettet samarbeid mellom aktørene med underskrevet samarbeidsavtaler. Det er opprettet prosjektgruppe med ressurspersoner fra de ulike aktørene. Prosjektgruppen møtes jevnlig. Deltagere fra OUS har i samarbeid oppdatert internettsiden om digital sårbehandling.

I løpet av Q3/Q4 2025 er det gjennomført opplæringer og hospitering mellom poliklinikkene og bydel/helsehus. Tilbakemeldinger fra kommunen om at dette har vært veldig nyttig. Lilleborg helsehus har opprettet egen sårgruppe.

Det gjennomføres løpende digitale sårkonsultasjoner. Vi erfarer at det tar tid med å få pasientvolum. I den forbindelse har prosjektet lagt frem forslag til styringsgruppen om å kunne fordele økonomiske midler ut hele 2026, samt gjøre øvrige tiltak for å sette mer fart. Det ble vedtatt i styringsgruppen. I tillegg til prosjektleder (OUS) er det nå avsatt 20% ressurs i kommunen (Lilleborg helsehus) til å jobbe inn i prosjektet i en 4 måneders periode.

### Prosjektgjennomføring:



MP1: Felles materiell og prosedyrer på tvers av OUS

MP2: Testet og etablert sårtiltjenesten i bydel og helsehus

MP3: Breddet tjenestetilbudet til flere bydeler

MP4: Beslutning om videre skalering

### Involverte kommuner / bydeler og poliklinikker,

- OUS
  - Ortopedisk poliklinikk
  - Seksjon for poliklinikk hudsykdommer
  - Gastrokirurgisk poliklinikk
- Oslo kommune (OUS-sektor)
  - Østensjø bydel
  - Bjerke bydel
  - Lilleborg helsehus
  - Solfjellshøgda helsehus

### Involvering av fastleger, eventuelt brukerrepresentanter, andre:

### Forankring:

- Styringsgruppe
- Løpende rapportering og presentasjon i LSU
- Presentasjoner i ulike forum

**Kompetanseutveksling:** (Hospitering, opplæring, bruk av kompetansemateriell/videoer, pasientspesifikk kompetanseutveksling etc) Erfaringer med kompetansepakker og overordnet veileder/retningslinjer etc.

Gjennomført hospitering og undervisning. Positivt for kompetanseutveksling og lettere å bli kjent. Det blir også enklere å ta kontakt da det er lettere å vite hvem en kan ta kontakt med.

#### **Resultater:**

- Antall kommuner / bydeler
  - OUS
    - Ortopedisk poliklinikk
    - Poliklinikk for hudsykdommer
    - Gastrokirurgisk poliklinikk
  - Oslo kommune (OUS-sektor)
    - Østensjø bydel
    - Bjerke bydel
    - Lilleborg helsehus
    - Solfjellshøgda helsehus
- Antall videokonsultasjoner
  - Ortopedisk poliklinikk og Oslo kommune: 34 videokonsultasjoner i 2025
  - Seksjon for poliklinikk hudsykdommer knyttet til Helse Sør-Øst: 20 videokonsultasjoner i 2025
- Aktuelle pasientgrupper:

- Ortopedisk poliklinikk: De aller fleste pas har hatt oppfølging pga trykksår eller amputert tå, noen etter delhud, traumatiske sår, postopr inf og noen få for "annet"
- Seksjon for poliklinikk hudsykdommer: Vurdering og oppfølging av kroniske sår med venøs eller immunologisk årsak.
- Teknologi:
  - Type teknologi i kommuner og på sykehus (mobil, nettbrett, Cisco desktop)
    - Sykehus: Cisco desktop /PC med høytaler og kamera koblet til.
    - Kommune: mobil/nettbrett m/stativ
  - NHN løsning (join eller NHN Delta)
    - Både Join og Delta
  - Stativløsninger
    - Incover stativ
  - Erfaring fra sykehus
    - Det er utfordrende at pasienter flyttes raskt videre mellom helsehus, eget hjem og sykehjem. Ofte sendes henvisning fra en instans og pasienten får time, men innen dagen konsultasjonen skal skje har pasienten flyttet og ingen vet noe om at det var planlagt en videokonsultasjon.
    - Det fungerer stort sett bra å sette opp avtaler om tidspunkt for videokonsultasjon ved hjelp av dialogmelding fra Dips Arena, evt supplert med mailkorrespondanse/ telefon.
    - Når en videokonsultasjon er godt forberedt, blir denne ofte nyttig for alle parter.
    - Det er behov for at spl som gjennomfører digital sårbehandling har en viss teknologisk kompetanse for å logge på og evt finne ut av feil og problemer dersom det skulle oppstå. Det er også behov for at spl må kunne veilede dersom det er problemer med teknologien i ute hos pasienten. Dette kan oppleves som usikkert og gjøre at folk kvier seg for å gjennomføre digital sårbehandling.
  - Erfaringer fra kommuner (erfaringer med utstyr, antall personer, opplæringsbehov, opplevelse av teknologi)

Det kan oppleves utfordrende å benytte stativet, ettersom det sliter med å bære vekten av iPad-en når den justeres i ulike vinkler. Utfordringen blir særlig tydelig når sykepleier gjennomfører sterilt sårstell, og iPad-en uventet faller ut av posisjon. Likevel vurderes dette som den mest hensiktsmessige løsningen per nå, ettersom man trenger å ha begge hendene fri. Vi ser at opplæringsbehovet/behovet for raske avklaringer med spesialisthelsetjenesten øker når kompetansen på sår øker i primærhelsetjenesten.

- Eventuelt brukertilfredshet (pasient og helsepersonell)

Ansatte i kommunen og brukere opplever det som positivt at brukerne får redusert behov for reiser til poliklinikk. Ansatte beskriver det også som en fordel at de får økt innsikt i brukerens helhetsbilde og anamnese. Det er samme inntrykk fra “sykehussiden”. Redusert behov for reiser inn til poliklinikk og økt innsikt i pasientens helhetsbilde.

