

# Digital sår tjeneste

Følgeevaluering fase 1

Hilde Solli  
Lena Leren  
Ingebjørg Irgens  
Hilde Eide  
Espen Andreas Brembo

## Senter for helse og teknologi





Hilde Solli, Lena Leren, Ingebjørg Irgens, Hilde Eide og Espen Andreas Brembo

## **Digital sårtjeneste**

Følgeevaluering fase 1

*«Jeg kan jo si at jeg har jo vært med på en del av de videokonsultasjonene. Og jeg hadde ikke noe ... jeg var absolutt ikke noe god på sår ifra før. Men gjennom de konsultasjonene som jeg har vært med på, så har jo jeg også fått mye bedre kompetanse på sår. Og det er jo fordi jeg hører vurderingene de gjør på sårpol. Altså de forteller jo høyt om både type bandasjer, og i forhold til sekresjon og av vurderingen av såret de gjør»*

© 2022 Forfatterne

Universitetet i Sørøst-Norge  
Drammen/Porsgrunn, 2022

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 84

ISSN: 2535-5325 (online)

ISBN: 978-82-7206-651-1 (online)



Utgivelser i skriftserien publiseres som Creative Commons\* og kan kopieres fritt og viderefremidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. [http://creati-](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no)

[vecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no)

## Forord

Forskergruppen vil takke informanter ved poliklinikken på Kongsberg sykehus og ved hjemmetjenesten i Kongsberg kommune for aktiv deltagelse på fokusgruppeintervjuer hvor dere delte deres erfaringer og refleksjoner med oss. Vi vil også takke prosjektledere, Bodil Bach for å ha inkludert oss i møter, observasjon og workshoper og gitt oss innsyn i dokumenter som har vært viktig for vår forståelse for prosjektets hensikt og utvikling.

Rapporten er forfattet av forskere ved Senter for helse og teknologi, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og Sunnaas Sykehus:

### **Senter for helse og teknologi, USN:**

Espen Andreas Brembo - prosjektleder

Hilde Solli – førsteforfatter, prosjektmedarbeider

Lena Leren - prosjektmedarbeider

Hilde Eide – prosjektmedarbeider

### **Sunnaas Sykehus**

Ingebjørg Irgens - prosjektmedarbeider

Drammen/Porsgrunn/Nesodden 01.03.22

## Sammendrag

Forskerne har følgeforsket prosjektet «Digital sårtjeneste, Fase 1» (Febr-20 - juni-21). Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom Vestre Viken HF sårpoliklinikk, 4 baser ved Kongsberg kommunes hjemmetjeneste, fastlegerepresentant og Universitetet i Sørøst-Norge. Prosjektet var innovativt ved at hensikten var å implementere en ny digital tjeneste hvor sårpoliklinikken kunne bidra med sin kompetanse til hjemmesykepleiere som stelte vanskelig helende sår hjemme hos pasienten. Hensikten var også å inkludere fastlegene i denne tjenesten, både for å øke deres sårkompetanse, og for at de kunne være støttende for hjemmesykepleieren i samarbeidet om sårpatienten. For pasienten var hensikten å skape en mer sømløs tjeneste mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Fase 1 av prosjektet hadde som formål å utvikle en tjenestemodell for samarbeid om såroppfølging, som kunne videreføres og breddes ut til nye regioner. Det ble spesielt utfordrende å drive prosjektet og følgeforske dette under en pandemi. Sammendraget viser i korte trekk hvilke gevinster, muligheter og utfordringer forskerne identifiserte, og hvilke anbefalinger som gis i videre utvikling av prosjektet.

### Gvinster:

#### Felles:

- Spennende og inspirerende å ta i bruk ny teknologi
- Helsepersonell ved sårpoliklinikken og i hjemmetjenesten har blitt bedre kjent med hverandres arbeidsmetoder og kompetanseområder
- Nye erfaringer ved digital sårvurdering, og en oppfatning av at dette kunne bedre sårbehandlingen.

#### Poliklinikken:

- Sårpoliklinikken har fått et unikt innblikk i pasientens hjemmearena
- Sårpoliklinikken sparer tid ved å slippe mottagelse av pasient og organiseringen rundt konsultasjonen.

#### Hjemmetjenesten:

- Tverrfaglig dialog stimulerer kompetanseutvikling
- Kompetanseoverføring gjennom dialog og samhandling relatert til fagterminologi, sårvurdering og behandlingsmetoder.

#### Pasienten:

- Fornøyde pasienter som slipper å reise til sykehuset

### **Muligheter:**

#### Felles:

- Kan være gunstig å alternere annenhver gang mellom sårbehandling på sårpoliklinikk og videokonsultasjon hjemme hos pasienten.

#### Poliklinikken:

- Flere skjermer og hodekamera vil øke muligheten for flere videokonsultasjoner og ad hoc konsultasjoner

#### Hjemmetjenesten:

- Kan på sikt ha digital «hospitering» under poliklinisk sårstell, noe som kan gi økt kompetanse til mange helsepersonell samtidig.

#### Fastlegene:

- Kan på sikt ha digital «hospitering» under poliklinisk sårstell, noe som kan gi økt kompetanse for å støtte hjemmetjenesten og å bedre kvaliteten på henvisning til sårpoliklinikk.

### **Utfordringer:**

#### Felles:

- Opplevelse av begrenset mulighet til kollegial diskusjon og tilbakemeldinger når pasient er tilstede på videokonsultasjonen.
- Det digitale journalsystemet var ikke tilrettelagt for direkte kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og poliklinikken. Det resulterte i mange telefoner frem og tilbake mellom partene og kunne forsinke sår vurderingen av pasienten.

#### Poliklinikken:

- Manglende personalressurser til å rekruttere nye pasienter til digital sår tjeneste. Rekruttering av pasienter blir en tilleggsoppgave som blir bortprioritert, og prosjektet sliter med færre gjennomførte videokonsultasjoner enn forventet.
- Det er kun ett rom tilgjengelig med nødvendig videokonsultasjonsutstyr. Dette begrenser fleksibilitet og potensialet for ad hoc videokonsultasjoner.
- Varierende lysforhold og nettilgang i pasientens hjem påvirker bildekvaliteten og videokonsultasjonens kvalitet.

#### Fastlegene:

- Fastlegene gir inntrykk av å ikke ha behov for kompetanseøkning i sårbehandling, og er lite interessert i å delta i tjenesten.
- Omstendelig prosedyre for å få henvist pasienten videre til sårpoliklinikken, kan føre til forsinkelse i sårbehandlingen

#### Hjemmetjenesten:

- Manglende rekruttering av potensielle pasienter som kan være kandidater for digital sårtjeneste.
- Begrensede ressurser for systematisk opplæring.
- Ressurskrevende for personalet å få bli kjent med teknologien og bli fortrolige med å bruke den.
- Mer arbeid og ansvar blir lagt på hjemmesykepleien når de utfører sårstell som tidligere ble fulgt opp av sårpoliklinikken.
- De må være to personer tilstede ved digital sårbehandling mot en person tidligere.
- Erfarer lite faglig støtte fra fastlegene.

#### Pasienten:

- Enkelte pasienter er lite samarbeidsvillige og ønsker ikke nødvendig oppfølging.
- Å kommunisere med og involvere pasienten underveis i gjennomføringen av sårstellet

#### **Anbefalinger:**

##### Poliklinikken:

- Tilrettelegge for at hjemmesykepleiere kan hospitere fysisk på poliklinikken for å øke sin kompetanse.
- Tilrettelegge for at poliklinikken kan overføre sårbehandling av pasient fra poliklinikken til hjemmetjenesten
- Tilrettelegge for økt personellressurs til rekruttering av pasienter til digital sårbehandling.
- Tilrettelegge for mer fleksibel bruk av nødvendig utstyr for digital sårbehandling.
- Anskaffelse av hodekamera til poliklinikken slik at de kan øke bildekvaliteten og eskalere muligheten for kompetanseoverføring.

##### Fastlegene:

- Ta del i digital sårbehandling med poliklinikken for å øke sin kompetanse i sårprosedyrer og behandlingsprinsipper, for å tilstrebe mer likhet i oppfølging av sine sårpasienter sammenlignet med sårpoliklinikkens oppfølging av slike sårpasienter. Dette ville føre til en bedre samhandling med hjemmetjenesten og være til pasientens beste.
- Ta i bruk videokonsultasjon for vurdering av sår når hjemmetjenesten varsler om vanskelig helende sår. Dette ville være støttende overfor hjemmetjenesten i deres vurdering og gi bedre vurderingsgrunnlag for poliklinikken når de mottar henvendelse fra fastlegen om sårvurdering av pasient.

##### Hjemmetjenesten:

- Tilrettelegge for at rekruttering av pasienter fordeles på mer enn en person.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1.	Aktuell forskning om sår og avstandsoppfølging.....	1
<b>2.</b>	<b>Innovasjonsprosjektet.....</b>	<b>4</b>
2.1.	Implementering av videokonsultasjon .....	4
2.2.	Implementering av overføring av bilde/hodekamera .....	5
<b>3.</b>	<b>Følgforskning .....</b>	<b>6</b>
3.1.	Hensikt .....	6
3.2.	Design og metode .....	6
3.3.	Datainnsamling .....	6
3.3.1.	Fokusgruppeintervju .....	7
3.3.1.1.	FGI med hjemmetjenesten .....	7
3.3.1.2.	FGI med poliklinikken.....	8
3.4.	Analyse .....	8
<b>4.</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>9</b>
4.1.	Erfaringer og perspektiver fra poliklinikken .....	9
4.1.1.	Samarbeid .....	9
4.1.1.1.	Fastlegen .....	9
4.1.1.2.	Hjemmesykepleien.....	10
4.1.1.3.	Pasienten.....	11
4.1.2.	Videokonsultasjon.....	12
4.1.2.1.	Tverrfaglig dialog.....	12
4.1.2.2.	Digital sårkompetanse .....	13
4.1.2.3.	Teknologisk kompetanse .....	14
4.1.3.	Handlingsrom .....	15
4.1.3.1.	Gevinster .....	15
4.1.3.2.	Muligheter.....	15
4.1.3.3.	Utfordringer .....	16
4.2.	Erfaringer og perspektiver fra hjemmetjenesten .....	18
4.2.1.	Samarbeid .....	19
4.2.1.1.	Innad i hjemmesykepleien .....	19



4.2.1.2.	Fastlegen .....	20
4.2.1.3.	Sårpoliklinikken .....	22
4.2.1.4.	Pasienten.....	23
4.2.2.	Videokonsultasjon.....	24
4.2.2.1.	Tverrfaglig dialog.....	24
4.2.2.2.	Sårkompetanse i utvikling.....	26
4.2.2.3.	Teknologisk kompetanse .....	28
4.2.3.	Mulighetsrom.....	30
4.2.3.1.	Gevinster .....	30
4.2.3.2.	Nyttepotensialet .....	31
4.2.3.3.	Utfordringer .....	32
<b>5.</b>	<b>Perspektiver på samarbeid om sårbehandling .....</b>	<b>33</b>
<b>6.</b>	<b>Forskerteamet .....</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>36</b>

## 1. Introduksjon

Det norske helsevesenet har etter tusenårsskiftet gjennomgått store strukturelle og organisatoriske endringer med hensyn til behandling og pleie av pasienter som nå i stadig større grad foregår i hjemmet fremfor i institusjon (St.meld.nr.47, 2008-2009). I takt med omlegging av helsevesenet, er antall eldre hjemmeboende pasienter økende, mens tilgjengelig antall helsepersonell er mangelfullt (Meld.St.26, 2014-2015; Meld.St.29, 2012-2013). Forflytning av pleie og omsorgsoppgaver fra institusjoner og ut til kommunehelsetjenesten, har bidratt til behov for mer omfattende og spesialisert kompetanse innen pleie og omsorg av hjemmeboende pasienter (Bing-Jonsson, Foss, et al., 2016; Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Solli et al., 2012).

Økt bruk av velferdsteknologi har i flere år være et nasjonalt satsingsområde i kommunene for å tilrettelegge for en hensiktsmessig tilpasning av digitale helsetjenester (Kommunenes Sentralforbund, 2021). Videokonsultasjon (VK) er en form for velferdsteknologi som kan lette samarbeidet mellom tverrfaglig helsepersonell, institusjoner og brukere (Direktoratet for e-helse, 2020; Normen, 2021). Bruk av VK har vist seg nyttig blant annet med kompetanseoverføring mellom helsepersonell (Irgens et al., 2021; Irgens et al., 2015) og i oppfølging av pasienter i hjemmet (Pols, 2012; Solli et al., 2012; Solli & Hvalvik, 2019). Det er således et nasjonalt satsningsområde at oppfølging av pasienter skal, så langt mulig, foregå i pasientens hjem ved hjelp av digital hjemmeoppfølging, sensorteknologi, nettbaserte behandlingsprogram og VK (Direktoratet for e-helse, 2020; Meld.St.7., 2019-2020).

### 1.1. Aktuell forskning om sår og avstandsoppfølging

Vanskelig helende sår er et utbredt problem som er kostbart for samfunnet (Olsson et al., 2019). Det antas at et sted mellom 50 000 og 100 000 personer har vanskelig helende sår i Norge (Langøen & Gürgen, 2019), og at forekomsten sannsynligvis vil øke i takt med at befolkningen stadig blir eldre (Atkin et al., 2019). Mange eldre med vanskelige sår trenger hyppig oppfølging fra både kommunale helsetjenester og spesialiserte poliklinikker, som krever tett samarbeid mellom omsorgsnivåene. Venøse sår, diabetes fotsår, arterielle sår og trykksår er de vanligste, men også kreft, autoimmune sår, infiserte akutte sår og operasjonssår kan kreve behandling over tid av kompetent personell. De fleste kroniske venøse leggsår forekommer i aldersgruppen 60 til 80 år. Fot- og leggsår er de største gruppene av sår som trenger spesialisert behandling og de fleste blir fulgt opp i kommunehelsetjenesten. Den estimerte årlige prevalensen av fot- og leggsår i publiserte studier varierer fra 0,18 % til 2,1 %, og når 5 % hos pasienter over 65 år (Agale, 2013). Kroniske sår av blandet etiologi har en samlet prevalens på 0,22 %, og kroniske leggsår har blitt estimert til en prevalensrate på 0,15 % (Martinengo et al., 2019). Kroniske leggsår kan ta måneder eller år å helbrede, og nye sår kan oppstå fordi de underliggende faktorene ikke har blitt, eller kan ikke behandles tilstrekkelig (Agale, 2013). Langsiktig oppfølging av kroniske sår representerer dessuten en betydelig utgift for samfunnet (Nussbaum et al., 2018) . I tillegg til direkte

behandlingskostnader kan sårproblematikk også påvirke morbiditet, mortalitet og livskvalitet for den det gjelder (Cao et al., 2013; Lidal et al., 2007; Lidal et al., 2008; Lourenco et al., 2014). Green et al. (2014) gjennomgikk litteraturen for å utforske faktorene som påvirker livskvaliteten til pasienter med kronisk venøse leggsår. Smerte, eksudat, lukt og påvirkning på mobilitet var daglige utfordringer for pasientene. Noen utviklet også depressive symptomer. Evnen til å engasjere seg i hverdagen var begrenset enten på grunn av såret, bandasjen eller en selvpålagt isolasjon som svar på virkningen av symptomene.

Digital transformasjon har prioritet i dagens politiske agenda over hele verden. En global strategi for digital helse 2020-2024 fastsatt av Verdens helseorganisasjons (WHO) skal understøtte oppnåelsen av FNs helserelaterte bærekraftsmål (United Nations, 2015) og å forbedre helse for alle, overalt ved å fremskynde utviklingen og bruken av passende, tilgjengelige, rimelige, skalerbare og bærekraftige personsentrerte digitale helseløsninger (WHO, 2020). I Norge er det en politisk satsning å utnytte potensialet til digitale teknologier for å forbedre omsorgsmodeller og utvikle behandlingsforløp på en måte som forbedrer tilgjengeligheten og effektiviteten til tjenestene (Direktoratet for e-helse, 2019; Meld.St.7., 2019-2020). Avstandsoppfølging av sår kan støtte tilgang til spesialisert behandling i avsidesliggende områder, har potensial til å forkorte tiden for sårtilheling, redusere transportkostnadene og redusere risikoen for amputasjoner sammenlignet med tradisjonell standardbehandling (Chen et al., 2020; Flodgren et al., 2015; Santamaria & Kapp, 2013; Teot et al., 2020). Lang reisevei til behandler kan forverre et allerede oppstått sår (DeJong et al., 2013). Lang reisevei kan også medføre vanskeligere tilgjengelighet til behandlingsstedet for personer som bor langt unna. Dette vil i verste fall kunne medføre forsinkelser i å få tilgang til nødvendig behandling (Ariss et al., 2015; Tyagi et al., 2019). Tiltak som reduserer slike forskjeller vil dermed kunne bidra til at riktig person får riktig behandling til riktig tid (Obstfelder et al., 2007; St.meld.nr.47, 2008-2009).

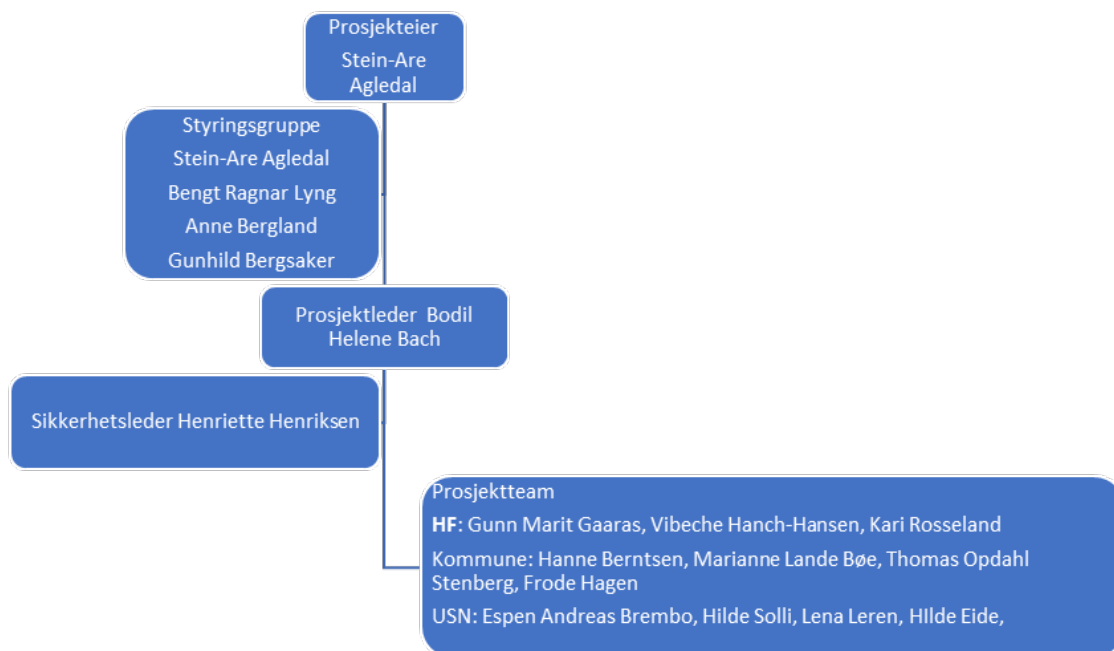
Forskning knyttet til digitale teknologier i helsetjenester har vist lovende helserelaterte utfallsmål og argumenterer for potensialet for ytterligere bruk og optimalisering. Relativt få helsepersonell har imidlertid blitt formelt opplært i bruk av digital teknologi utover de systemene som allerede er velintegrert i arbeidshverdagen. Tilsvarende har få helsepersonell mottatt opplæring eller opplæring i kommunikasjonsferdigheter ved å bruke digitale teknologier (Melby et al., 2019). Flere studier har testet om kvaliteten på sårpleie kan opprettholdes ved bruk av telemedisinske systemer og/eller videokonsultasjoner, og resultatene er blandet avhengig av det spesifikke helseproblemet (Flodgren et al., 2015; Nordheim et al., 2014). En nylig publisert oversiktsartikkel konkluderer med at telemedisin har en positiv innvirkning på både sårtilheling og brukeropplevelser (Bondini et al., 2020). Telemedisin viser seg også ha positiv effekt på brukermedvirkning, samhandling og kompetanseheving (Rasmussen et al., 2015).

En fersk systematisk gjennomgang og metaanalyse basert på 6 RCT-er og 6 kohortstudier med 3913 pasienter antyder at man ved hjelp av telemedisin ser ut til å kunne oppnå like gode resultater som man får med konvensjonell standardbehandling av kroniske sår. Forfatterne

konkluderer med at telemedisin kan være en gunstig metode for pasienter som bor i avsidesliggende eller landlige områder (Chen et al., 2020). En norsk studie (Smith-Strom et al., 2018) med et klyngerandomisert design fant ut at telemedisingruppen hadde en signifikant lavere andel amputasjoner, og det var ingen signifikante forskjeller i andelen av dødsfall, antall konsultasjoner eller pasienttilfredshet sammenlignet med standard poliklinisk behandling. Det var imidlertid en tendens til at estimatene for disse resultatene favoriserte telemedisingruppen. Forfatterne konkluderer med at bruk av denne type teknologi kan være et relevant alternativ og supplement til vanlig omsorg, i hvert fall for pasienter med mer overfladiske sår (Smith-Strom et al., 2018). Studier fra Israel med fokus på telemedisin og videokonsultasjoner for sår i nedre ekstremiteter assosiert med betydelig sykkelighet og dødelighet konkluderer med at telemedisinske systemer og videokonsultasjoner har samme kvalitet som ansikt-til-ansikt konsultasjoner ved en spesialistklinikk (Gamus & Chodick, 2019; Gamus, Kaufman, et al., 2019; Gamus, Keren, et al., 2019). En fransk studie (Sood et al., 2016) som gjennomgikk data som involverte 5795 pasienter på en mobil sårklinikk med forskjellige typer sår (trykksår 44 %, leggsår 24 % og diabetiske fotsår 8 %), fant at 75 % av sårene ble bedre eller grodde. Det var 72 % reduksjon i antall sykehusinnleggelser og 56 % reduksjon ved ambulanseoverføringer til sårhelingsentre (Sood et al., 2016).

## 2. Innovasjonsprosjektet

Med utgangspunkt i de nasjonale føringene for digital hjembasert pasientoppfølging (Meld.St.7., 2019-2020) ble det i oktober 2019 tatt initiativ til et samarbeid om «Digital sår tjeneste» mellom Norway Health Tech, Vestre Viken HF (VVHF), Sunnaas sykehus og USN med flere (Bach, 2020). Oppstartsseminar for innovasjonsprosjektet «Digital sår tjeneste» kom i gang 20. februar, 2020. Metodikken som var valgt for gjennomføringen av prosjektet var blant annet Tjenesteutvikling, beskrevet i Veikart for tjenesteinnovasjon (Kommunenes Sentralforbund, 2021) og i prosjektrapport fra fase 1 av prosjektet (Bach, 2021). Implementering av bruk av VK og bruk av hodekamera er beskrevet i kap. 2.1 – 2.2. Prosjektet var organisert på som vist i Figur 1: Prosjektorganisering



Figur 1: Prosjektorganisering (Bach, 2020).

### 2.1. Implementering av videokonsultasjon

Prosjektleder gjennomførte flere kurs med opplæring i bruk av Norsk Helsenett sin internettløsning for VK (Norsk Helsenett, 2021) for alle involverte parter. Prosjektleder formidlet også følgende prosedyrer:

- Videomøte via Join.nhn.no. ved bruk av nettleser Chrome, Edge og Explorer
- Videomøter via Join.nhn.no, - og med smarttelefon
- DIPS – Videokonsultasjon, registrere timer og oppmøte
- Bruk av timebok, innkalling til video-konsultasjons time, og bruk av snarvei til virtuelle møterom
- Sjekkliste for sikkerhetskrav og føringer
- Sjekkliste for etterregistrering videokonsultasjon

- Sjekkliste for behandler i videokonsultasjon
- Sjekkliste for møtearrangør på videokonferanse
- Sjekkliste for deltaker i videomøte

## 2.2. Implementering av overføring av bilde/hodekamera

I starten av prosjektet foregikk VK mellom Kongsberg sårpoliklinikk og hjemmetjenesten ved bruk av iPad, iPad Pro eller Iphone. I tilpassingen for å oppnå best mulig kvalitet på bildene var erfaringsbasert metode benyttet for å oppnå best virkelighetsnære farger, forståelse av dybde i såret og bedømmelse av nødvendig lystilførsel. Opplæring i bruk av hodekamera (HMT-1 Head Mounted) ble gjennomført digitalt 29. januar-21, med mulighet for opplæring ved fysisk tilstedeværelse i etterkant. Figur 2 under viser praktisk bruk av kameraet.



Figur 2: Hodekamera (Sykehuset Innlenadet, 2019)

### **3. Følgeforskning**

Innovasjonsprosjektet har hatt følgeforskere med i implementeringsprosessen – Fase 1 av prosjektet. Følgeforskning er en form for evaluerende forskning som følger utviklingen i prosjektet for å gi en formativ eller summativ evaluering av de intervensjoner som er gjennomført (Olsen et al., 2002). Følgeforskere kan ha en aktiv deltagende rolle eller en passiv rolle, hvor langsgående dialog mellom partene er viktig for gjensidig forståelse for det som skal evalueres. Målet med følgeforskning er å gi oppdragsgiverne en forskningsbasert rådgivning med konkrete innspill på de intervensjoner som evalueres (Olsen et al., 2002).

#### **3.1. Hensikt**

Hensikten med følgeforskningen var å identifisere hvilke faktorer som fremmer og hvilke faktorer som hemmer innføring av digital sårtjeneste.

#### **3.2. Design og metode**

Prosjektet har et eksplorativt design på grunnlag av at det foreligger lite forskning om implementering av digitale sårtjenester, og metoden er basert på en kvalitativ casestudie. En casestudie er valgt fordi det gir mulighet til å undersøke et avgrenset fenomen på en dyptgående måte ved å evaluere dette fra forskjellige sider (Polit & Beck, 2020). Kvalitativ tilnærming er valgt for å utforske og beskrive helsepersonell fra poliklinikk og hjemmetjenesten sine erfaringer og vurderinger av digital sårbehandlingstjeneste av vanskelig helende sår hos hjemmeboende pasienter med et før og nå perspektiv, relatert til oppstart av dette prosjektet.

#### **3.3. Datainnsamling**

Følgeforskerne har i dette prosjektet hatt en observerende rolle gjennom implementeringsprosessen (februar-19 – juni-21). Det har vært avholdt regelmessige dialogmøter mellom forskergruppen og prosjektleder underveis i prosessen. Forskergruppen har hatt mulighet til å være til stede ved møter mellom prosjektleder - referansegruppen, prosjektleder - sårpoliklinikken og hjemmetjenesten, workshops og opplæringsseksjoner. Videre har det vært flere langsgående møter med prosjektleder. Disse kontaktpunktene har bidratt til at forskerne kunne følge med i utviklingen av prosjektet, og med dette også opparbeidet seg en nødvendig innsikt i konteksten ved poliklinikken, hjemmetjenesten og organiseringen rundt pasienter med sår og deres samarbeidende helsetjenester.

Våre evalueringer og tilrådninger for videre utvikling av tjenesten er basert på følgende kilder:

To fokusgruppeintervjuer (FGI) med ansatte på sårpoliklinikken ved Kongsberg sykehus og to FGI med ansatte ved de fire basene i Kongsberg kommunes hjemmetjeneste. Det ble også planlagt observasjon av VK med videoopptak for å kunne evaluere selve gjennomføringen, men dette lot seg ikke gjennomføre grunnet utfordringer med rekruttering. Deltakere ble informert skriftlig og muntlig om forskningens formål, hva det ville innebære for den enkelte å delta i intervjuene, prosedyrer for datahåndtering, prinsippet om frivillig deltakelse, og de gav skriftlig eller muntlig eksplisitt samtykke. Prosjektet er godkjent ved Norsk Senter for Forskningsdata (NSD: NO 635528) og personvernombudet i Vestre Viken HF (20/05665-1 / 005).

### 3.3.1. Fokusgruppeintervju

Ifølge Krueger (2015) er det hensiktsmessig å intervju en gruppe personer for bedre å forstå hva forskjellige personer mener og erfarer angående et felles anliggende. Det er i denne sammenheng viktig å ha et strategisk utvalg av informanter, hvor man etterstreber å få til en sammensetning av informanter som har erfaring eller kompetanse som er relevant for at de skal kunne svare og reflektere rundt den aktuelle saken det forskes på. Datamaterialet skapes ved at gruppen diskuterer de spørsmål eller påstander forskerne ber om tilbakemeldinger på. Gjennom en gruppediskusjon vil man ha muligheten til å få tilgang til et rikt datamateriale ved at flere meninger og erfaringer kommer frem og blir belyst (Krueger, 2015; Morgan, 2018).

Fokus for det første FGI var likt for hjemmetjenesten og poliklinikken:

- Å utforske deres erfaringer knyttet til sårbehandling i tiden før innføring i bruk av VK og bilde / hodekamera, og i tiden etter de hadde startet opp denne tjenesten. Hva var/er utfordrende FØR/NÅ og hvilke erfaringer har de med samhandling mellom hjemmetjenesten, fastlegene og poliklinikken?

Fokus for det andre FGI var likt for hjemmetjenesten og poliklinikken:

- Å utforske de erfaringene de hadde fått med bruk av digitale sårkonsultasjoner, hvilke faktorer virket hemmende / fremmende i gjennomføringen av tjenesten? Hvordan er samhandlingen mellom hjemmetjenesten, fastlegen og poliklinikken pr NÅ – har noe endret seg?