- Eventuelt forbedringsområder i samarbeid kommuner og sykehus, teknologi, annet
- Gevinstarbeid
- (Eventuelt prevalensmålinger)

### **Erfaringer:**

- Generelle erfaringer / refleksjoner
  - Det er et sterkt ønske fra ansatte både spesialist- og primærhelsetjenesten om å få dette til i fellesskap, samt å samhandle godt og dele kompetanse
- Suksessfaktorer
- Utfordringer
  - Det tar tid å skalere/finne aktuelle pasienter. Pasientene må “passe” og skrives ut til “passende” hjemmesykepleie/institusjon. Den som setter opp timen må også huske å tenke på at digital sårbehandling er et alternativ til oppmøte. Foreløpig så går det ikke av seg selv, så da kan en “miste” aktuelle pasienter.
  - Skjevfordeling gevinst

- Økt kompetanse og flere oppgaver i primærhelsetjenesten medfører et større behov for tilgang til veiledning og kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Sykehusenes organisering av oppfølging av pasienter med ulike typer sår kan gjøre det utfordrende med helhetlig pasientbehandling.
- Erfaringer å bringe videre til andre områder i landet som vil starte opp

**Midler til videre arbeid med bredding:** (hvor mye, hvilke midler, hvor mye ressurser planlagt videre, hvor lenge)

- Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2024: 1 575 000kr

**Videre bredding/ implementering:** Plan for videre bredding i opptaksområdet

- 2026: plan om videre bredding og skalering. Inkludere flere bydeler/helsehus/sykehjem og flere sårmiljø på OUS. I tillegg ønsker vi å jobbe med videre tjenesteutvikling, der vi blant annet vil utforske og teste mulige løsninger for raskere kontakt mellom kommunen og sykehus.

## 12 Vedlegg 3 Delprosjekt Diakonhjemmet

### SamSår sluttrapport 2026 Delprosjekt Diakonhjemmet Sykehus

#### Prosjektgruppe og organisering

Prosjekteier: Klinikksjef for anestesi og kirurgi, Diakonhjemmet

Prosjektleder: Fagsykepleier Kirurgisk poliklinikk, Diakonhjemmet

Lokal prosjektgruppe: Klinikksjef, Avdelingsleder Kirurgisk poliklinikk, Rådgiver Avdeling for IKT og e-helse, Fagsykepleier Kirurgisk poliklinikk.

#### Kort oppsummering:

Digital sårtjeneste ved sårpoliklinikken var etablert før prosjektstart, men teknisk utstyr og mangelfull forankring i helsefelleskapet var barrierer for behandlingstilbudet. Sårpoliklinikken hadde før Samsår fått midler til et pilotprosjekt for digital sårtjeneste fra Klaveness innovasjonsfond som ble videreført inn i delprosjektet Diakonhjemmet.

I prosjektperioden er det etablert kontaktpunkt på mellom Diakonhjemmet sykehus og Oslo kommune og arbeidet med forankring.

Deltagere i prosjektet har tilbud om hospitering og sårkurs i regi av Diakonhjemmet sykehus. Det er avtalt hospitering fra hjemmesykepleien og helsehus.

Teknisk løsning er installert på sårpoliklinikken i samråd med IKT og e-helse og sårsykepleierne på sårpoliklinikken har fått opplæring. Videokonsultasjon uten og med pasient er testet med sykehjem og helsehus som er deltagere i prosjektet. Vi har erfart i prosjektperioden at pasientgrunnet er varierende og grunnet endringer i personalet har oppstart blitt utsatt. Sårpoliklinikken har derfor utvidet tilbudet til områder/sykehjem som ikke er deltager i prosjektet hvis det har vært aktuelle pasienter.

Delprosjektet Diakonhjemmet Sykehus har gjennom prosjektperioden hatt en økning i antall videokonsultasjoner og sårpoliklinikken har etablert fast timebok for videokonsultasjoner. Det har i tillegg også vært økende antall henvisninger til videokonsultasjon fra sykehjemsleger.

#### Involverte kommuner/bydeler og poliklinikker:

Oslo Kommune:

- Majorstuhjemmet
- Ullern Helsehus
- Bydel Vestre Aker
- Bydel Frogner

#### Diakonhjemmet sykehus

- Sårpoliklinikken ved Kirurgisk poliklinikk

#### **Forankringsarbeid:**

For at prosjektet skulle lykkes var det en forutsetning at det er bredt forankret hos alle involverte parter. Forankringsarbeidet har derfor vært i fokus gjennom hele prosjektperioden. Prosjektet har blitt presentert i Helsefelleskapet i Diakonhjemmet sektor hvor man har fremhevet gevinstarbeid, kompetanseutveksling og spredning av informasjon om prosjektet. Viktige arenaer har vært Lokalt samarbeidsutvalg (LSU), Samarbeidsforum somatikk og Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) hvor prosjektet har blitt presentert for sykehusledelsen, ledere for bydelene, sykehjemsetaten, helseetaten, samhandlingslege og brukerutvalget.

Prosjektet har vært en orienteringsak og det er ikke fattet vedtak eller øremerket midler i disse forumene, men prosjektet har fått positive tilbakemeldinger og kontaktpersoner til å gå videre med. I tillegg anbefalt å bruke fagsykepleiernetverket i sektor for ytterligere forankrings- og implementeringsarbeid. Jevnlig rapportering til prosjekteier og samarbeid med avdelingsleder har vært viktige drivere for prosjektet og for å kunne få avsatt tid til prosjektet.

#### **Erfaringer fra prosjektet og kompetanseutveksling**

##### Sykehjem:

- Det ble holdt undervisning om sårbehandling for sykepleiergruppen
- Sykehjemmet stod selv for teknisk løsning med nettbrett i samråd med IKT i Oslo kommune
- Testet ut videokonsultasjon med pasienter før sommeren 2025
- Varierende/lavt pasientgrunnlag i en lengre periode og man har sett behov for reetablering av kontakt desember 2025.

##### Helsehus

- IKT og e-helse har testet ut Join i samråd med IKT på Helsehus.
- Oppstartsmøte gjennomført med fagsykepleiere høsten 2025.
- Helsehus har anskaffet nettbrett, tralle og stativ med bordstativ.
- Fagsykepleier ved helsehuset og på sårpoliklinikken har testet uten pasient og med pasient
- Videokonsultasjoner har vært planlagt i desember, men ble utsatt grunnet innleggelse.
- Første videokonsultasjon med helsehus gjennomført i februar 2026

#### Hjemmesykepleien

- Etablert kontakt med to bydeler
- Planlegger oppstartsmøte i mars
- utfordringer knyttet til ulike lokalisasjoner og soner
- Testet ut med tjenestetelefon, mangler stativ.