#### 3.3.1.1. FGI med hjemmetjenesten

To semistrukturerte FGI ble gjennomført med hjemmetjenesten i Kongsberg kommune. Det første intervjuet ble gjennomført i mars 2021 hvor 12 personer deltok, og intervjuet hadde en varighet på 65 minutter. Det andre intervjuet ble gjennomført i slutten av mai 2021 med ni deltagere og varte i 70 minutter. Begge intervjuene foregikk digitalt via videotjenesten til norsk helsenett ([join.nhn.no](https://join.nhn.no)) på grunn av de gjeldende Covid-19 restriksjoner for fysiske møter. Det ble gjort digitalt lydopptak med programvaren Audacity. Fagsykepleier rekrutterte deltagere som hadde erfaring med



sårbehandling. Utvalget besto av både sykepleiere og helsefagarbeidere. En forsker (HS) hadde rolle som moderator med ansvar for å lede og holde fokus i intervjuet og oppmuntre til diskusjon mellom deltakerne. En annen forsker (EAB) hadde rolle som assisterende moderator med ansvar for å observere gruppedynamikken, oppsummere innholdet underveis, samt bidra til å sentrere diskusjonen omkring de vesentlige temaene i samtalen.

#### 3.3.1.2. *FGI med poliklinikken*

Det ble gjennomført to digitale semistrukturerte FGI med personalet på poliklinikken via join.nhn.no. Det første ble gjennomført i mars-21 hvor syv personer deltok, hvorav to var polikliniske leger og en var fastlege tilsluttet prosjektet. Intervjuet varte i ca. 90 minutter og ble fulgt med digitalt lydopptak. Det andre FGI ble gjennomført i oktober-21, hvor bare to personer deltok; en lege og en sykepleier/seksjonsleder. Intervjuet varte ca. 50 minutter og ble gjennomført med digitalt lydopptak. Det ble gjort flere forsøk på å få det andre FGI tettere opp mot det første FGI. På grunn av Covid-19 relaterte vanskeligheter trakk det ut i tid og ble først gjennomført etter at fase 1 var avsluttet. Seksjonsleder for poliklinikken foretok rekrutteringen til begge FGI. Ansvarsfordelingen for gjennomføring av intervjuet var tilsvarende som beskrevet over.

### **3.4. Analyse**

De fire intervjuene ble transkribert av et profesjonelt byrå. Det ble gjennomført tematiske analyser av hvert av FGI (Braun & Clarke, 2006). Resultatene av analysene blir beskrevet i kapittel 4.

## 4. Resultater

Resultatene fra FGI fra poliklinikken og hjemmetjenesten er beskrevet hver for seg; 4.1 beskriver poliklinikkens perspektiver og erfaringer. Kap. 4.2 beskriver hjemmetjenestens erfaringer og perspektiver.

### 4.1. Erfaringer og perspektiver fra poliklinikken

Resultatene er strukturert i tre tema og hvert tema er ytterligere inndelt i tre subtema. Tema «Samarbeid» omhandler hvordan poliklinikken samarbeidet opp mot fastlegen, hjemmetjenesten og pasienten. Tema «Videokonsultasjon» beskriver hvordan poliklinikkens erfaringer med selve VK fremsto, hvordan denne bidro til at de involverte parter fikk diskutert pasientens sår sammen. VK bidro til behov for utvidelse av sårkompetansen når vurderingen og samarbeidet skjedde digitalt, noe som også krevde mer teknologisk kompetanse. Tema «Handlingsrom» beskriver de gevinster poliklinikken omtalte, hvilke muligheter de så i tjenesten, og hvilke utfordringer de pekte på i videre utvikling av tjenesten, se tabell 1: «Oversikt over temaer fra FGI med poliklinikken».

Tabell 1: Oversikt over temaer fra FGI med poliklinikken.

Tema	Samarbeid	Videokonsultasjon	Handlingsrom
Subtema	Fastlegen Hjemmesykepleien Pasienten	Tverrfaglig dialog Digital sårkompetanse Teknologisk kompetanse	Gevinster Muligheter Utfordringer

#### 4.1.1. Samarbeid

Poliklinikken var organisert under spesialisthelsetjenesten og var utgangspunktet for tjenesten «digital sårbehandling». Deres samarbeidspartnere var kommunehelsetjenesten, via fastlegene og hjemmetjenesten. Omfanget av samarbeidet er beskrevet i dette temaet.

##### 4.1.1.1. Fastlegen

Organisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innebar at fastlegen sendte henvisning til poliklinikken med behov for sårvurdering. Henvisningene som poliklinikken fikk fra fastleger viste at fastlegene ofte ikke hadde sett såret, men henviste på bakgrunn av at hjemmetjenesten ba om tilsyn på et vanskelig helende sår. Innholdet i henvisningene ble da i samsvar med hjemmesykepleierens kompetanse og vurderingsevne: «Så vi har jo fått en del sår som kanskje ikke [hadde trengt å komme], for det er jo avhengig av kompetansen på den som er i

hjemmesykepleien». Slike henvisninger ga poliklinikken et begrenset beslutningsgrunnlag i forkant av konsultasjonen.

Fastlegerepresentanten uttrykte et inntrykk av at hjemmetjenesten ikke forventet annet bidrag fra dem, enn at de henviste videre til poliklinikken. Fastlegerepresentanten understreket at hjemmetjenesten kunne utføre sårstell, men at fastlegen burde ta mer ansvar for oppfølgingen av pasienten: «.. det kan godt hende at i mange tilfeller så skal hjemmesykepleien stelle såret, men vi må jo ha, og jeg tenker, jo fortsatt, at fastlegen må ha det ansvaret for prosedyrer og oppfølging».

Poliklinikkens oppfatning var også at en del av de henvisningen de fikk fra fastlegene burde fastlegene kunne ha behandlet selv, hvis de hadde vurdert sårene. Poliklinikken hadde inntrykk av at det var lite fagkompetanse på sår blant fastlegene: «... eller inntrykket vårt da, det er at de fleste fastlegene har lite kompetanse på sår». De hadde også inntrykk av at fastlegene i liten grad behandlet sår, men at de benyttet seg av å henvise til poliklinikken: «Jeg har ikke så inntrykk av at så veldig mange sår, kroniske diabetessår, for eksempel, som behandles der ute». Fastlegerepresentanten hevdet at de hadde noen pasienter med sår som de stelte, men at dette dreide seg om et begrenset antall: «Fordi vi har jo sår vi steller hos oss og som ikke hjemmesykepleien er involvert i, ikke sant. Men det er jo ikke mange. Fordi at vi har ikke, altså det er jo begrenset hvor mange sårpasienter hver fastlege har».

På generelt grunnlag hadde det vært lite samarbeid mellom sårpoliklinikken og fastlegene. I løpet av prosjektiden (oppstart febr-20 og til okt-21) hadde ikke fastlegene blitt mer involvert og deltakende i VK med sårpoliklinikken. Fastlegerepresentantens deltagelse i prosjektet var en strategisk måte å forsøke å få fastlegene til å ta mer aktiv del i sårbehandlingen. Fastlegerepresentanten hadde en forståelse av at de fleste fastlegene mente at de hadde nok sårkompetanse og utover dette sendte de pasientene til poliklinikken, slik at poliklinikken kunne overta behandlingsansvaret:

Og det nesten alle kontorene sier der «nei, men altså, enten så håndterer vi de sårene selv, eller så henviser vi dem og tenker, at dette kan dem ikke håndtere" sånn at de har, de føler ikke noe sånt kjempebehov da for å være veldig involvert, eller å bruke VK med sårkommunen.

Poliklinikken hadde ved flere anledninger prøvd å få pasientene til å gå til kontroll hos fastlegen, hvor dette ikke har ordnet seg: «Og så har fastlegen kontaktet meg, nei så har pasienten kontaktet fastlegen angående det og fått beskjed noen ganger "nei jeg steller ikke sår"».

#### 4.1.1.2. *Hjemmesykepleien*

I utgangspunktet var det ikke direkte kontakt med hjemmesykepleierne, siden det var fastlegen som sendte henvisning på bakgrunn av informasjon fra hjemmesykepleierne. Hjemmetjenestens behov for poliklinisk bistand, varierte med den enkelte sykepleiers sårkompetanse. Dette merket

poliklinikken godt i perioder hvor de mest erfarne sykepleierne var fraværende. Årsak til behov for poliklinisk hjelp var: svært væskende sår med behov for hyppige sårskift, sår som luktet med mistanke om infeksjon, og sår som ikke bedret seg.

Ved noen tilfeller tok hjemmetjenesten direkte kontakt med poliklinikken – for eksempel om et sår forverret seg raskt. Poliklinikken prøvde da å få til en konsultasjon så snart som mulig: «Så hvis de sier at "dette såret, nå har det forverret seg raskt den siste uken, og det må ha raskt tilsyn" så order jo vi en time». Poliklinikken tok inn pasienter uten henvisning om pasienten hadde vært innom poliklinikken med såret i løpet av siste år. Var det et nytt sår, så ville de ha ny henvisning fra fastlegen. Hjemmesykepleierne tok også direkte kontakt med poliklinikken hvis pasienten ikke samarbeidet godt nok til at de fikk gjennomført sårprosedyren. Hvis det var et sår poliklinikken hadde behandlet innen siste året, så tok de pasienten direkte inn til vurdering.

Hjemmetjenesten kunnen også kontakte fastlegen hvis de ikke fikk til samarbeidet med pasienten i gjennomføringen av sårprosedyren. Ved et slikt tilfelle hadde fastlegerepresentanten notert følgende i EPJ: «... og da skrev jeg et notat om det at jeg har snakket med sykepleierne og vi gjør så godt vi kan i samarbeidet med pasienten sant. Og det er jo pasienten som bestemmer til syvende og sist, ja».

På poliklinikken tok sykepleierne seg av mye av sårbehandlingen, men legene var alltid involvert i vurderingene. De hadde en oppfatning om at det ikke var et tilsvarende samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene. Poliklinikken ønsket at deres første møte med pasienten skulle være fysisk, før de eventuelt tok oppfølging og veiledning i sårbehandlingen med hjemmesykepleien på VK: «Nei de kommer først enten til oss og så vurderer vi at de kommer på VK. Og vi vil gjerne ha dem på et oppmøte først». Når det var avklart med pasienten at videre oppfølging skulle skje fra pasientens hjem via VK med hjemmesykepleien tilstede, var dette faste avtalte møter.

#### 4.1.1.3. *Pasienten*

På poliklinikken hadde de besluttet å foreløpig ikke inkluderte pasienter med sår på intime steder, siden de oftest bare hadde et par møter med pasientene i forkant og at eksponering på video kunne være ukomfortabelt. De mente at det krevde mer kjennskap og kunnskap til disse pasientene for å kunne vurdere om de synes videokonsultasjoner var greit for dem: «Og at det er mye vanskeligere for en pasient å si, nei hvis vi sier at vi vil ha VK og det er et sakralt sår. Og så tenker jeg at hvis pasienten er veldig forsiktig, så er det vanskelig å si nei til det». Av den grunn hadde de bestemt at de filmet leggsår for å kunne sikre at de ivaretok alle pasienter. Med så korte møter med pasientene, kunne det også være usikkert om de greide å vurdere om alle pasientene var samtykkekompetente til å kunne ta en slik avgjørelse.

De hadde inntrykk av at det var flere pasienter som gjerne ville ha denne tjenesten. I starten var det muligens noen pasienter som kunne være litt skeptiske, men de følte seg trygge når poliklinikken

fortalte mer om hvordan det fungerte. Skulle det gå noe galt eller at det viste seg at VK ikke fungerte på et spesielt sår, så var det kort vei til poliklinikken. Ingen pasienter hadde så langt uttrykt å være engstelig for å eksponere seg på video i forhold til personvern.

#### 4.1.2. Videokonsultasjon

Tjenesten «Digital sårtjeneste» gjorde det mulig med tverrfaglig dialog mellom poliklinikken, hjemmetjenesten, fastlegen og pasienten. Det ble med dette aktualisert behov for digital sårkompetanse og teknologisk kompetanse for å kunne utøve adekvat behandling av pasienter på avstand.

##### 4.1.2.1. Tverrfaglig dialog

En lege og minst en sykepleier var til stede ved hver VK på poliklinikken. Legene brukte omtrent samme tid til konsultasjonen og dokumentasjon som ved et fysisk møte. Sykepleierne sparte tid ved å ikke ta imot pasienten og å organisere alt rundt konsultasjonen.

Poliklinikken opplevde at samarbeidet med hjemmesykepleien var blitt bedre i prosjektperioden. De hadde inntrykk av at de raskere kom i kontakt med hjemmesykepleien om sårene, og at de da allerede kjente pasientene. Konferanseverktøyet hadde åpnet opp for at de fikk mer kjennskap til hverandres arbeidsmåter og kunne diskutere og beskrive sårene sammen. Dette kunne de ikke tidligere, da de bare hadde telefonkontakt:

Men man får jo på en måte diskutert det sammen da med dem, og det har vi ikke gjort tidligere – da ble det over telefon. Men her er det litt med å beskrive såret, og så får man litt innspill og så, ja. Og så gir man litt tips underveis og så, ja, så det har fungert veldig bra det i forhold til [slik det var med] telefoner.

Fastlegerepresentanten har hatt et tettere samarbeid med poliklinikken enn det andre fastleger hadde, og hadde erfart at de kunne utvekslet bilder av såret, følge utviklingen og evaluere prosessen sammen med hjemmetjenesten. Ved en anledning bidro representanten til at en annen fastlege fikk gjennomført en VK med pasient som ble koblet opp mot poliklinikken ved hjelp av hjemmesykepleien. Poliklinikken hadde da en lege som kunne komme på kort varsel, og det hele fungerte veldig bra. Utover dette hadde ikke fastlegene vært representert i dette arbeidet, til tross for at slike konsultasjoner kunne ha vært en fin mulighet til kompetanseheving for fastlegene.

Ved behandling med bruk av VK fikk poliklinikken anledning til å observere ting rundt pasientens hjemmesituasjon, som for eksempel dårlig hygiene. Denne informasjon tok de med seg, men kommenterte det ikke på VK. Dårlig hygiene var heller ikke lett for hjemmetjenesten å ta opp med pasienten, det hadde poliklinikken tatt opp med hjemmetjenesten. Imidlertid hadde de tatt opp

med pasienten ubalanse i aktivitet/hvile, som hadde direkte konsekvens for sårtilhelingen; «Ja det ble snakket om det, og vi så jo stolen og alt, så samtalen var om det var så lurt å sitte i stolen om natten». I slike møter mente de at det var viktig å inkludere pasienten i samtalen og gi oppmerksomhet til personen, slik at konsultasjonen ikke bare ble et teknisk sår møte. Noen av pasientene tok spontant del i kommunikasjonen. Andre pasienter hørte dårlig, og hjemmetjenesten var da avhengig av å bruke iPad i tillegg til hodekamera og for at pasienten skulle kunne høre hva som ble sagt fra poliklinikken.

Møtene mente de var konstruktive ved at man fikk se på sårene sammen, og at de kunne gi innspill til forskjellige alternativer for behandling, noe som kunne være nyttig både for hjemmesykepleierne og pasienten:

Men vi får en dialog rundt det såret. Og det syns jeg er veldig fint fordi da, og det tror jeg er veldig bra for de som sitter ute. For da ser de at det fins litt forskjellige inngangsmåter her, at det fins forskjellige behandlingsmåter. Og det er en diskusjon, og det tror jeg er nyttig både for sykepleierne og kanskje også for pasienten er det litt "all right" liksom. Å se at "her er det mange som sitter sammen og vurderer såret mitt" liksom.

Poliklinikken hadde en oppfatning av at i de tilfellene de kom seint inn i behandlingen av et sår, var det fordi pasienten var lite interessert i å bli fulgt opp av lege eller av noen i det hele tatt.

#### 4.1.2.2. *Digital sårkompetanse*

Sykehuset hadde ikke spesialavdeling for sårbehandling. Det var derfor vanlig at ortopedene fulgte opp behandlingen av vanskelig helende sår, slik at pasientene skulle slippe å reise til andre sykehus for behandling. Det ble poengtert at i legenes grunnutdanning er det generelt sett lite fokus på sår. Legene på poliklinikken mente at det generelt sett var lite interesse for sår blant leger: «...at det er nok dessverre sånn at sår ikke har så høy prestisje blant leger. Det er ikke så mange som interesserer seg, man må interessere seg litt for det». Legene opparbeidet seg kompetanse på sår utfra klinisk erfaring og teoretisk fordypning relatert til de problemstillinger de sto ovenfor. Helsefagarbeidere og sykepleiere fikk tilbud om kurs og hadde fagdager på poliklinikken for å øke sin sårkompetanse.

Poliklinikken hadde ønsket seg mer interesse fra fastlegene om å benytte mulighetene til å overvære VK med sårpoliklinikken, slik at de kunne øke sin sårkompetanse, og for at de skulle kunne opptre støttende overfor hjemmetjenesten:

Så jeg tror nok at hjemmesykepleierne ofte føler seg veldig alene fordi det er få fastleger som har noen kompetanse, eller et ønske om å lære så veldig mye om det. Så det er mitt inntrykk at så akkurat dette kunne nok vært en veldig sånn fin mulighet for å heve kompetansen også ut mot fastlegene da.

De ansatte ved sårpoliklinikken hadde håpet at det hadde blitt flere VK enn det de så langt hadde fått til, og at de gjennom dette hadde oppnådd mer kompetanseoverføring til hjemmetjenesten. Stort sett fungerte VK greit. De fikk et inntrykk av hvordan hjemmesykepleien jobbet, men det var begrenset hva de syntes de kunne gi tilbakemelding på, siden pasienten var tilstede. De ga dermed vekt på positive tilbakemeldinger.

Digital sårvurdering var forskjellig fra fysisk vurdering av sår. De hadde erfart at digitale verktøy som nettbrett (Tablet) og iPhone hadde innebygde filter som fjernet røde prikker og lignende, noe som vanskeliggjorde å få et reelt inntrykk av såret. Hjemmetjenesten hadde nå tatt i bruk hodekameraet, som ga en langt bedre bildegjengivelse.

Begrensingen digital sårvurdering ga, var knyttet til mangel på lukt, fargegjengivelse, vurdering av sekresjonen og dybden i såret. De kunne be hjemmesykepleien om å beskrive lukten, men om de ikke var kjent med slik lukt så var det vanskelig. For å beskrive sårene brukte poliklinikken begreper som sårkant, sårbunn, infeksjon/inflammasjon, sekresjon og omkringliggende vev. De brukte ikke det strukturerte beslutningsverktøyet, TIMES. Sårene de hadde på poliklinikken var komplekse sår. Legene mente at det ble utilstrekkelig med bare oppfølging av disse sårene på VK. Det ville også være behov for fysisk oppfølging av sårene: «Men det ville vært hensiktsmessig tenker jeg, og hatt kanskje annen hver gang, eller at man har liksom to til en gang med video og fysisk da».

Hjemmetjenesten utførte per nå ikke debridering, som innebæerte fjerning av død, skadet eller infisert vev, som kunne forhindre sårtilhelingen. Ut fra fastlegerepresentantens perspektiv så ville en slik behandling i liten grad være aktuelt da det nok ville være krevende å veilede på hvor mye hjemmesykepleierne kunne skrape i såret på bakgrunn av vurdering på video. Det som derimot hadde vært nyttig, utfra representantens erfaring, var utveksling av bilder med hjemmesykepleien og evaluering av disse bildene sammen.

#### 4.1.2.3. *Teknologisk kompetanse*

I starten av prosjektet hadde poliklinikken tekniske utfordringer med oppkoblingen til VK, og hjemmesykepleierne slet med å få til riktig lysforhold og å holde kameraet rolig. I løpet av prosjektiden var oppkoblingen ikke lenger noe problem. Likeledes syntes de at utstyret på poliklinikken fungerte bra og var greit å bruke, nå da de hadde blitt vant til det:

Det tar ofte litt tid før man på en måte får fokusert ordentlig, og via kameraet, og det er liksom motsatt. Det er under og så er det andre veien og sånt, så det tar ofte noen minutter med for å komme i gang med det. Men stort sett så syns jeg at det er bra, jada.

Ved testing av nytt hodekamera som hjemmesykepleierne brukte, hadde det vært problem med lyden. Pasienten hadde ikke hørt hva personalet på poliklinikken sa. Dette løste hjemmesykepleierne ved å benytte løse høyttalere for pasienten, og poliklinikken sendte lyden

gjennom iPad, slik at dette ikke lenger var noe problem. Poliklinikken hadde prøvd hodekamera en gang, men heller ikke de fikk lyd til å fungere tilfredsstillende. De skulle fortsette å teste ut kameraet uten pasient til stede. Digitale bilder fra kameraene la de manuelt inn i pasientjournalen.

### 4.1.3. Handlingsrom

Handlingsrommet digitalisering av sårkonsultasjoner ga poliklinikken var sammenhengen mellom de gevinstene tjenesteinnovasjonen ga, og de mulighetene og utfordringene den skapte for fremtidig gjennomføring av digital sårtjeneste.

#### 4.1.3.1. *Gevinster*

Så langt i prosjektet mente poliklinikken at det var gevinster ved bruk av VK som fikk positive effekter for sårbehandlingen. Det hadde vært svært nyttig å kunne se hvordan pasientene hadde det hjemme med hensyn til hvilke hjelpemidler de hadde, hvordan hygienen var, og ellers hvordan de ivaretok aktivitet og hvile for å tilrettelegge for god sårtilheling: «... eller man ser kanskje vanskelighetene som det kan være ved å behandle folk hjemme. Og både med hvordan det ser ut, og hvordan de ligger eller sitter. Og om de bare sitter i en stol, og om de har en fin seng, eller en god seng i forhold til behandlingen». Selv om hygieniske forhold var vanskelig å ta opp på VK, så hadde de diskutert andre ting med pasienten, som kunne virke inn på sårhelingen.

Oppfatningen var at pasientene var veldig fornøyde med VK behandlingen:

Og spesielt med tanke på reisevei, at de slipper å bruke hele dagen sin på å komme til oss. Og når det er hjemmetjenesten som kommer hjem til de, og så bare på noen minutter så er de ferdig. Og de er veldig fornøyde.

De hadde også hatt en pasient som ønsket VK behandling. Da det viste seg at såret var komplisert og det var behov for fysisk møte på poliklinikken, så var pasienten fornøyd med å ha spart en reise til poliklinikken. Flere pasienter hadde gitt uttrykk for at de var fornøyde med tjenesten: «Og de syns at det har vært veldig bra. Og jeg tror ikke at jeg har hørt noen negative reaksjoner». VK var tidsbesparelse for poliklinikken ved at de ikke trengte å ta seg av pasienten, sårstellet og organiseringen rundt konsultasjonen.

#### 4.1.3.2. *Muligheter*

VK på vanskelig helende sår har potensiale til å kunne bedre sårbehandlingen. Prosjektet så langt, har vist at det finnes gunstige og fleksible måter å alternere mellom VK og fysiske besøk på poliklinikken: «Men det ville vært hensiktsmessig tenker jeg og hatt kanskje annen hver gang, eller at man har liksom to til en gang med video og fysisk da».



En annen mulighet for kompetanseoverføring til hjemmesykepleien, kunne være å la dem være på VK når poliklinikken hadde pasienten til behandling: «Og hvis vi har en pasient som går vekselvis hos oss og hos hjemmesykepleien, så hadde det vært en fordel hvis vi kunne vise dem hvordan vi utfører sårskiftet. Og det vil jo være en læringseffekt i det».

Poliklinikken hadde ikke fått hodekamera så langt i prosjektet, og ønsket seg dette for å kunne utvide tjenesten. Dette ville kunne gi kompetanseoverføring til mange i hjemmesykepleien samtidig. Poliklinikken kunne bruke hodekamera når de stelte sår og overførte disse bildene til hele hjemmesykepleie basen, noe som ville kunne øke muligheten for mer enhetlig behandling selv om sårbehandlingen i hjemmetjenesten ble utført av forskjellige personer.

Ønsket om å få med flere fastleger på VK, tenkte de muligens kunne skje gjennom fastlegerepresentanten som var med i prosjektet. De hadde hatt et par konsultasjoner med denne representanten og en kollega fra fastlegens kontor, noe som viste at dette var gjennomførbart: «Og på hennes kontor har vi hatt et par konsultasjoner... Så de har jo interesse, så de får jo det til, og det er jo egentlig det det handler om». Muligheten for kompetanseoverføring til fastleger generelt, antok de kunne være mulig med en slik tjeneste. De mente at fastlegene hadde en underliggende kompetanse som gjorde at de kunne etterfølge prosedyrer og kommunisere på et høyt faglig nivå og at de kunne utføre mer avansert behandling på sitt kontor under veiledning fra sårpoliklinikken, enn annet helsepersonell kunne.

Poliklinikklegene så muligheter for at flere leger kunne drive med VK behandling om de fikk flere skjermer plassert på konferanserommene deres. Slike ønsker hadde de formidlet inn til prosjektet for ny poliklinikk, men realisering av dette ligger noen år frem i tid.

#### 4.1.3.3. *Utfordringer*

Rekruttering av pasienter:

Gjennom hele prosjektfasen var det vanskelig å få rekruttert nok pasienter. Det var muligens flere årsaker til at det var få pasienter inkludert i tjenesten, mente poliklinikken: «.. vi skal ha ...15 prosent på video av alle våre polikliniske konsultasjoner. ... det må vi prøve å få til. Men det går på ressurser og oversikt, og at noen setter seg ned og rekrutterer pasienter rett og slett». Når de hadde pasienter inne på poliklinikken glemte de å spørre pasienter om de ville være med på VK. Det var stadig nye leger som måtte læreres opp, og da ble det mye opp til sykepleierne hva de fikk til. De hadde tilgang på pasienter på poliklinikken, men de overkom ikke å rekruttere dem. Poliklinikken mente at de kunne ha fått mer ut av tjenesten om de hadde hatt flere personer til å drive med dette helt fra starten av. Behandlingen hadde da blitt mer integrert i en helhetlig tjeneste: «Vi har nok brukt mye lenger tid på å komme dit hvor vi er i dag. Fordi det blir en sånn tilleggsoppgave som vi vet at den er der, men vi har ikke fullt fokus på den hele tiden da». Oppfatningen var at om de hadde hatt en person til å kunne lære opp nye, så hadde fremdriften gått raskere: «... hvis ikke vi har nok folk så

står vi og stamper i den samme jobben som vi pleier å gjøre, ingen har oversikt og ingen klarer å rekruttere pasienter. Så jeg ser for meg det, at når vi får en på plass som har en 20 prosent stilling, så tror jeg det vil hjelpe.».

Det var lite tilfang på rekrutterte pasienter fra hjemmetjenesten også, noe som muligens skyldte mangel på personer som kunne rekruttere dem: «Nei det er helt stille, og jeg tror det er litt av de samme utfordringer som det vi har hatt, at det er en person som er pådriver der. Og hvis ikke hun er på så skjer det egentlig ikke noe».

Rekruttering av fastleger:

Sårpoliklinikken synes det var utfordrende at fastlegene ikke ønsket å benytte den digitale sår tjenesten ved poliklinikken. Fastlegerepresentanten uttalte:

Fordi vi sliter jo litt med da å få fastlegene til å se at "dette har en nytte da" i hvert fall i vår kommune så er det, som sagt, litt sånn "nei vi trenger egentlig ikke det der, vi kan det vi trenger vi og det holder det.

Utstyrsmestring:

Omtrent halvparten av sykepleierne på poliklinikken var opplært i bruk av utstyret for VK. Resten av sykepleierne hadde liten interesse av å ta utstyret i bruk: «Nei det går litt på at de begynner å bli godt voksne. Og at det er, og at ikke de orker å lære mer da. Og de synes de har vel nok med hverdagen sånn den er i dag». Det var også utfordrende med stadig nye leger som kom og som da måtte lære opp i å bruke det tekniske utstyret. Det ville ha hjulpet mye om de kunne ha fått brukerveiledninger på utstyret, slik at nye leger lettere ville kunne ta dette i bruk.

Utstyrstilpasning:

De hadde valgt sårbehandlingsrommet ut fra det digitale utstyret som var der, men det hadde vist seg at det var vanskelig å få gode sår bilder som de kunne sende til hjemmesykepleien: «Så det er vanskelig å få den til å filme direkte i såret til pasienten da. Så vi skulle hatt et håndholdt kamera». De håpet på å få et hodekamera for å kunne bedre bildekvaliteten og å kunne ha mulighet for å sende bilder fra seg. En annen ting som ville ha bidratt til økt bruk, ville være om utstyret stod på konsultasjonsrommene deres. Slik det nå var, så var utstyret låst til et rom, slik at rommet måtte være ledig for at de skulle kunne bruke utstyret. Dette vanskeliggjorde å kunne ta VK innimellom andre oppgaver. Poliklinikken hadde ikke planer om å utvide tjenesten så lenge de bare hadde ett passende sårbehandlingsrom med tilgjengelig utstyr for VK og kamera. De trengte flere skjermer tilgjengelig på flere rom, slik at flere leger kunne ha VK samtidig, og at de kunne ha mulighet til ad hoc VK.

Kompetanseoverføring:

Poliklinikken hadde tenkt at de skulle fått til flere VK enn de hadde fått til. I tillegg hadde de håpet at det hadde vært flere forskjellige personer fra hjemmetjenesten som hadde vært med. De var

derfor usikre på i hvilken grad det generelt sett hadde bidratt til kompetanseøkning i hjemmesykepleien. For å styrke hjemmesykepleiernes kompetanse, så mente de at de trang flere VK.

Fastlegerepresentanten uttalte at ved å få med fastlegene så kunne det ha vært kompetanseoverføring til dem slik at de kunne ha de samme prinsippene ved sårbehandling og bandasjevalg som poliklinikken.