#### Resultater:

- Antall kommuner / bydeler: Oslo kommune ved Bydel Vestre Aker og Bydel Frogner er rekruttert i prosjektet
- Antall videokonsultasjoner sårpoliklinikken gjennomført 2025: 54.
- Aktuelle pasientgrupper: Trykksår, kroniske leggsår, diabetiske fotsår og oppfølging etter delhudstransplantasjoner. Traumatiske sår

Kravet for at pasientene inkluderes til videokonsultasjon er at de er henvist til sårpoliklinikken og er i et pasientforløp.

#### Teknologi:

- Type teknologi i kommuner er tjenestemobil og nettbrett. På sykehuset brukes en PC med kamera og høyttaler.
- Norsk helsenett Join, eget, låst møterom for sårpoliklinikken.

### **Erfaringer fra sykehus:**

- Faste økter for videokonsultasjon gjør at man raskere setter opp videokonsultasjon
- Det fungerer godt å ha en dedikert PC med lyd og kamera for videokonsultasjoner. I prosjektperioden har man installert en egen PC for videokonsultasjoner med Join og det gir en stabilitet og tilgjengelighet
- Det er opprettet frase i DIPS Arena for å standardisere informasjonen som sendes og sekretærtjenesten har inkludert dette i sine oppgaver som avlaster sårskykepleiere.
- Økt samvalg: Tidligere var kamera i større grad rettet direkte mot såret når konsultasjonen startet, sykepleieren jobber nå ut fra tretrinnsmodellen og pasienten er i fokus
- Når man avtaler ny videokonsultasjon, er deltagende hjemmesykepleier positive og ønsker å delta.
- Ved forverring av sår og hjemmesykepleien har tatt kontakt, har sårpoliklinikken foreslått videokonsultasjon. Raskere helsehjelp når pasienten har et behov, enn at det er en fast kontroll når pasienten kanskje ikke har behov for oppfølging er gevinster.
- Avverget sykehusinnleggelse og ambulansetransport.
- Kunne gjennomføre videokonsultasjon når pasienten ikke får møtt opp til time grunnet manglende pasienttransport eller de som ikke ønsker å møte opp til timen
- Man når pasientgrupper som for eksempel pasient med demens på skjermet enhet og bruker som bor i bolig for psykisk utviklingshemmede.

### **Barrierer:**

- Hvis pasienten har blitt flyttet til helsehus/sykehjem eller hjemmesykepleien er det ikke kontinuitet at videokonsultasjon videreføres.
- Utfordrende å finne et tidspunkt som passer for flere samtidig.
- Varierende tilgjengelig sårutstyr i kommunen gir utfordringer ved veiledning i for eksempel debridement.

### **Erfaringer fra kommuner**

Delprosjektet Diakonhjemmet har ikke gjennomført en systematisk brukerundersøkelse hos verken pasient eller helsepersonell, men mottar gode tilbakemeldinger. Utfordringer har knyttet seg til lyd og til å snu kamera til frontkamera.

Det har vært behov for veiledning knyttet til å snu kamera, og det har vært en svakhet at man ikke har fått dette til og man har brukt frontkamera hvis man ikke har kommet i mål. Ved noen av konsultasjoner har det vært assistent eller pårørende tilstede som har holdt kamera for å komme tett nok inntil såret. Ved bevegelse kan bildet da bli mer uskarpt, men bedrer seg når kamera holdes i ro. Sykepleier på sårpoliklinikken har veiledet sårbehandler til å justere kamera for at såret er i fokus.

### **Erfaring med å reise ut/opplæring**

I dag foregår store deler av kommunikasjonen elektronisk og man har få møtepunkter. Betydningen av å reise ambulant til pasientene, og kunne drive opplæring og fagutvikling for sårbehandling har stor nytte for sårbehandlingen, men også for å kunne bli kjent på tvers.

### **Betydning av frikjøp**

Prosjektmidler fra Innovasjonsfond ble tatt med inn i prosjektperioden til Samsår. Midlene skulle brukes til frikjøp av fagsykepleier og til teknisk utstyr. Ledelsen var handlekraftig og så gevinstene ved prosjektet. Prosjektleder har fått jobbe med prosjektarbeidet både av driftsmidler og prosjektmidler fra Innovasjonsfond. I perioden har det vært en økning av antall henvisninger, samtidig ser man at flere som blir henvist har kompliserte sår. Økningen i antall henviste sårpasienter har medført at sårpoliklinikken har måtte utvide tilbudet i 2025. Dette har påvirket også det reelle frikjøpet av delprosjektleder og utover prosjektmøter har det vært vanskelig å få avsatt nok tid til å jobbe med prosjektet.

Når deltagere i prosjektet blir trukket inn i drift påvirkes fremdriften i prosjektet i stor grad og det hadde vært hensiktsmessig med prosjektleder i mer administrativ stilling. Det har i kommunen vært endringer i personalgruppen som har medført utsatt oppstart.

### **Videre implementering:**

Erfaring i delprosjektet er at det har vært et varierende pasientgrunnlag gjennom hele prosjektperioden og et lavere antall aktuelle kandidater for digital sårbehandling enn vi hadde forventet. Grunnet lavt pasientantall i inkluderte bydeler og helsehus har Samsår og digital sårtjeneste blitt introdusert til andre bydeler og sykehjem ved for eksempel forverring, eller som en planlagt kontroll.

Flere pasienter på sykehjem henvises til videokonsultasjoner da det ikke er ønskelig at de skal flyttes til sykehus, men motta hjelp der de bor. Det gjenstår fremdeles arbeid for å skalere tjenesten videre med sykehjemmene og i bydelene våre og en arena for kontaktetablering er via ambulerende sårteam. Her vil samarbeid med samhandlingslege og legegruppen være vesentlig.

Videre utover prosjektperioden vil det være viktig å holde på kontakten som er etablert, og oppdatere deltagere slik at det blir en varig løsning og ikke en forbigående pilot.

Etablering av et nytt tjenestetilbud er tidkrevende og krever et langsiktig perspektiv.

Vi har mottatt avslutningsmidler til frikjøp av fagsykepleier i 40 % stilling i 3 mnd, utover prosjektperioden med Samsår.