Toveis kommunikasjon:

Poliklinikken beskrev at skriftlig kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og poliklinikken var tungvint, og resulterte i merarbeid for å få det til. Journalsystemet var ikke rigget for at poliklinikken og hjemmetjenesten kunne utveksle skriftlige meldinger seg imellom. Alle meldinger gikk gjennom fastlegen. Hjemmetjenesten kunne heller ikke bestille timer på poliklinikken, det kunne bare poliklinikken gjøre etter avtale. Som en konsekvens av dette ble det mange telefonsamtaler frem og tilbake for å få til nødvendige avtaler og for overføring av informasjon. Ad hoc VK ble derfor også tungvint å få til.

## 4.2. Erfaringer og perspektiver fra hjemmetjenesten

Resultatene er strukturert i tre tema med to til fire subtema under hver. Tema «Samarbeid» omhandler hvordan hjemmesykepleien samarbeidet seg imellom om sår tjenesten i kommunen og opp mot fastlegen, sårpoliklinikken og med pasienten. Tema «Videokonsultasjon» beskriver hvordan hjemmetjenestens erfaringer med selve VK fremsto, hvordan denne bidro til økt kompetanse hos den enkelte og i gruppen. Innføring av digital sår tjeneste var tilvenning til ny måte å organisere og utføre sårstellet på, og beskrives i subtema «Teknologisk kompetanse». Tema «Mulighetsrommet» beskriver de gevinster hjemmetjenesten omtalte, hvilke nyttepotensial de så i tjenesten, og hvilke utfordringer de pekte på i videre utvikling av tjenesten, se tabell 2. «Oversikt over temaer fra FGI med hjemmetjenesten».

Tabell 2: Oversikt over temaer fra FGI med hjemmetjenesten

Tema	Samarbeid	Videokonsultasjon	Mulighetsrommet
Subtema	Innad i hjemmesykepleien Fastlegen Sårpoliklinikken Pasienten	Tverrfaglig dialog Sårkompetanse i utvikling Teknologisk kompetanse	Gevinster Nyttepotensialet Utfordringer

#### 4.2.1. Samarbeid

Hjemmetjenesten (hjemmesykepleien) i Kongsberg kommune var organisert i fire ulike baser. Sykepleiere og helsefagarbeidere samarbeidet med fastleger i kommunen, samt spesialisthelsetjenesten ved sårpoliklinikken på Kongsberg sykehus i forbindelse med oppfølging av pasienter med vanskelig helende sår. I tillegg og uavhengig av dette, var det et kontinuerlig samarbeid mellom sykepleiere og helsefagarbeidere innad i gruppa hvor det ble diskutert ulike behandlingsstrategier for bestemte pasienter. En av basene hadde etablert en sårgruppe som hadde spesielt ansvar for å følge opp sår.

##### 4.2.1.1. Innad i hjemmesykepleien

Ved hver av basene var det variasjon i hvor mye erfaring og kompetanse de ansatte hadde innen sårbehandling. Noen steder var det etablert en sårgruppe som hadde et spesielt ansvar i oppfølging av pasienter med sår:

Det er, vi er en tre - fire stykker i sårgruppen, og så er jeg leder for den gruppen som er litt ekstra interessert i sår. Og vi har sårlistene – vi har egne lister med sårpasienter. To lister som vi går da mest.

En utfordring generelt var at kompetente personer ikke alltid var tilgjengelig, og at man ofte sto alene om vurderingene under selve sårstellet hjemme hos bruker. Da ble rapport situasjonen en viktig arena for å diskutere sårets utvikling og hvorvidt prosedyren var hensiktsmessig med kolleger. Ved at det stadig kunne være nye pleiere som utførte sårstellet hos en bruker, kunne det medføre at det ble mindre kontinuitet og et forlenget behandlingsforløp:

Vi er jo gjerne alene ute hos brukeren og skal stille det såret. Og da går man jo ut ifra den prosedyren som det står en beskrivelse i, og det utstyret som ligger hjemme hos bruker. Og så tar vi bilder og kan få det, og både få en diskusjon rundt det såret i rapporten da, og hvis de har en følelse av at det kanskje ikke stemmer helt overens det som står i prosedyren, og hvordan såret ser ut nå. Eller om vi er usikre på om det har blitt verre og som vi vil ha råd om da. Og så er det sikkert masse kompetente folk, men de står jo ikke ved siden av meg når jeg skal stille det såret. Sånn at det, og da tar jo ting lenger tid da, så det drøyer å få orden på det såret, fordi man er der ute og kommer tilbake, og har en diskusjon, og så må kanskje neste mann se på såret, og så, ja.

I de faglige sårdiskusjonene ble ulike forslag diskutert, og det ble brukt beslutningsstøtte i form av ulike kunnskapskilder. Løsninger ble da drøftet i fellesskap og om det var behov ble sårpoliklinikken kontaktet:

Man diskuterer litt sammen, og så er det jo ofte kanskje flere som har sett det. Og så sier man noe om at "ja kanskje det kunne ha vært noe, eller det kunne ha vært noe" eller så er det noen som slår opp i et eller annet. Eller så er det en bandasje som kanskje er enda bedre som, ja. Så alle har litt forskjellig kompetanse, og som gjør at man liksom finner ut av ting sammen da. Og det er vel sånn vi egentlig alltid har gjort det. Og så hvis vi lurte på noe veldig så er det sårpol på en måte.

#### 4.2.1.2. *Fastlegen*

Det fremkom tydelig at fastlegen var en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien. Fastlegen hadde det medisinskfaglige ansvaret for den hjemmeboende pasienten og når man fikk til et fungerende samarbeid var det nyttig for å avklare spørsmål og fatte beslutninger om oppfølging og sårbehandling. Kommunikasjon og løpende kontakt med fastlegen foregikk stort sett digitalt med Pleie og omsorgsmeldinger, såkalte PLO-meldinger eller ved direkte telefonkontakt dersom det hastet: «Vi har sendt PLO da i forkant, og så har vi ringt da, hvis det er noe som haster». Når en PLO-melding ble sendt ble gjerne et bilde av såret sendt ved som vedlegg hvor problemstillingen med hensyn til sårets utvikling ble beskrevet: «Det er fint at vi kan sende et bilde da, og det setter også legene pris på».

Når det gjaldt samarbeid rundt sårbehandling syntes det imidlertid å være en omforent oppfatning om at samarbeidet hadde blitt bedre om fastlegen hadde involvert og engasjert seg i større grad. Mange hadde en opplevelse av at flere av fastlegene de samarbeidet med ikke har opparbeid seg særlig kompetanse innen vurdering og behandling av sår. Hvis det for eksempel var spørsmål om å etablere en sårprosedyre for en pasient kunne fastlegen si «nei det kan dere lage sjøl for det er dere flinkere til». Videre erfarte sykepleierne at pasienter som ellers ikke hadde tjenester fra hjemmesykepleien fra tidligere, og som kunne vært fulgt opp av fastlegen, fort kunne bli henvist til hjemmesykepleien for oppfølging:

Vi har jo innimellom erfaring med at fastlegene fort henviser pasienter til hjemmesykepleien som i utgangspunktet kanskje fastlegene skulle tatt selv. Men de føler at de ikke har kompetansen, og så pålegger de da en tjeneste fra hjemmesykepleierne i stedet for.

Noen ganger var hjemmesykepleien ikke enig med fastlegens vurdering om sårprosedyre og hvor hyppig sårstell skulle gjennomføres:

Kanskje noen ganger så er ikke vi helt enig i forhold til sårskift, mengde sårskift, for eksempel da. At vi tenker at "kanskje vi skulle latt det såret få hvile litt lenger" vi som ser det hver dag eller ganske ofte da.

De uttrykte at det var stor variasjon fra fastlege til fastlege med hensyn til kvaliteten på sårprosedyren, og hjemmesykepleiens vurdering kunne gjerne være mer i tråd med hva

sårpoliklinikken hadde vurdert i de tilfeller hvor pasienten hadde vært først hos fastlegen og deretter hos poliklinikken:

Og det varierer jo selvfølgelig fra fastlege til fastlege, men ja ... Det er veldig forskjellige prosedyrer som kommer ut om det er fastlegen de har vært hos eller sårpoliklinikken – eller hva vi tenker da. Mens vi ligger nærmere sårpol mange ganger, enn fastlegene.

På bakgrunn av en oppfatning om at fastlegen ikke hadde spesifikk kompetanse innen sårbehandling ble det uttrykt at det var vanskelig å se fastlegens rolle og funksjon i behandlingsforløpet:

Det er jo den [fastlegen] som kanskje egentlig har hovedansvaret for pasienten da. Men det er, sånn som jeg opplever det, så er det vanskelig å se deres rolle. Fordi de henviser uten å kanskje egentlig ha noe kunnskap om det såret, og at de ikke har sett det heller. Og så er det vi som skal følge opp såret, og da blir samarbeidet med sårpol [mer aktuelt]. Så det er litt sånn, jeg skjønner at det er nyttig for dem å vite i forhold til helhetsbildet da, men det er litt utfordrende å se rollen deres.

Med hensyn til å starte opp sårbehandling hos en pasient eller få henvist en pasient videre til sårpoliklinikken for vurdering og avklaring om oppfølging videre med VK er aktuelt, var det en oppfatning om at det gikk unødvendig mye tid i starten:

Jeg syns at det systemet der er fryktelig tregt. Og det går bort veldig mye tid i starten til å først få kontaktet fastlegen, og så må fastlegen svare, og så må vi kanskje få en time, og så må vi vente på en henvising til sårpol. Og så skal pasienten få time på sårpol. Så det er veldig sånn tregt i starten før en kommer i gang.

Dette kunne forsinke sårtilhelingen og var tydelig en problemstilling som mange av sykepleierne var opptatt av, og noen uttrykte et ønske om at hjemmesykepleien burde kunne henvise pasienter direkte til sårpoliklinikken. Når fastlegen ikke bidro med en konkret og selvstendig vurdering av såret var det en oppfatning om at dette var et unødvendig ledd i tjenesteforløpet, og vektla at hjemmesykepleien var tilstrekkelig kompetent til å foreta en vurdering om behovet for spesialistvurdering:

Siden vi er så avhengig av den henvisningen så tar det lang tid. Og hvis vi kunne fått lov til å kontakte sårpol uten å kontakte fastlegen, for fastlegen har ofte ikke sett såret en gang. Og vi har jo ganske lang erfaring med sår, og vi ser det jo stort sett når det trengs, altså at når vi ser at det trengs en henvisning så får vi jo det. Men problemet er jo sånn at vi må ha den der henvisningen første gangen i alle fall, og så tar det lang tid ofte.

Hjemmesykepleien oppfattet fastlegerepresentanten i prosjektet som svært engasjert og en ressurs i forhold til å synliggjøre og begrunne fastlegens rolle og ansvar i vurdering og behandling av sår.

Ansvarer var blant annet knyttet til å vurdere sammenhenger mellom såret og bakenforliggende årsaker som bidro til å forklare hvorfor såret hadde oppstått og forsinkelser i sårtilhelingsprosessen:

Ja og det er kanskje derfor fastlegen vil gjerne være med og, for såret har jo alltid en bakenforliggende årsak. Og da er det jo fastlegen som har en oversikt over kanskje årsaken til at det oppstår sår da. Så sånt sett så har vel legen rett i det at han bør være involvert, men det er akkurat fra det oppstår da, at det kanskje kan ta litt for lang tid.

#### 4.2.1.3. Sårpoliklinikken

Innføring av VK mellom hjemmesykepleien og sårpoliklinikken hadde bidratt til å forbedre samarbeidet sammenlignet med tidligere. Dette handlet om at de ble bedre kjent med hverandres ansvarsområder og rutiner, men også kompetanse og hvordan den direkte samhandlingen i samtid la til rette for deling av kunnskap og gjensidig læring.

Det nye og økte samarbeidet med sårpoliklinikken gjennom bruk av VK gjorde at flere opplevde at det var blitt en lavere terskel for å kunne ta kontakt ved behov:

Jeg opplever dem mer positive på sårpoliklinikken nå enn før kanskje. At nå som de kjenner oss litt mer, og kanskje også ser, og det blir jo bare gjetninger da, men kanskje de har litt mer innsikt i hvordan det er for oss å stelle de sårene. Og jeg får inntrykk av at de er litt mer på at de må ta kontakt ved forverring, og at terskelen kanskje har blitt litt lavere for å kontakte de. Og at de er litt mer positivt innstilt.

Sårpoliklinikken ønsket som regel å ikke starte opp med VK dersom pasienten ikke hadde vært til en førstegangsvurdering på poliklinikken. Hjemmesykepleien hadde forståelse for at dette var viktig for sårpoliklinikken, og de hadde også erfart verdien av at de som senere deltok på VK derfra allerede hadde kjennskap til pasienten og hadde foretatt en grundig vurdering av såret som utgangspunkt for en evaluering og råd om videre behandling:

To ganger jeg har vært med på en sånn ... på samme pasient da med sårpol, altså med sårskift da. Og da kjenner de jo pasienten fra før av. Sånn at de har jo også sett såret på en måte over tid, og så kjenner de jo pasienten

Samtidig ble det uttrykt et ønske om at de kunne ta direkte kontakt med sårpoliklinikken for å avtale en VK med formål å avgjøre om pasienten burde ha oppfølging av sårpoliklinikken, eller eventuelt bidra med å lage en behandlingsplan der og da:

Jeg skulle ønske at vi kunne være hos brukeren og å si at "dette tror jeg er blitt verre, og jeg er litt usikker på dette såret her" og å kunne ringt opp til sårpol og avtalt en VK [...]. Og så kan de da vurdere om denne brukeren skal starte en oppfølging hos dem, eller de kan gi oss

litt veiledning på videre oppfølging, ja. Og at de kan ta en vurdering der og da, og så på en måte legge en plan videre da. Det hadde vært til hjelp for min del i hvert fall.

#### 4.2.1.4. *Pasienten*

Så langt var erfaringene at pasientene stort sett var fornøyd og var mest opptatt av at såret skulle få best mulig behandling uavhengig av om de hadde anledning til å bli involvert underveis i selve VK: «De jeg har spurt sånn direkte hvordan de har opplevd det, så sier dem jo at ... ja flere av de sier at "det er det samme for dem hvordan vi gjør det bare såret blir bra"». Dette var allikevel et gjentakende tema som engasjerte sykepleierne, og de beskrev flere situasjoner hvor de aktivt hadde innhentet pasientens opplevelse av det som hadde foregått:

Jeg sa jo det til han på en måte – at "jeg beklager at vi ikke fikk involvert deg mer nå". Fordi at det var jo bare på slutten at jeg liksom spurte hvordan han opplever det. Eller hvordan såret er. For det er jo litt viktig for han å si noe om det er mer vondt, mindre vondt. Og at det er noen plager som er endret fra sist. Men han er jo en veldig sånn medgjørlig og grei pasient så han sier "nei, men dette var greit det" liksom. Så ja, han synes liksom at alt var helt greit.

Det ble reflektert rundt at når det var nye ting som skulle læres og mestres så ble man naturligvis veldig fokusert på gjennomføringen av selve sårstellet og det tekniske rundt å få til VK, og at dette kunne være med å forklare hvorfor pasienten ble litt glemt oppi det hele. Pasientene kunne i de tilfellene heller bli godt informert på forhånd og i etterkant:

Det er akkurat, når man står i det så er det kanskje litt at man trenger et ganske sånt fokus på det man driver med. Og da kan vi snakke med pasienten i etterkant av liksom om hva som har blitt vurdert. Og litt i forkant kanskje, å forberede de litt på hva som kommer da.

For å lykkes i behandlingen av vanskelig helende sår var det å få til et godt og velfungerende samarbeid med pasienten også belyst som sentralt. At pasienten blir godt informert om såret og hvordan dette påvirkes av forhold som kosthold og fysisk aktivitet var et eksempel:

Jeg tenker at det kan ha noe å si hvor mye pasienten har av informasjon og forståelse i sykdomsinnsikt da. Og interesse for å, at såret skal gro. For det har jo litt med kosthold, og det har litt med å bevege seg og, ja. Og blodsukkerkontroll.

Å ha mer fokus på undervisning av pasienten, tilby kurs og opplæring og informasjonsmateriell ble nevnt som områder som kunne hatt høyere prioritet i forbindelse med oppfølgingen av disse pasientene.



Vi kan jo kanskje være flinkere til å sette oss ned og informere om såret. Og om hva som er viktig å gjøre i forhold til det. Og kanskje i en ideell verden så kan dem få kurs, for eksempel. Eller om vi hadde hatt en brosjyre som det står om sånn type sår, og hva som er viktig i forhold til sånne sår som den pasienten har da.

#### 4.2.2. Videokonsultasjon

Ved innføring av VK var kompetanseutviklingen som oppsto som et resultat av den nye måten å samhandle på mellom hjemmesykepleien, sårpoliklinikk og fastlege, beskrevet som sentralt. Videre var opplæringsbehov og utvikling av nødvendig teknologisk kompetanse noe som deltakerne var opptatt av som en forutsetning for å lykkes.

##### 4.2.2.1. *Tverrfaglig dialog*

Det var eksempler på situasjoner hvor de hadde lyktes i å gjennomføre VK hvor fastlegen ble direkte involvert i et trepartssamarbeid med sårpoliklinikken, og hvor hensynet til pasienten ble vektlagt:

Og da var jeg vel på en konsultasjon hos fastlegen opp mot sårpol da. Og den brukeren hadde sår på stortåen. Og så lurte, eller under konsultasjonen så sier sårpol at "den tåa, eller den neglen må fjernes" og lurer på om fastlegen kan gjøre det da, og det ville jo fastlegen ikke. Så jeg fikk satt opp en time på sårpoliklinikken, og da under konsultasjonen så blir det jo også klart at brukeren bruker antikoagulantia. Så da kunne man allerede da planlegge at det skulle stoppes, og så kunne man da under samme konsultasjon avgjøre at brukeren trengte å henvises til en vurdering av sårene i Drammen. Og så fikk man liksom koblet med hele prosessen hos brukeren i cirka 3 uker. For da hadde han først fått en time på sårpol da, og kanskje til og med reist dit før man så at det ble noe, at neglen måtte fjernes. Og at han måtte hjem igjen og fått stoppet antikoagulantia, og tilbake og så da under det første eller det andre besøket blitt henvist til Drammen.

Samtidig var det eksempler hvor fastlegen hadde uttrykt usikkerhet rundt hvor egnet VK var for deres vurdering av et sår og behov for henvisning til sårpoliklinikken, og at hjemmesykepleien kunne utføre vel så god vurdering hjemme hos pasienten:

Jeg vet at vi har hatt en konsultasjon med video til fastlege, og da sier fastlegen etterpå, og som egentlig bekrefter litt det vi har sagt da, at de ikke har den samme kompetansen på sår. Og de liksom henviser problemet med sår tilbake til oss, at vi har mer erfaring, og at vi kjenner bedre til det [...]. Så hun var usikker på om de ville bruke det framover da i den forbindelsen.

Sykepleierne anerkjente betydningen av at fastlegen bør involveres og være fortløpende informert i behandlingsforløpet og vurderte at VK var en god måte å legge til rette for at pasienten kunne slippe å møte opp fysisk hos fastlegen. Samtidig fikk fastlegen se såret selv og kunne være med å vurdere:

Nei altså de ser jo såret sjøl da, og i stedet for at vi skal beskrive så får dem se det». En annen uttrykte at: «nei det var jo egentlig veldig greit syns jeg da. Og hun er jo veldig engasjert på en måte og ålreit, så jeg syns det gikk veldig fint. Men det var jo litt dårlig lys der og sånt, så det er jo klart, det var jo litt utfordrende sånt sett da. Men jeg tror hun fikk sett det hun ville se.

Ved at sårpoliklinikken fikk en helt ny måte å få innsyn i hjemmesykepleiens praksis, og ikke minst muligheten for å danne seg et inntrykk av pasienten i sine private omgivelser gjorde at hjemmesykepleien opplevde at sårpoliklinikken fikk en mer helhetlig forståelse for faktorer som påvirker oppfølging av sår i pasientens hjem:

Ja, og så kan det jo hende at de tidligere har sett at sår ikke har bedret seg, eller kanskje også forverret seg fra gang til gang de er på sårpoliklinikken. Og så tenker de kanskje at vi ikke har fulgt opp riktig. Men nå ser de mer hvordan vi steller de, og de hører hvilke spørsmål vi kommer med, og kanskje de da også får litt mer, at de skjønner at det ikke alltid er oss det kommer an på. Det er det jeg tenker da, at de kanskje får litt mer forståelse for at "ok, her kan det hende at det er andre ting som er i bildet, de har gjort det de skal, men her er det allikevel en forverring" ja.

Sykepleierne var opptatt av at pasienten skulle involveres under selve VK med sårpoliklinikken. En av utfordringene var at pasienten, uten et tillegg av ekstra utstyr, kunne se de som var til stede fra sårpoliklinikken og delta i konsultasjonen. En av deltakerne beskrev en opplevelse av at pasienten ble satt til side og uttrykte usikkerhet om det skulle være greit at pasienten ikke fikk delta:

Jeg opplever jo at pasienten kanskje blir litt satt til side. Og selv om jeg prøver å inkludere pasienten så er det jo liksom sårpol og jeg som holder på. Og det er jo ikke, og han får jo ikke liksom være med på det. Og han ser jo ikke de som heller ser såret hans. Men jeg ser det i hvert fall, så for meg er det en grei opplevelse, men for han så er det ... men han sier det går greit for han altså. Men jeg er liksom ikke helt sikker på om man skulle ha involvert pasienten mer, eller om det er greit at det bare er liksom, "nå er det foten din det er snakk om og ikke mennesket" eller så er det kanskje bare sykepleieren i meg som har lyst til å ha hele mennesket. En skal ikke bare ekskludere folk, ja, nei jeg vet ikke jeg.

Sykepleierne beskrev også at det kunne være problematisk at det var flere helsepersonell til stede digitalt hjemme hos pasienten, som pasienten ikke kunne se selv. De beskrev hvordan de selv hadde

følt det, hvis de selv var en pasient som ikke fikk sett den legen og de sykepleierne som satt på sårpoliklinikken og vurderte såret på avstand:

Ikke sant, så tenk hvis det hadde vært meg. Liksom, fem stykker som jeg ikke ser i det hele tatt. Og jeg sitter helt alene sammen med en sykepleier og deg, og så sitter det egentlig fem stykker og ser på deg, og så vet du ikke hvem de er.

De diskuterte også muligheter for at pasienten kunne logge seg på via en iPad og dermed kunne både se hvem som var til stede fra sårpoliklinikken og delta i samtalen. Dette skulle undersøkes nærmere.

#### 4.2.2.2. *Sårkompetanse i utvikling*

Mange erfarte at VK gav store muligheter til å videreutvikle egen kompetanse innen sår vurdering og behandling. Denne læringen skjedde på ulike måter, og flere la vekt på nytten av å kunne diskutere og få bekreftelse på vurderingen en gjorde underveis i selve sårstedet. Noen omtalte det som «små læring» underveis i gjennomføringen: «Da får man liksom en sånn input, litt sånn små læring på en måte innen det da». Den gjensidige kommunikasjonen i sanntid igjennom VK opplevde sykepleierne og helsefagarbeiderne som verdifull knyttet til utvikling av kunnskap, forståelse og faglig trygghet fordi de kunne stille spørsmål og få bekreftelse/avkreftelse på egne vurderinger:

Jeg syns det var en veldig god opplevelse, fordi at du har jo denne gjensidige kommunikasjon med sårpol. Og hvor vi på en måte åpner opp og får sett på såret, og prater med lege og sår sykepleier da, og sånn at de er til stede, og at du kan på en måte stille spørsmål. Og å vite om du har, om dette fungerer det vi har gjort. Og du kan stille spørsmål tilbake, så jeg syns at det var en veldig fin opplevelse. Og så på en måte fører jo det til at vi også blir tryggere i sårskift. Og vet mer hva vi skal se etter, og det blir jo en god læringssituasjon sånn som jeg tenker.

En sykepleier forteller hvordan bruk av VK fremmet læring og kompetanseutvikling:

Jeg kan jo si at jeg har jo vært med på en del av de videokonsultasjonene. Og jeg hadde ikke noe ... jeg var absolutt ikke noe god på sår ifra før. Men gjennom de konsultasjonene som jeg har vært med på, så har jo jeg også fått mye bedre kompetanse på sår. Og det er jo fordi jeg hører vurderingene de gjør på sårpol. Altså de forteller jo høyt om både type bandasjer, og i forhold til sekresjon og av vurderingen av såret de gjør.

En annen beskrev hvor verdifullt det var selv å kunne foreslå ulike behandlingsalternativer og samtidig lære av de vurderingene og rådene sårpoliklinikken gav igjennom den dialogen som

oppsto. Dette bidro til en økt forståelse for behandlingsprinsippene og de faglige vurderingene som lå til grunn for en sårprosedyre:

Altså litt sånn når man diskuterer et sår, og så er det noen ting som jeg kanskje igjen "ja kanskje man skulle gjort sånn eller sånn" og så tenker de noe annet. Og så forklarer de hvorfor de tenker det som de gjør. Og så har man mulighet til å stille litt spørsmål da i forhold til "ja den nekrosen, eller hva er lurest å gjøre her?" og så får du en god forklaring på det. Så det er for meg veldig verdifullt i hvert fall å få de, i stedet for å bare, at de blir sendt av gårde til sårpol, og så kommer de tilbake med "sånn skal rutinen være" og ikke noe mer enn det. Men da får man liksom forklaringen på hvorfor de gjør som de gjør. Og hvorfor noen nekroser skal tas bort, og hvorfor noen skal ligge. Og hvorfor, ja, det syns jeg var veldig ålreit i hvert fall.

Det å kunne utføre sårstellet selv under veiledning var tydelig viktig i kompetanseutviklingen – da også sett i kontrast til at pasienten normalt sett ville komme tilbake fra sårpoliklinikken med en sårprosedyre uten at en har vært delaktig i de vurderinger som er gjort:

Det som jeg synes var interessant, det var at jeg fikk lov til å gjøre det. For at hvis han hadde vært på sårpol så hadde ikke jeg sett det der i det hele tatt, jeg hadde bare fått et notat etterpå med en prosedyre. Og det var veldig interessant å få lov til å gjøre det sjøl, og med legen på rette tiden, sånn at jeg skulle på video. Og etter min kompetanse så var det mer det.

Systematisk vurdering og dokumentasjon av sårets utvikling var et tema som kom opp i intervjuene – et område som de fleste uttrykte et behov for å lære mer om som kunne bidra til mer nøyaktige beskrivelser og å tidligst mulig avdekke endringer:

Vi kan bli bedre til å skrive litt mer detaljert i rapportene. Og det er veldig lett å bare legge inn et bilde og så ikke skrive noe særlig mer. At "såret er i forverring". Så det ser jeg at er litt gjenganger oppe hos oss. Så jeg tenker at vi har mye å jobbe med videre der i forhold til rapporter, og i å fange opp ting. Å fange opp endringer tidlig nok, og da må du ha litt mer detaljerte rapporter.

Andre uttalte at det kunne vært gjort relevante vurderinger av et sår, men som ikke ble dokumentert. Videre at det var variasjon i kvaliteten på dokumentasjonen og antydte at dette kunne handle om hvor trygg man var på sårbehandling:

Det er jo noen som kan komme og si at "og nå syns jeg at såret er styggere og at det væsker masse" og så går man inn i rapporten og så finner man ikke noe nødvendigvis. Men at de har bare skiftet på såret og tenkt på seg sjøl da, og så sier de ifra sånt litt tilfeldig. Mens andre

skriver jo utfyllende og kanskje tar tak i det at "nå må vi kontakte lege" eller "å henvise til sårpol». Og jeg tenker at det kommer mye an på hvor trygge de er på sårbehandling da.

Flere av sykepleierne var kjent med TIMES som et verktøy for vurdering av sår, men gav uttrykk for at det ikke ble brukt på systematisk vis. Noen mente imidlertid at de belyste tilsvarende punkter i sine vurderinger: «Vi bruker det jo ikke konsekvent, men vi har jo ... de fleste har jo de punktene i vurderingen da uansett sånn et eller annet sted». En annen sa:

Jeg vil si at TIMES ikke blir brukt systematisk ... og det er egentlig litt dumt, for jeg tror jo vi er innom alle delene når vi beskriver et sår. Men jeg er ikke noe flink til å bruke TIMES sånn systematisk.

Hjemmesykepleien erfarte ikke at sykepleierne og legene på poliklinikken, eller fastlegen, selv brukte eller etterspurte vurderinger basert på TIMES. Videre ble det uttrykt at man ikke var vant med å kommunisere om såret på den måten med lege: «Jeg har ikke pratet så mye med legen og sånn jeg, fastlegen altså på den måten». Det var også et tema at legene kunne bruke et mer avansert eller fremmed språk som kunne være litt utfordrende. Samtidig ble det uttrykt at de som regel forstod hva som ble formidlet:

Men jeg opplever kanskje at fra sårpol og fra fastleger så er det litt mer sånn fint språk, og litt sånn legespråk noen ganger, når de skal beskrive det [...] for eksempel, hvor såret er så er det litt sånn ... hva heter det ordet da? Proksimalt, eller om det er utside eller innside eller, ja. Og rødhet heter noe annet på et litt finere legespråk. Og hevelse og litt sånn, ja, men jeg skjønner det jo som regel da.

#### 4.2.2.3. *Teknologisk kompetanse*

I forbindelse med oppstart og videre bruk av VK som en teknologi for å samhandle med sårpoliklinikken og fastlegen gav flere uttrykk for at det hadde vært god opplæring. Samtidig var de fortsatt tidlig i implementeringsfasen hvor tilstrekkelig tid var pekt på som sentralt for at de ansatte skulle oppleve trygghet og mestring i bruk av teknologien:

Folk er jo litt, bare man kommer opp med nye tekniske ting så blir jo ansattgruppen "åh, nå er det enda mer vi skal sette oss inn i av sånne tekniske duppe dingser og sånn" at man må bruke litt tid tror jeg på å få det godt inn i ansattgruppen, at det er trygt. Og folk syns det er skummelt å drive med, og jeg kan tenke meg at hodekameraer, og duppe dingser, og å trykke på ting, og å trykke feil og litt sånn, og at man blir litt stresset. Så det må vi nok bruke litt tid på å jobbe litt med.