## 13 Vedlegg 4 Delprosjekt Vestfold

### SamSår sluttrapport 2026, delprosjekt Vestfold

#### Prosjektledelse / organisering:

Prosjekteier: Klinikksjef, kirurgisk klinikk, Sykehuset i Vestfold

Lokal prosjektgruppe:

- Prosjektleder: Spesialrådgiver samhandlingsavdelingen
- Pilotkommune 1: Sårsykepleier og rådgiver digitalisering
- Pilotkommune 2: Sårsykepleier og kommuneoverlege/fastlege
- Sykehus: Seksjonsleder, fagutviklingssykepleier kir.pol, lege
- Brukerrepresentant

Lokal styringsgruppe:

- Pilotkommune 1: Leder hjemmesykepleie
- Pilotkommune 2: Leder hjemmesykepleie
- SiV: Seksjonsleder leger karkirurgisk seksjon

Klinikksjef ortopedisk klinikk

Ass.fag- og forskningsdirektør

Samhandlingslege

Rådgiver E-Helse, Sykehuset i Vestfold

#### Kort oppsummering:

Prosjektet har vært planlagt og gjennomført med utgangspunkt i pasienter tilhørende karkirurgisk poliklinikk og to samarbeidende kommuner i 2025. I prosjektperioden er det gjennomført 6 prosjektgruppemøter og tre styringsgruppemøter med fremdrift i tråd med planlagt fremdriftsplan med mindre justeringer.

Vi ser at det er et lite pasientgrunnlag med utgangspunkt i pilotkommunene og karkirurgiske pasienter som målgruppe. Det jobbes derfor med å inkludere ortopedisk klinikk, og Tønsberg kommune inkluderer derfor alle soner i hjemmesykepleie. Også interne forhold ved SiV har medført sen rekruttering etter tiltenkt oppstart. Det er derfor avsatt en 20% ressurs til videre arbeid i 2026 med dette.

Vi møter også forventinger fra kommunene gevinstutjevning som forutsetning for videre bredding. I 2026 er det avsatt midler til dette fra rekrutterings -og samhandlingsmidler, men en mer varig ordning må etableres.

### Prosjektgjennomføring:

Prosjektet har pågått i perioden jan.25 tom jan.26. Det er gjennomført 6 prosjektgruppemøter og 3 møter i lokal styringsgruppe.

Overordnet prosjektledelse er ivaretatt fra samhandlingsavdelingen, men i tett samarbeid med seksjonsleder kir.pol.

Aktivitet	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
<b>M1 Forankring i helsefellesskapet</b>												
<b>M2 Lokal prosjektplan</b>												
<b>M3 Anskaffe utstyr og tilpasse til lokal IKT</b>												
<b>M4 Etablere låst møterom NHN og teste oppkobling</b>												
<b>M5 Utarbeide rutine for sårkonsultasjon</b>												
<b>M6 Utarbeide henvisningsmal og dialogmeldinger</b>												
<b>M7 Test av rutine med scenario uten pasient</b>												
<b>M8 Tilpasse og justere rutine etter scenario</b>												
<b>M9 Etablert kompetansepakker og opplæringsplan</b>												



- Antall videokonsultasjoner: 1 i 2025
- Aktuelle pasientgrupper: Pasienter med sår pga sirkulatoriske årsaker
- Teknologi:
  - Nettbrett i kommuner og Cisco endestasjon ved sykehuset
  - Join, eget fast møterom beskyttet med PIN-kode
  - Stativløsninger som anbefalt fra hovedprosjektet er benyttet
  - Erfaring fra sykehus: Tok tid å etablere ciscøløsningen
  - Erfaringer fra kommuner (erfaringer med utstyr, antall personer, opplæringsbehov, opplevelse av teknologi)- etablert teknologi har fungert bra i tester gjennomført
- Gevinstplan med målepunkter for antall VK, reduksjon i transporter, og antall pasienter med tjenesten sårbehandling i pilotkommunene. Også planlagt undersøkelse av pasienttilfredshet og ansattes erfaringer når tjenesten er mer etablert og utprøvd.
- Ikke deltatt i prevalensmålinger

#### **Erfaringer:**

- Generelle erfaringer / refleksjoner: Behov for et større pasientgrunnlag enn karkirurgiske pasienter (decubitus og dia-fot er tillagt ortopedisk seksjon).
- Suksessfaktorer: Engasjerte personer i sykehus og kommuner
- utfordringer:
  - Ujevn gevinstfordeling kommune/sykehus - kommunene vil ha en modell for kompensasjon for merkostnader.
  - Tid avsatt i kommuner og sykehus. Prosjektgjennomføring er gjort uten frikjøp av ressurser med unntak av prosjektledelse ivaretatt av samhandlingsavdelingen
  - Lederbytte som har gitt ny prosjekteier – har gitt mindre forankring, forventninger om gjennomføring og resultatoppfølging
  - Leger ved sykehuset (både seksjonsleder og prosjektdeltager) har ikke prioritert deltagelse på møter i prosjektgruppe og styringsgrupper, og vi erfarer at fremdrift og tjenesteutvikling blir sykepleierdrevet.

Erfaringer å bringe videre til andre områder i landet som vil starte opp:

- Forankring i helsefelleskapet i faglig samarbeidsutvalg og ikke SSU, anbefaler at SSU er riktig nivå for forankring fra start for å sikre tilstrekkelig forankring hos kommunal- og klinikksjefer.

#### **Midler til videre arbeid med bredding:**

20% sykepleierressurs i kir.pol fristilt i 2026 finansiert med midler fra innovasjon- og tjensteutviklingstilskudd i HSØ og tilskudd fra samhandlingsavdelingen som har noe midler til disposisjon.

#### **Videre bredding/ implementering:**

Tønsberg kommune har inkludert øvrige 4 av 6 soner i hjemmesykepleien for videre fremdrift. Flere kommuner ønsker å ta i bruk tjenesten til pasienter som er i behov av følge fra kommunal tjeneste og krever tilrettelegging av transport, og som for kommunene krever ressurser.

Ortopedisk seksjon ved sykehuset vil ta i bruk tjenestemodellen i 2026.

Fastleger i alle Vestfoldkommunene kobles på i 2026 i samarbeid med samhandlingslegene ved SiV.

## **14 Vedlegg 5 Delprosjekt Telemark**

### **SamSår sluttrapport 2026**

#### **Delprosjekt Telemark**

Telemark er et langstrakt fylke med avstander fra ca. 150 til over 200 km avhengig av rute. Gevinstene er ganske store for pasienter, som sparer både transporttid og kostnader ved å slippe å kjøre ned til kir. poliklinikk i Porsgrunn for en times konsultasjon.

#### **Prosjektledelse / organisering:**

Prosjektet fikk forankring i Helsefelleskapet (SSU) i Telemark 06.02.2025 med følgende protokollført vedtak: *Helsefelleskapet i Telemark støtter prosjektet med målsetting om spredning av digitale sårtjenester til alle innbyggere i Telemark uavhengig av hjemkommune. SSU i Helsefelleskapet skal holdes orientert om prosjektets fremdrift og resultater.*

Porsgrunn -og Drangedal kommune meldte seg som pilotkommuner.

Prosjektrollen ble ivaretatt av rådgiver i stab for Virksomhetsutvikling med dedikert tid til arbeidet (ikke klinisk arbeid). Dette gav færre samtidighetskonflikter og bedre kapasitet til prosjektadministrasjon, samtidig som prosjektleder hadde relevant erfaring fra prosjektarbeid fra tidligere.

## Delprosjekt Telemark

Prosjektorganisering

Prosjekteier: Klinikksjef for kirurgisk klinikk: Torhild Fredheim

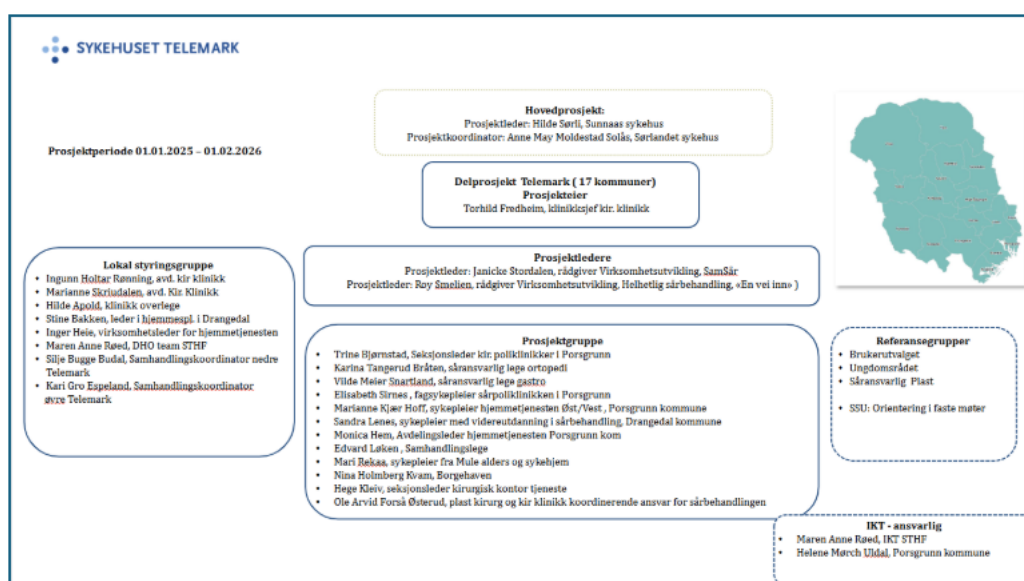
Prosjektleder: Janicke Stordalen, rådgiver i stab for Virksomhetsutvikling

Lokal styringsgruppe: Avdelingsledere STHF, Samhandlingskoordinatorene for nedre, midtre og øvre Telemark og Virksomhetsledere for hjemmesykepleien i Drangedal - og Porsgrunn kommune.

Referansegruppe: SSU, Brukerutvalget, Ungdomsrådet, såransvarlig Plast

IKT ansvarlig: Representant fra STHF og Porsgrunn kommune

Prosjektgruppe: Samhandlingslege, leger poliklinikk (gastro og ort), seksjonsleder for poliklinikken, fagutviklingssykepleier på poliklinikken, leder for hjemmetjenesten og leder for et sykehjem i Porsgrunn kommune, såransvarlig fra Drangedal- og Porsgrunn kommune.



Bilde gir oversikt over prosjektorganisering med navn.

## Prosjektgjennomføring:

Det er gjennomført ca. 12 prosjektmøter (ca. 1.5 time per møte) og ca. 7 styringsgruppemøter i prosjektperioden fra januar til desember 2025. Møtene ble stort sett avholdt fysisk, men også digitalt via teams. Utover dette er det gjennomført flere små arbeidsmøter. I regi av kommunene er det gjennomført to opplæringsdager for sykepleiere i Porsgrunn- og Drangedal kommune.

Prosjektgruppen var tverrfaglig sammensatt og med komplementær og relevant kompetanse for å løse oppdraget.

Vi startet med deltagelse fra hjemmetjenesten og koblet på sykehjem/institusjoner underveis i prosjektet.

Prosjektgruppen gjennomførte tidlig en prosesskartlegging av nytt tjenesteforløp og identifiserte de aktivitetene som måtte til for å kunne starte opp med digitale sårkonsultasjoner fra 1. desember 2025. Det resulterte i en aktivitetsliste med tydelig ansvar og frister for de ulike leveransene. Basert på aktivitetslisten ble det utarbeidet en fremdriftsplan med mål om å komme i gang med testing uten pasient før sommerferieavvikling, og med pasient fra august/september.

Det er, med utgangspunkt i dokumenter/erfaringer fra hovedprosjektet, utarbeidet lokale retningslinjer, henvisningsmal for sårbehandling generelt inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier for digitale sårkonsultasjoner. Dette «rammeverket» er tilgjengelig på sykehusets [nettside](#) og vil gjøre spredningen til de andre kommunene enklere.

For å muliggjøre implementeringen av det nye tjenesteforløpet, digitale sårkonsultasjoner, har både poliklinikken og hjemmetjenesten ved de ulike sonene og institusjonene gjennomført systematisk forbedringsarbeid, herunder endringer i rutiner og arbeidsprosesser.

### **Involverte kommuner / bydeler og poliklinikker,**

Kirurgiske poliklinikker i Porsgrunn tilbyr diagnostikk, utredning og behandling innen ortopedi, gastro og plastikk kirurgi. De har ingen dedikert sårpoliklinikk, men utfører sårbehandling innen alle tre fagområdene.

Sykehuset Telemark har en delvis regional funksjon knyttet til rekonstruksjon etter trykksår og brannskadebehandling for både Telemark, Vestfold og Agder.

Organisering av sårbehandling ved kirurgiske poliklinikker i Porsgrunn:

- Plast sår x 5 per uke
- Ort sår x 2 per uke, mandag og torsdag
- Gastro sår x 2 per uke, mandag og torsdag
- Diabetes sårteam x 1 per uke, tirsdager

- Tverrfaglig sårteam ca. x 1 per mnd.