Ikke alle opplevde å ha fått tilstrekkelig opplæring annet en demonstrasjon. Å kunne få mer praktisk opplæring og prøve utstyret selv var viktig for å bli trygg:

Jeg har ikke fått noen sånn helt praktisk opplæring i det. Det var vel et kurs her, som hvor det var en som presenterte det og som skulle lære oss det da. Men jeg syns det var litt vanskelig, for da var det sånn videomøte. Og jeg syns det var litt vanskelig å lære på den måten. Så jeg lærer i hvert fall bedre hvis jeg har det i hånden og får prøvd det sjøl.

Andre gav uttrykk for at de hadde fått god opplæring:

Jeg fikk muligheten til å lære, jeg fikk jo ordentlig opplæring syns jeg [...] i forhold til hvordan hodekameraet fungerte, og hvor jeg skulle koble meg på og hva jeg skulle si [talestyring]. Så jeg fikk jo det til, etter at jeg hadde fått opplæringen, med en gang faktisk.

Å ha en i gruppen som hadde spesielt ansvar for opplæringen beskrev deltakerne i fokusgruppene som særlig positivt. De trengte en som stadig var på tilbudssiden og gav instruksjoner og forklaring for hvordan utstyret fungerte. Det var også nyttig med en tydelig og stegvis bruksanvisning for å huske fremgangsmåten når en VK skulle igangsettes:

Så er det [nevner navn] som går rundt og putter hodekameraet på hodet vårt, og at vi lærer oss hvordan vi bruker det. Men jeg føler jo liksom at det har fungert veldig godt, og at vi har fått en god forklaring på hvordan det er. Og man får liksom muligheten til å, og [nevner navn] sier "jeg sitter her, og da er det bare å komme bort" eller så tar hun liksom tak i oss og bare "har du to minutter nå så kan jeg vise deg hvordan dette er?" så det syns jeg er veldig positivt. Og så er de kortene i den der kofferten som det står hva man skal si og gjøre. For ellers så glemmer jeg det mellom hver gang. Og der er det sånn punktvis "gjør sånn, og gjør sånn og gjør sånn" og det trenger jeg, på sånne tekniske ting.

En annen og vesentlig erfaring var at de var avhengig av å være flere til stede under et ståstell nå under opplæringsperioden enn normalt. Dette krevde dermed mer ressurser, og flere årsaker ble beskrevet. Noe handlet om å legge til rette for at flest mulig fikk ta del i og lære av de relativt få VK som faktisk ble gjennomført. Andre var mer av praktisk karakter – at man i starten hvor en brukte telefon eller iPad var avhengig av at en holdt kamera, en gjorde ståstellet, og en person måtte være tilgjengelig for å sikre optimale lysforhold og hjelpe til underveis med forskjellig.

Etter hvert som de kom i gang med hodekameraet ble kameraet styrt av den som gjennomførte ståstellet, men det var allikevel ønskelig at minst to pleiere skulle være med slik at lysforhold og andre praktiske hensyn kunne ivaretas. Det var også en trygghet å være to stykker dersom noe skulle gå galt i forhold det tekniske:

For meg så vil jeg at vi skal være to til å begynne med. Og det hodekameraet det, jeg har vært med på det tre ganger. Og den første gangen så funkete det ikke, og andre gangen så ble jeg ikke så godt kjent med det. Og tredje gangen så gikk det veldig fint. Men da hadde vi

fortsatt den IPAD Pro med oss som en back up, i tilfelle at den ikke fungerte. Så derfor er det greit å være to til å begynne med.

En annen sykepleier bekreftet behovet for å være flere enn en pleier under gjennomføringen av VK-det å ikke være alene om ansvaret, og beskriver ulike hensyn og faktorer som kan spille inn:

Jeg tenker at det er veldig fint å ha en ekstra person med seg. At en ikke står alene. Men at man må ha noen, altså det er liksom, når du har det kamerat så skal du passe på alt mulig. Og liksom hvis man har hodet der så er det vanskelig å liksom flytte seg rundt for å hente ting. For da ser du ikke såret lenger, og ja, det er veldig lurt å være to stykker. Og så det at du må ha noen som kanskje eventuelt må holde noen lamper eller, ja, lyskaster.

### 4.2.3. Mulighetsrom

Hjemmetjenesten identifiserte gevinster med innføring av digital sårtjeneste, perspektiver på hvilken nytte tjenesten kunne få fremover, og hvilke utfordringer de så ved videre utvikling av tjenesten.

#### 4.2.3.1. *Gevinster*

Det var ulike perspektiver på hvilke gevinster som ble erfart ved digital sårtjeneste og mer konkret bruk av VK som en måte å effektivisere og kvalitetssikre oppfølging av pasienter med vanskelig helende sår. Det mest fremtredende var sett fra pasientens perspektiv – at pasienter kan ha store vanskeligheter med å forflytte seg og kanskje også trenge bistand i forbindelse med reiser til og fra sykehus: «det har jo alltid vært utfordringer med sårbehandling. Og det og så få folk til sårpol har jo vært et problem med at det er eldre mennesker som ikke har en mulighet til å forflytte seg». De beskrev også at pasienter kan ha flere sykdommer som kan kreve hyppige sykehusbesøk, og det å kunne redusere behovet for å reise til sykehus vurderte de som en viktig nytteverdi: «Den brukeren synes det var veldig slitsomt å reise opp til sykehuset, og ble ... ja veldig sliten. Og vedkommende hadde jo flere, andre sykdommer som gjorde at det var vanskelig».

En pasient og hans pårørende hadde uttrykt takknemlighet for denne nye muligheten som gjorde at de slapp å måtte reise til sykehuset:

Ja han [pasienten] var egentlig veldig takknemlig for å slippe å reise til sykehuset – at vi fikk det til hjemme. Og pårørende var veldig imponert over disse tekniske dupperingsene som ble tatt i bruk. Så de var bare veldig takknemlig egentlig for å slippe å ta den lange turen til sykehuset.

Noen av basene ligger geografisk med relativt store avstander til sykehuset, og den tiden det krever å reise til sykehuset var også et argument for at VK har en nytte for pasienten. «Vi har jo mye avstander, så for vår del så tenker jeg at det er veldig positivt å ha en sånn VK med sårpol og eller, fastleger hvis det er mulig».

#### 4.2.3.2. *Nyttepotensialet*

Å bruke VK i samhandling med fastlegen beskrev deltakerne fra kommunen som et potensiale som burde utnyttes for å øke sjansen for å beslutte riktig behandling til rett tid og få raskest mulig avklaring om pasienten trenger henvisning til sårpoliklinikken. Her viste deltakerne også til eksempler på at sårbehandlingen hadde blitt forsinket av at fastlegen hadde foreskrevet en behandling som ikke var optimal. Fordi hjemmesykepleien ikke kunne overprøve fastlegens vurdering forlenget dette hele behandlingsforløpet:

Og jeg tenker nok, og det er kanskje en viktig sak fordi at det er forskjellig kompetanse rundt omkrig hos legene. Så det at hvis man bruker en videokonferanse da, første gangen man er hos fastlege så har en kanskje ikke fått riktig behandling tidligere, at en slipper å hoppe over en prosedyre som ikke funker. Altså at man går direkte da til, fra fastlegen til sårpol, så da at en får riktig behandling med en gang. Og det har jo vært eksempler på akkurat det her at det er greit, men vi kan jo ikke overprøve legens behandling, men vi vet jo at det vil bli endret på så fort han er på sårpol.

Noen av deltakerne i prosjektet hadde hospitert digitalt på sårpoliklinikken. Dette vurderte de som et potensiale som kunne vært utnyttet i mye større grad fordi teknologien med VK på effektivt vis kan legge til rette for læring. Her omtaler en av deltakerne hvordan de hadde fått opplæring i hvordan Profore, et flerlags kompresjonssystem, skal legges på riktig måte:

Vi har hatt en VK fra sårpol til oss her på basen. Hvor de ... pasienten møter opp på sårpol for sårstell der, og vi følger med her, for det er en pasient som bruker kompresjon. For da ... de forklarer hvordan, og vi kan jo lage den med Profore ordentlig på. Og med tanke på å lage en sånn med fiskeben [...]. Firelags Profore.

Deltakerne hadde noen idéer og tanker om hvordan et drømmescenario ville se ut i lys av utfordringer de opplevde i samarbeidet med sårpoliklinikken og fastlege og de rutinene som var gjeldende. Noen pekte på at fastlegene gjerne skulle hatt mer interesse og kompetanse innen sår:

Jeg tenker at det hadde vært fint hvis fastlegene hadde hatt litt mer kunnskap da. Da hadde det vært litt lettere. Da hadde vi kanskje følt at vi, at ikke vi hadde hele det der tunge ansvaret for såret. Men at legen hadde tatt en del av ansvaret, for de skyver ofte ansvaret og vurderinger og sånn over på oss da. Og det hadde vært fint og hatt noen hvis du er litt usikker og hatt fastlegen å spørre tenker jeg.



De var også opptatt av at terskelen for kontakt med sårpoliklinikken kunne vært lavere. Hvis sårpoliklinikken hadde hatt bedre tid, samtidig som fastlegen samtidig hadde mulighet for å være mer delaktig i et trepartssamarbeid for raskere avklaring av en behandlingsstrategi, ville det vært mer effektivt:

Jeg skulle ønske at sårpoliklinikken hadde bedre tid sånn at vi, for eksempel, ved et sår vi var usikre på – så kunne fastlege og en fra sårpoliklinikken logge seg på. Og så kunne vi tre blitt enige. Og kanskje sårpoliklinikken gir noen instruksjoner til fastlegen, at "du og hjemmesykepleien kan stelle dette såret noen uker, og blir det ikke bedre så tar dere kontakt med oss" og så kan de gi noen føringer på hvordan det skal stelles, eller hvor grensen skal gå for at en skal tilbake til sårpoliklinikken.

Men enda bedre enn lavere terskel for å kontakte sårpoliklinikken: Å ha en lege tilgjengelig i kommunen som hadde sårbehandling som et dedikert ansvarsområde var beskrevet som en ønskesituasjon- også for å begrense behovet for å konsultere poliklinikken ved spørsmål og avklaringer. «Ja vi vil ha egen sårlege i kommunen vi, det hadde vært en sånn ønskedrøm. Rett og slett en egen lege som vi kunne forholde oss til i forhold til sår. Det hadde vært fint det»

#### 4.2.3.3. *Utfordringer*

Å gjøre nødvendige forberedelser til en planlagt sårkonsultasjon på video var viktig. Spesielt var det av stor betydning å sikre optimale lysforhold slik at bildegjengivelsen av såret til sårpoliklinikken ble så naturlig og riktig som mulig. Ofte kunne det være dårlige lysforhold hjemme hos bruker, med mørke rom og lite lyskilder. Det var gjort ulike erfaringer med forskjellig utstyr, blant annet at det var forskjeller i bildegjengivelsen når man brukte IPAD eller telefon og etter hvert hodekamera. Det ble også gjort forsøk med ulike typer lamper og hodelykt med forskjellig hell. Et sår kunne fremstå verre eller bedre enn det i realiteten var: «Men det som er litt sånn utfordrende, det er jo det lyset som dere sier. Og det at det kan se noen ganger verre ut eller noen ganger bedre ut». Da var det en fordel om sårpoliklinikken hadde et vurderingsgrunnlag fra tidligere slik at de kunne gi uttrykk for at bildet ikke så helt riktig ut og kunne foreslå justeringer: «Så det var å justere lyset, fordi at de på sårpol hadde jo allerede sett såret. Og så sa de "ja men ta bort litt lyset sånn, eller gjør litt sånn"»:

En annen problemstilling var at dårlig nettilgang og kvalitet på nettforbindelsen hjemme hos pasienten, som skapte problemer. Ettersom de gjorde flere erfaringer fant de ulike strategier som hjalp: «Det vi fant ut var jo hvor vi skulle plassere personen neste gang i forhold til dekkningen da. Og at det var 4G og at vi hadde internettforbindelse».

## 5. Perspektiver på samarbeid om sårbehandling

Resultatene gir innsikt i hvor omstendelig vurderingen av sår kan være for hjemmetjenesten når de står alene hjemme hos bruker. Deres usikkerhet kan være knyttet til deres vurdering av sårets utvikling som kanskje ikke ser ut til å samstemme med den sårprosedyren som er i bruk. Den vurderingen hver enkelt sykepleier gjør, er avhengig av dennes kompetanse, som igjen avgjør hvordan sårets tilstand blir beskrevet og argumentert for blant de andre sykepleierne. Diskusjonene hjemmesykepleierne har med hverandre bygger på kunnskap og kjennskap til sår og pasient og er hele tiden knyttet til et varierende tidsbilde for de som er involvert. Det kan derfor ta tid før de sammen finner gode løsninger på behandlingen av vanskelig helende sår. Å innføre bruk av systematiske metoder for sårvurdering som TIMES er noe hjemmetjenesten selv påpekte som et behov som trenger mer innsats for å kunne gjennomføre gode sårvurderinger, avdekke endringer i sårtilhelingen tidligst mulig, samt avgjøre hvilke behandlingsmetoder som er hensiktsmessig. Dette vurderes å kvalitetssikre dokumentasjonen, den fortløpende evalueringen av såret, samt danne et grunnlag for tverrfaglig samarbeid i behandlingsforløpet.

Om sykepleierne vurderer det dithen at såret trenger vurdering og behandling som går utover deres kompetanse, er systemet lagt opp slik at det kan ta lang tid før pasienten får sitt sår vurdert av mer kompetent helsepersonell. Hjemmesykepleierne beskriver at de må sende PLO melding til fastlegen og be vedkommende om å henvise til sårpoliklinikken. I de fleste situasjoner har de erfaringer med at fastlegen ikke engasjerer seg i situasjonen, men sender en henvisning til sårpoliklinikken med de opplysningene som hjemmesykepleieren har oppgitt. Dette er ifølge poliklinikken henvisninger som ofte er mangelfullt begrunnet og gir dem et begrenset beslutningsgrunnlag for å ta inn pasienten. Det kan i slike tilfeller tenkes at vurderingen av hastegrad for innkalling kan feiltolkes? I andre situasjoner beskriver hjemmesykepleierne at fastlegen kan innkalle pasienten til vurdering for så å henvise til sårvurdering på poliklinikken, noe som resulterer i at det tar lang tid fra behovet for sårvurdering blir meldt, til pasienten kommer til vurdering på poliklinikken. I denne tiden har ofte såret utviklet seg i feil retning.