I prosjektperioden ble det utpekt en lege (plastkirurg) med overordnet koordineringsansvar for sårbehandlingen i klinikken. Denne rollen gav verdifull drahjelp for prosjektet og et viktig bindeledd for å styrke samordningen mellom de ulike faggruppene innen sårbehandling, samt faglig samspill med samhandlingslegen.

Kirurgisk poliklinikk på sykehuset i Notodden ønske også å kople seg på løsningen, men det er besluttet at de involveres først etter at alle kommuner i Telemark har tatt i bruk nytt tjenesteforløp.

Porsgrunn kommune med 37 400 innbyggere og Drangedal kommune med 4000 innbyggere har vært pilot kommunene i prosjektet. Det har vært nyttig å ha med seg både en stor og en liten kommune i prosjektet, da dette ga innsikt i ulike organisatoriske og praktiske forutsetninger.

Vi erfarte underveis at «den store» kommunen var til god støtte for den «lille» kommunen og at de samarbeidet om bl. annet innkjøp av utstyr og i gjennomføring av en risiko- og sårbarhetsanalyse, DPIA (personvern konsekvensanalyse) og opplæring/kompetanseutvikling.

### **Involvering av fastleger, eventuelt brukerrepresentanter, andre:**

Leder for samhandlingslegene og SULT, har vært aktiv deltager i prosjektgruppen. Rollen har hatt stor betydning for «fastlege stemmen» inn i prosjektet og i dialogen inn mot fastlegene i pilot kommunene og de andre kommunene i Telemark.

SULT (Samarbeidsutvalg for leger i Telemark): SULT er forankret som en del av Helsefelleskapsstrukturen og er et lege til lege nettverk der både kommuneoverleger, fastleger, avtalespesialister og leger ved Sykehuset Telemark deltar. SULT møtes 2 ganger hvert år og utarbeider blant annet «anbefalinger om samarbeid».

Prosjektet har presentert SamSår for ALU (allmennlege utvalget) i Porsgrunn kommune og i kommuneoverlegenettverket i Grenland.

Prosjektet har lagt ut informasjon til fastleger på sykehusets hjemmeside, [fastlegesiden](#). Det er også sendt ut brev til alle fastleger i Telemark hvor det nye tjenestetilbudet er presenter, samt informasjon om ny henvisningsmal for sårbehandling inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier for digitale sårkonsultasjoner.

Prosjektet har hatt et møte med brukerutvalget på sykehuset som gav sin positive vurdering av prosjektet. Leder av brukerutvalget var også til stede da prosjektet ble presenter i sykehusets Styre i desember 2025.

### **Forankring:**

Prosjektet fikk protokollført Helsefelleskapets (SSU) støtte for prosjektet i møtet 06.02.2025. Deretter hadde delprosjektleder møte med kommunalsjefen for Helse og omsorg i Porsgrunn og hennes ledergruppe. De var veldig positive til prosjektet og ville bidra i prosjektperioden.

Samhandlingskoordinatorene i Telemark har vært bindeleddet mellom prosjektet og pilot kommunene, og bisto med rekruttering av relevante ressurser til prosjektgruppen. De har også bidratt med å sende ut div. informasjon i forbindelse med plan for spredning til de resterende kommunene i Telemark.

Både virksomhetsleder for Drangedal kommune og for Porsgrunn kommune har hatt en sentral rolle i den lokale styringsgruppen.

Internt på sykehuset har klinikkjefen for kirurgisk klinikk, prosjekteier, vært tett på arbeidet. Seksjonsleder for poliklinikken har sittet i prosjektgruppen og avdelingsledere for de ulike fagene har deltatt i styringsgruppen. Det har muliggjort raske avklaringer, god forankring og fremdrift.

### **Kompetanseutveksling:**

Det er i perioden gjennomført hospitering på kirurgisk poliklinikk, samt to workshoper i regi av kommunehelsetjenesten.

Det har blitt testet samhandling (utstyr og etisk og faglig gjennomføring av digitale konsultasjoner), først uten pasient og så med pasient.

Dette gav gode erfaringer for både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### **Resultater:**

I perioden 30.09.2025 - 20.02.2026 er det gjennomført 18 digitale sårkonsultasjoner fordelt på 18 pasienter.

- 3 fra Drangedal kommune
- 14 fra Porsgrunn kommune
- 1 fra Sunnaas sykehus (pasient tilhørende Telemark)

Aktuelle pasientgrupper: Vanskelig helende leggsår, diabetisk fotsår og trykksår. Alder fra 38 år til 95 år.

#### Foreløpige gevinster:

Transport:

Unngått belastende reiser og bruk av tid for pasienter med komplekse og sammensatte behov, sparte reisekostnader og miljø.

- Pasient innlagt på annet sykehus ville ha trengt ambulanse, tur -retur ca. 260 km (ca. 4 timer)
- 2 pasient fra sykehjem ville ha trengt ambulanse, tur-retur ca. 10 km
- 1 pasient fra sykehjem ville trengt taxi for rullestol, tur-retur ca. 6 km
- Resten av pasientene ville kjørt selv/ pårørende eller tatt buss
  - Pasient fra Neslandsvatn, tur-retur ca. 106 km
- Pasient boende på en øy, med ferge forbindelse, måtte hatt bistand av datter for fysisk konsultasjon. Digital konsultasjon gav spart tid for både pasient og datter (ca. 1 time hver vei)

Kvalitet:

- Pasient har tidligere «takket nei» til polikliniske konsultasjoner, men ønsket å være med på digital konsultasjon. Det resulterte i at såret, som pasienten hadde hatt i 1 år, grodde i løpet av 6-7 uker og hjemmesykepleien kunne avsluttet sårstell x 3 per. uke.
- Pasient som hadde hatt sår i over 2 år fikk oppfølging rundt sår og kompresjonsbehandling og etter noen uker grodde såret.
- Pasient med stort kreftsår i pannen slapp belastende reiser. Fikk vurdering av lege og en plan for sårbehandlingen ble utarbeidet i samarbeid med hjemmesykepleien.
- Pasient under rehabilitering på annet sykehus fikk vurdering av lege via digital sårkonsultasjon pga. trykksår som forsinket opptrening. Etter god dialog med både pasient og helsepersonell, ble det bestemt at pasienten kunne komme til operasjon dagen etter pga. en avlysning.

Prosjektet har blitt presentert i lokale nyheter, NRK Telemark og Vestfold, samt en reportasje i Drangedalposten. Pasienten sier at *«jeg er ikke i tvil om verdien av ordningen. Jeg håper dette blir permanent. Dette er framtida ... Det er veldig god dialog mellom hjemmesykepleien, sykehuset og meg. Jeg følger meg tryggere»*

- Hjemmetjenesten ser stor verdi i at pasient og pleier får lik informasjon om såret og sårbehandlingen. Det vil sikre riktig og konsekvent behandling, redusere risiko for feil. Felles forståelse styrker også pasientenes mestring, trygghet og medvirkning, samt forbedrer kommunikasjonen og samarbeid mellom pasient og hjemmetjenesten,
- Hjemmetjenesten opplever at de kan drøfte sine vurderinger der og da og starte riktig behandling raskere enn før.

Prosjektkoordinator skal jobbe videre med gevinstrealisering for poliklinikken. Digitale sårkonsultasjoner og mer sykepleiedrevet sårpoliklinikk vil bidra til å få ned ventetidene på poliklinikken og pasienter vil få raskere hjelp.

### Teknologi

Sykehuset og kommunehelsetjenesten benytter Norsk helsenett og join for virtuelt møterom.

På poliklinikken ble det installert en Cisco-desktop med alle krav til video integrert (touch- skjerm, kamera, mikrofon og høyttaler).

Porsgrunn og Drangedal kommune kjøpte inn Apple nettbrett- IPAD A16 Wi-Fi + Cellular med innbygd SIM kort, kr. 5 326 per brett.

Porsgrunn kommune kjøpte inn 3 nettbrett med stativ (3 hjemmetjenester/soner og 6 sykehjem) og Drangedal 1 nettbrett med stativ (en hjemmetjeneste og ett sykehjemmet)

Erfaringene viser at dette nettbrettet har en veldig god bildekvalitet. Oppdatering av helsenettet har gitt en bedre bildeoversikt for kommunehelsetjenesten, da de slipper speilvendt bilde/film. Erfaringer fra pilotkommunene er at utstyret er enkelt å bruke og de har organisert seg slik at det alltid er en «erfaren» sykepleier sammen med en «uerfaren» sykepleier/ HFA i den digitale konsultasjonen.

### **Erfaringer:**

I første prosjektmøte ble det trukket frem tidligere erfaringer med prosjekter der kommunene hadde opplevd at sykehuset inntok en belærende rolle. Dette skapte en opplevd ubalanse i samarbeidet og hadde en negativ innvirkning på samarbeidsklimaet. Med dette som bakteppe prioriterte vi ekstra tid til å avklare forventinger og diskuterte hvordan samarbeidet i prosjektet skulle fungere.

Veileder for digital sårbehandling, andre dokumenter og kompetansepakker fra tidligere prosjekt, samt «drahjelp» fra det regionale prosjektet har vært til uvurderlig betydning for å lykkes med prosjektet. Samtidig har det vært viktig at

prosjektdeltagerne har «jobbet seg gjennom» forløpet og utarbeidet lokale rutiner og retningslinjer. Det har gitt eierskap og forankring.

Det regionale prosjektet har utarbeidet anbefalte opplæringspakker for sår og sårbehandling. De anbefalte opplæringspakkene er forholdsvis tidsmessige omfattende å gjennomføre. I prosjektgruppen hadde vi en diskusjon om disse kursene skulle være obligatoriske for ansatte i kommunen. Vi erkjente at vi ikke kan legge føringer for det. Det er den enkelte leder i kommunehelsetjenesten som har ansvaret for å påse at medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse og opplæring til å utføre digitale sårkonsultasjoner i samsvar med retningslinjer og krav til forsvarlig helsehjelp.

Utfordringen med tjenestetilbudet digitale sårkonsultasjoner er at gevinstene fordeles ulikt mellom sykehus og kommune. For pasienten -og i et samfunnsøkonomisk perspektiv er gevinstene store, men for kommunehelsetjenesten medfører tilbudet økt ressursbruk og økte kostnader til forbruksmateriell. Dette kan være en kritisk barriere for at kommuner velger å ikke iverksette tjenestetilbudet.

Delprosjektet Telemark har identifisert følgende suksessfaktorer for å lykkes med implementeringen.

- Felles mål med pasienten i sentrum
- Utrulling av et allerede utprøvd tjenestetilbud, god «drahjelp»
- God forankring i Helsefelleskapet og i lederlinjene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Samhandlingslege i prosjektgruppen
- Tett samarbeid med samhandlingskoordinatorene i Telemark
- Tett samarbeid og likeverdige partnere i utarbeidelse av det lokale tjenesteforløpet
- Ildsjeler i begge organisasjoner
- Incentiver: Rekrutterings - og samhandlingsmidler
- Felles rammeverk, eks, retningslinjer, TIMES (sårverktøy)
- Sammen om opplæring, testing av utstyr og etisk kommunikasjon

Rekruttering - og samhandlingsmidler:

Delprosjektet søkte midler og fikk 1,6 millioner kroner for spredning av tjenestetilbudet til kommunene i Telemark. Økonomiske incentiver er en viktig faktor for å lykkes.

**Midler til videre arbeid med bredding:**

Rekruttering og samhandlingsmidlene dekker en frikjøpt 80% prosjektkoordinatorstilling i 12 mnd. (medio september 2026) Ressursen skal effektivisere spredningsprosessen og være en tilgjengelig ressurs for kommunene i oppstartfasen.

Det er også innvilget kr. 30 000,- x 17 til innkjøp av forbruksmateriell til kommunene i oppstarten, samt midler til kurs og kompetansehevende tiltak.

**Videre bredding/ implementering:**

Helsefelleskapet i Telemark (SSU) gav prosjektet, i møtet 21.11.2025, støtte til videre spredning av tjenesteforløpet med følgende vedtak:

*Helsefelleskapet i Telemark støtter prosjektet med målsetting om spredning av digitale sårtjenester til alle aktuelle pasienter i Telemark uavhengig av hjemkommune. SSU mener det er viktig å involvere fastleger i prosjektet. SSU i Helsefelleskapet skal holdes orientert om prosjektets videre fremdrift og resultater.*

Plan for bredding:

Det er sendt ut brev til kommunalsjefene i Helse og Velferd i Telemark, via samhandlingskoordinatorene, med invitasjon til en informasjons- opplæringsdag. Målgruppen for denne dagen er ledere og fagutviklingssykepleier/ dedikert ressurs som får ansvar for å gjennomføre implementering i egen hjemmetjeneste/ institusjon. Det ble gjennomført en ½ dag i nedre og øvre Telemark i løpet av januar og februar.