Hjemmesykepleierne uttrykker at i slike situasjoner hvor de er i tvil om videre behandling for et sår, så hadde de hatt nytte av å kunne koblet seg opp på VK til fastlegen for å kunne vise såret og hatt en dialog med fastlegen om sårvurderingen. Denne muligheten til vurdering bifalles av poliklinikken, men foreløpig ikke av fastlegene selv. Ifølge fastlegerepresentanten, så er den generelle oppfatningen blant fastlegene at hjemmesykepleierne har høyere sårkompetanse enn dem. Så hvis sykepleierne ikke mestrer sårbehandlingen, så er fastlegenes vurdering, at poliklinikken overtar oppfølging av sårbehandlingen. Fastlegerepresentanten hadde inntrykk av at det var liten interesse blant fastlegene i å øke sin sårkompetanse og heller ikke benytte seg av VK med poliklinikken. Med respekt for fastlegenes omfattende ansvar for oppfølging av sine listepasienter, er forskernes vurdering at; det hadde vært en stor gevinst for hjemmesykepleierne, pasienten og poliklinikken om fastlegen kunne ha benyttet seg av VK for å vurdere pasientens sår når hjemmesykepleieren står i situasjonen. En slik konsultasjon ville ha lettet hjemmesykepleierens ansvar mye, virket støttende

på dem og sørget for en mer sømløs behandlingspakke for pasienten. Poliklinikken ville sannsynligvis og så få bedre begrunnede henvisninger som ville kunne medføre en mer målrettet behandling fra starten av.

VK fremstår som en positiv behandlingsmåte mellom poliklinikken, hjemmesykepleiere og pasienten, noe de alle er fornøyde med. De digitale oppfølgingene av sår synes derfor å ha et viktig potensial i videre utvikling og utbredelse av denne tjeneste. Utfordringene med å rekruttere pasienter til denne tjenesten synes å kunne løse seg ved å få inn mer personalressurser på poliklinikken, og kanskje fordele rekrutteringen på flere enn en person innen hjemmesykepleien. Med å få til en mer fleksibel utstysordning på poliklinikken, vil tjenesten ha gode potensialer for å være en bærekraftig tjeneste fremover i digitaliseringen av helsevesenet. Tjenesten ligger også til rette for å kunne være kompetansehevende innenfor det tverrfaglige samarbeidet mellom hjemmetjenesten, fastlegene og poliklinikken. Her bør de forskjellige partene vise sin interesse og være med å forme interaksjonen mellom dem til en sømløs tjeneste, som gagnar pasienten og sekundært helsevesenet.

Så langt i prosjektet er gevinstene begrenset, noe som gjenspeiler at tjenesten har hatt en relativt krevende oppstart. Covid-19 situasjonen har preget prosjektets planer om fysiske workshops, opplæring og samarbeid, siden restriksjoner har kommet og gått og vanskeliggjort langsiktig planlegging. Dette til tross, både pasienter, hjemmetjenesten og poliklinikken gir uttrykk for en positiv holdning for at tjenesten er god, og at den bør videreutvikles. De ser muligheter til forbedring og de ønsker å beholde den og utvikle den, noe som er viktige grunnsteiner i en bærekraftig fremadrettet tjeneste.

## 6. Forskerteamet

Forskerne er ansatt ved Universitetet i Sørøst-Norge og tilknyttet [Senter for helse og teknologi](#) og [Sunnaas sykehus](#)

**[Espen Andreas Brembo](#)**, Førsteamanuensis (Ph.d.)

Espen Brembo er ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie- og helsevitenskap med tilknytning til Senter for helse og teknologi. Han er nå engasjert i forskningsprosjekter innen innovasjon i og digitalisering av helsetjenesten, utdanning og kommunikasjon. Han underviser, veileder og har emneansvar på bachelorprogrammet i sykepleie og masterprogrammet i klinisk helsearbeid. Brembo har i sitt doktorgradsarbeid forsket med kvalitative og kvantitative metoder på hoftartrose med fokus på pasientbehov, mestring og samvalg i et forløpsperspektiv. Tidligere har Brembo jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten i Oslo kommune i flere år. Han fullførte sin doktorgrad i medisin og helsevitenskap ved UiO i 2020.

**[Hilde Solli](#)**, Førstelektor (Ph.d.).

I tillegg til akademisk utdanning er Hilde utdannet intensivsykepleier. Hennes forskning er rettet mot sykepleieperspektivet ved bruk av velferdsteknologi i praksisfeltet på den ene siden. På den andre siden er forskningen rettet mot utdanningsforskning, med spesielt fokus på simuleringsbasert læring. Hun er tilknyttet [bachelor utdanning i sykepleie ved campus Porsgrunn](#) og masterutdanning i Klinisk helsearbeid, studieretning: [Digitalisering og innovasjon i helse- og velferdstjenester](#) .

**[Lena Leren](#)**, Universitetslektor.

Lena Leren er ansatt som Stipendiat og Universitetslektor ved Universitetet i Sørøst-Norge, ved Institutt for sykepleie- og helsevitenskap. Hun er tilknyttet Senter for helse og teknologi, ekspertområde [Smerte, sår og digital støtte](#). Hun underviser og veileder på bachelorprogrammet i sykepleie og på masterprogrammene i Klinisk Helsearbeid og Avansert Klinisk Allmennsykepleie. Leren forsker i sitt doktorgradsarbeid på smerter hos personer med kroniske legg- og fotsår ved hjelp av kvantitativ metode.

**[Hilde Eide](#)**, Professor. Hun er professor i klinisk kommunikasjon og helseveiledning og forskningsleder ved Senter for helse og Teknologi i Drammen. Hun har bred forskningserfaring på flere områder; a) Personorientert kommunikasjon, b) Hvordan velferdsteknologi og digital helse (eHelse) og avstandsoppfølging kan forbedre pasientbehandling og helsetjenester og c) Hva som er beste praksis innen innovasjon og implementering av nye tjenester.

**[Ingebjørg Irgens](#)**, Overlege Sunnaas sykehus HF. Hun har deltatt i arbeidet med å etablere en sårpoliklinikk ved sykehuset. Hun er nå tilknyttet Universitetet i Oslo der hun er i avslutningsfasen av en PhD som omhandler bruk av videokonsultasjon i oppfølgingen av pasienter med ryggmargsskade og trykkskader. <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/sar>.

## 7. Referanseliste

- Agale, S. V. (2013). Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management. *Ulcers*, 2013, 413604. <https://doi.org/10.1155/2013/413604>
- Ariss, S. M., Enderby, P. M., Smith, T., Nancarrow, S. A., Bradburn, M. J., Harrop, D., Parker, S. G., McDonnell, A., Dixon, S., Ryan, T., Hayman, A., & Campbell, M. (2015). Secondary analysis and literature review of community rehabilitation and intermediate care: an information resource. *Health services and delivery research*, 3(1), 1-180. <https://doi.org/10.3310/hsdr03010>
- Atkin, L., Bučko, Z., Conde Montero, E., Cutting, K., Moffatt, C., Probst, A., Romanelli, M., Schultz, G. S., & Tettelbach, W. (2019). Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*, 23(Sup3a), S1-s50. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>
- Bach, B. H. (2020). *Digital sårbehandling-helhetlig sårbehandling i nye former. Report*. Unpublished
- Bach, B. H. (2021). *Digital sårteneste fase 1, sluttrapport. Report*. Unpublished
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs*, 15(1), 5-5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bondini, C. M., Sage, S., Wilson, B. P., Hall, M. R., & Wallis, E. A. R. (2020). Modified telehealth for care of chronic wounds during the Coronavirus disease 2019 pandemic: A rapid literature review of alternative care modalities. *Int Wound J*, 17(6), 1960-1967. <https://doi.org/10.1111/iwj.13488>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cao, Y., Krause, J. S., & Dipiro, N. (2013). Risk factors for mortality after spinal cord injury in the USA. *Spinal Cord*, 51(5), 413-418. <https://doi.org/10.1038/sc.2013.2>
- Chen, L., Cheng, L., Gao, W., Chen, D., Wang, C., & Ran, X. (2020). Telemedicine in Chronic Wound Management: Systematic Review And Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(6), e15574. <https://doi.org/10.2196/15574>
- DeJong, G., Tian, W., Hsieh, C. H., Junn, C., Karam, C., Ballard, P. H., Smout, R. J., Horn, S. D., Zanca, J. M., Heinemann, A. W., Hammond, F. M., & Backus, D. (2013). Rehospitalization in the first year of traumatic spinal cord injury after discharge from medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(4 Suppl), S87-97. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.037>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025. Versjon 1.01*. D. f. e-helse. [www.ehelse.no](http://www.ehelse.no)
- Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M., & Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD002098. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>
- Gamus, A., & Chodick, G. (2019). Costs and Benefits of Telemedicine Compared to Face-to-Face Treatment in Patients with Lower Extremity Ulcers. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 8(7), 291-297. <https://doi.org/10.1089/wound.2018.0906>

- Gamus, A., Kaufman, H., & Chodick, G. (2019). Remote Care of Lower Extremities Ulcers: An Observational Pilot Study. *Isr Med Assoc J*, 21(4), 265-268. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31032569>
- Gamus, A., Keren, E., Kaufman, H., & Chodick, G. (2019). Synchronous video telemedicine in lower extremities ulcers treatment: A real-world data study. *Int J Med Inform*, 124, 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.009>
- Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care*, 23(12), 601-612. <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.12.601>
- Irgens, I., Hoff, J. M., Jernes, R., Alexander, M., Stanghelle, J. K., Thoresen, M., & Rekand, T. (2021). Videoconferencing in Pressure Injury: Results from a Randomized Controlled Telemedicine Trial in Patients with Spinal Cord Injury (Preprint). *JMIR formative research*. <https://doi.org/10.2196/27692>
- Irgens, I., Kleven, L., Sørli, H., Stanghelle, J. K., & Rekand, T. (2015). Telemedicine brings specialist healthcare services to patients' homes. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 135(19), 1716-1717. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0770>
- Kommunenenes Sentralforbund. (2021). *Veikart for tjenesteinnovasjon*. Retrieved 2021.06.10. from <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- Krueger, R. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5th ed. ed.). Sage.
- Langøen, A., & Gürgen, M. (2019). Hva er en sårdiagnoose, og hvorfor trenger vi den? *Sykepleien* 107. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/>
- Lidal, I. B., Snekkevik, H., Aamodt, G., Hjeltnes, N., Stanghelle, J. K., & Biering-Sorensen, F. (2007). Mortality after spinal cord injury in Norway. *J Rehabil Med*, 39(2), 145-151. <https://doi.org/10.2340/16501977-0017>
- Lidal, I. B., Veenstra, M., Hjeltnes, N., & Biering-Sorensen, F. (2008). Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord*, 46(11), 765-765. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.41>
- Lourenco, L., Blanes, L., Salomé, G. M., & Ferreira, L. M. (2014). Quality of life and self-esteem in patients with paraplegia and pressure ulcers: A controlled cross-sectional study. *J Wound Care*, 23(6), 331-337. <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.6.331>
- Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car, J., & Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*, 29, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>
- Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P., & Karlstrøm, H. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene*.
- Meld.St.7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld.St.26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld.St.29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg [Future care]*. Oslo: Regjeringen [Government] Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

- Morgan, D. L. (2018). *Basic and Advanced Focus Groups*. Sage Publications.
- Nordheim, L. V., Haavind, M. T., & Iversen, M. M. (2014). Effect of telemedicine follow-up care of leg and foot ulcers: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, *14*, 565. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0565-6>
- Normen. (2021). *Veileder i digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren*. D. f. e-helse. <file:///C:/Users/hildes/Downloads/Veileder%20i%20digital%20pasientkommunikasjon%20v3.0.pdf>
- Norsk Helsenett. (2021). *Vi knytter Helse-Norge sammen*. Retrieved 2021.06.10. from <https://www.nhn.no/>
- Nussbaum, S. R., Carter, M. J., Fife, C. E., DaVanzo, J., Haught, R., Nusgart, M., & Cartwright, D. (2018). An Economic Evaluation of the Impact, Cost, and Medicare Policy Implications of Chronic Nonhealing Wounds. *Value Health*, *21*(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.07.007>
- Obstfelder, A., Engeseth, K. H., & Wynn, R. (2007). Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implement Sci*, *2*, 25. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-25>
- Olsen, O. E., Mikkelsen, A., & Lindøe, P. H. (2002). Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, *43*(2), 191-217. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2002-02-02ER>
- Olsson, M., Järbrink, K., Divakar, U., Bajpai, R., Upton, Z., Schmidtchen, A., & Car, J. (2019). The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair Regen*, *27*(1), 114-125. <https://doi.org/10.1111/wrr.12683>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. International edition. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pols, J. (2012). *Care at a Distance*. Amsterdam University Press.
- Rasmussen, B. S. B., Jensen, L. K., Froekjaer, J., Kidholm, K., Kensing, F., & Yderstraede, K. B. (2015). A qualitative study of the key factors in implementing telemedical monitoring of diabetic foot ulcer patients. *Int J Med Inform*, *84*(10), 799-807. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.05.012>
- Santamaria, N., & Kapp, S. (2013). TeleWound care - providing remote wound assessment and treatment in the home care setting: current status and future directions. *Smart homecare technology and TeleHealth*, *1*, 35. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S34353>
- Smith-Strom, H., Igländ, J., Ostbye, T., Tell, G. S., Hausken, M. F., Graue, M., Skeie, S., Cooper, J. G., & Iversen, M. M. (2018). The Effect of Telemedicine Follow-up Care on Diabetes-Related Foot Ulcers: A Cluster-Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Diabetes Care*, *41*(1), 96-103. <https://doi.org/10.2337/dc17-1025>
- Solli, H., Bjørk, I. T., Hvalvik, S., & Hellestø, R. (2012). Principle-based analysis of the concept of telecare [x]. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(12), 2802-2815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06038.x>
- Solli, H., & Hvalvik, S. (2019). Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 893. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4740-7>
- Sood, A., Granick, M. S., Trial, C., Lano, J., Palmier, S., Ribal, E., & Teot, L. (2016). The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile Wound-Healing Center in Languedoc-Roussillon, France. *Plast Reconstr Surg*, *138*(3 Suppl), 248S-256S. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002702>

- St.meld.nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted til rett tid* Oslo: 07 Gruppen AS - 06/2009
- Sykehuset Innlandet. (2019, 24. Mai). *Prehospital decision support* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5YO36TGASHs>
- Teot, L., Geri, C., Lano, J., Cabrol, M., Linet, C., & Mercier, G. (2020). Complex Wound Healing Outcomes for Outpatients Receiving Care via Telemedicine, Home Health, or Wound Clinic: A Randomized Controlled Trial. *Int J Low Extrem Wounds*, 19(2), 197-204. <https://doi.org/10.1177/1534734619894485>
- Tyagi, N., Amar Goel, S., & Alexander, M. (2019). Improving quality of life after spinal cord injury in India with telehealth. *Spinal Cord Ser Cases*, 5(1), 70-75. <https://doi.org/10.1038/s41394-019-0212-x>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. . <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- WHO. (2020). *Global Strategy on Digital Health 2020-2025*. In. Geneva: World Health Organization.



Skriftserien nr 84  
2022

**Digital sår tjeneste**  
Følgeevaluering fase 1

Hilde Solli  
Lena Leren  
Ingebjørg Irgens  
Hilde Eide  
Espen Andreas Brembo

ISBN: 978-82-7206-651-1  
ISSN: 2535-5325

usn.no