Det møtte opp 22 helsepersonell fra 6 kommuner ved møte i nedre Telemark og 26 helsepersonell fra 7 kommuner i øvre Telemark. Tilbakemeldingene fra samlingene har vært udelt positive.

Prosjektkoordinator i samarbeid med fagutviklingssykepleier i Porsgrunn kommune står ansvarlig for innholdet i disse dagene.

## Program for dagen:

- 11.00-12.00 Lunsj og bli kjent
- 12.00-12.30 Informasjon om digital sårbehandling
- 12.30-13.15 Gjennomgang av retningslinje, sjekklister og risikoanalyse
- 13.15-13.30 Pause
- 13.30-14.00 Kommunal verktøykasse

- 14.00-14.30 Teknisk utstyr for kommunen
- 14.30-15.00 Kompetansepakke m/TIMES

Prosjektkoordinator rolle videre blir å følge tett opp kommunene for å sikre fremdrift i implementeringen, herunder også fastlegekontorene i utkantkommunene.

Alle kommuner i Telemark er nå informert om den nye tjenestemodellen SamSår og flere av kommunene er i gang med både innkjøp, organisering og en plan for videre fremdrift og implementering.

Prosjektkoordinator har gjennomført informasjonsmøte med fastleger i Tokke kommune og skal ha en presentasjon om SamSår på en "Fagkveld om sår og sårbehandling" for sykepleiere og fastleger i Midt- og Øvre-Telemark mars-26.

Helsefelleskapets ønske om oppfølging og orientering om videre fremdrift og resultater vil være verdifull støtte i spredningsarbeidet.

#### **Aktuelle vedlegg:**

- [Kommunal sjekklister](#)
- [Mal](#) for henvisninger til sår generelt

## 15 Vedlegg 6 Delprosjekt Ahus

### SamSår sluttrapport 2026

#### Delprosjekt Ahus

##### Prosjektledelse / organisering:

Delprosjektleder: Henriette Selby Ebbestad (rådgiver ortopedisk stab)

Iselin Hammer Larsen – e-helse

Sårsykepleiere orto

##### Styringsgruppe

Øyvind Antonsen

Inge Skråmm

##### Kort oppsummering:

Prosjektet startet godt den første måneden. Det ble imidlertid tydelig at det var behov for intern modning og bedre forankring, både i sykehus og kommuner. Selv om prosjektet var forankret i toppledelsen, manglet det forankring nedover i organisasjonen.

Det var mange ulike meninger og lite koordinering internt. Manglende midler førte til begrensede ressurser og lite tid satt av til prosjektarbeid.

Ortopeden bidro med delprosjektleder, men det var utfordrende å få med andre faggrupper.

Kar-kirurgisk avdeling mente at de allerede hadde gode nok løsninger og viste liten motivasjon for endring.

Andre fagområder opplevde at de ikke hadde relevante pasienter.

### **Prosjektgjennomføring:**

Det ble forsøkt å etablere en prosjektgruppe, men arbeidet stoppet med det. Lillestrøm kommune trakk seg, og ingen andre kommuner meldte seg. Rekrutteringen ble forsøkt gjennom presentasjon i helsefellesskapet, men interessen uteble. Det ble purret på tilbakemeldinger, uten at dette førte til flere deltakere.

### **Involverte kommuner / bydeler og poliklinikker,**

Det var begrenset deltagelse fra kommuner og bydeler. Poliklinikker ble involvert i et visst omfang, men ikke i stor nok grad til å sikre fremdrift og tverrfaglig deltagelse.

### **Involvering av fastleger, eventuelt brukerrepresentanter, andre:**

Fastleger var ikke involvert.

En brukerrepresentant ble inkludert og holdt løpende oppdatert om status. Brukerrepresentanten var positiv og støttende til prosjektet.

### **Forankring:**

**Kompetanseutveksling:** Det ble delt kompetansemateriell, inkludert videoer og skriftlige veiledere. Materiellet ble tatt godt imot og tatt i bruk i klinikken.

- Kompetansematerialet som ble delt ga økt kunnskap i klinikkene.
- Det bidro til økt kjennskap til modellen og tilnærmingen (Samsår).

### **Resultater:**

Prosjektet ble møtt med gjennomgående positivitet, men manglet både forankring og gjennomføringsevne. Viktige årsaker var mangel på ressurser og fravær av tydelig ansvar og oppfølging i klinikkene.

- Utstyr var tilgjengelig.
- Informasjon og kompetansemateriell ble delt og tatt i bruk.
- Modellen fikk økt oppmerksomhet, selv om prosjektet ikke ble fullt gjennomført.

### **Forbedringsområder:**

### **Samarbeid mellom kommuner og sykehus**

- Tidligere og tydeligere forankring hos alle aktører.
- Klargjøring av forventninger og ansvar på tvers av nivåene.

### **Organisering og ressurser**

- Tidlig ressursplanlegging, inkludert midler til koordinering.
- Sikre nok interne ressurser i klinikker, divisjoner og på tvers.

### **Forankring i helsefellesskapet**

Prosjektet kom i hovedsak fra sykehuset, og sykehuset hadde størst gevinst av det. En tidligere og bredere forankring i helsefellesskapet ville trolig styrket rekruttering og engasjement.

### **Erfaringer:**

Prosjektet hadde ingen egne midler, noe som burde vært søkt om i forkant.

Modellen (Samsår) og arbeidsmåten har fått økt synlighet, noe som legger til rette for lignende initiativer i fremtiden.

Et nytt prosjekt med samme idé, men videreutviklet konsept og annet system, er nå enklere å starte opp på grunn av økt kjennskap.

### **Videre arbeid: Midler til nytt prosjekt «Helhetlig digital såroppfølging»**

Ahus har fått tildelt midler til prosjektet «Helhetlig digital såroppfølging» som bygger på SamSår-prosjektet. Sammen med kommunene Ullensaker, Lillestrøm, Nittedal og Aurskog-Høland skal modell for samhandling og videokonsultasjoner integreres i Helsefellesskapets felles digitale plattform. Arbeidet skal styrke samhandling, kvalitet og effektiv ressursutnyttelse i både sårforløp og hjemmesykepleie. Det er utlyst en 80 % prosjektlederstilling.

