

Gudveig Gjøsund og Hans Donali Tilset

# Kvalitativ evaluering av *Rørosprosjektet* – en mobil integrert helsetjeneste



Foto: Live Oftedahl

*«Jeg ser at vi har fått til noe veldig bra her ...»*

*«What is now proved was once only imagined».*

William Blake (1757-1827)

ISBN 978-82-7570-625-4 (trykk)

ISBN 978-82-7570-626-1 (web)

NTNU Samfunnsforskning

Dragvoll Allé 38 B

7491 Trondheim

Norway

 <b>NTNU</b> Samfunnsforskning  <b>Studio Apertura</b>  Postadresse: 7491 Trondheim Besøksadresse: Dragvoll Allé 38B,  Telefon: 73 59 63 00 Telefaks: 73 59 62 24 E-post: kontakt@samforsk.no Web.: www.samforsk.no  Foretaksnr. : NO 986 243 836	<h1>RAPPORT</h1>	
	TITTEL  <b>Kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet          – en mobil integrert helsetjeneste</b>	
	FORFATTERE Gudveig Gjøsund og Hans Donali Tilset	
	OPPDRAGSGIVER St Olavs hospital HF	
GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jostein Dale	
ISBN TRYKK: 978-82-7570-625-4 WEB: 978-82-7570-626-1	PROSJEKTNR. 3611	ANTALL SIDER OG BILAG 84 + 6
DATO 23.10.2020	PROSJEKTLEDER Gudveig Gjøsund	KVALITETSSIKRET AV Petter Grytten Almklov
SAMMENDRAG  Denne rapporten presenterer resultatene fra en kvalitativ evaluering gjort av Rørosprosjektet. På Røros er det i snart 3 år prøvd ut et konsept om <i>Mobil integrert helsetjeneste</i> . En av to ambulanser er byttet ut med en helsevaktbil, og deler av ambulansetjenesten har fått utvidete oppgaver i kommunehelsetjenesten. Denne kvalitative evalueringen har tatt for seg prosjektprosessen og fire av delprosjektene; 1) Beredskap og ø-hjelp, 2) Samarbeid HBO (hjemmebasert omsorg) og sykehjem, 3) Individuelle pasientforløp og planer, og 4) Forebyggende hjemmebesøk. Den ser også på prosjektets resultatmål og effektmål og viser hvordan målene om nye samarbeidsformer, økt kvalitet i helsetjenestene, økt kompetanse og bedre ressursutnyttelse er nådd. Avslutningsvis diskuterer rapporten områder som krever spesiell oppmerksomhet i overgangen fra prosjektfase til ordinær drift.		
STIKKORD	Mobil integrert helsetjeneste, tverrsektorielt samarbeid, ambulansetjeneste, kommunale helsetjenester, akuttmedisin	



## FORORD

Rørosprosjektet har siden januar 2018 prøvd ut konseptet *Mobil integrert helsetjeneste*. Prosjektet har gått ut på å få de som utgjør helsehjelpen på Røros til å samarbeide på en måte som gir bedre kvalitet og sømløse helsetjenester. Dette er gjort ved å gi deler av ambulansetjenesten utvidede oppgaver. Prosjektet er organisert som et samarbeid mellom Røros kommune, den interkommunale legevakten på Røros og St. Olavs hospital. Det er nå i en avslutningsfase og det jobbes med å se på om, og i tilfelle hvordan, konseptet skal overføres i ordinær drift.

NTNU Samfunnsforskning har gjennomført en kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet. Vi har fått formidlet synspunkter og erfaringer fra de fleste aktørene som har hatt en aktiv rolle i prosjektet. Selv om datainnsamlingen delvis har vært gjennomført etter at Norge ble nedstengt i mars 2020 på grunn av COVID-19, har alle involverte aktører vært løsningsorienterte og positive, noe som har gjort at denne kvalitative evalueringen har latt seg gjennomføre nesten etter oppsatt plan. Takk til alle vi har vært i kontakt med for gode innspill og stor velvillighet. Takk også til prosjektleder Jostein Dale som har tilrettelagt for datainnsamling og bestandig vært behjelpelig med å svare på de spørsmål vi har hatt. Vi ønsker også å takke kollega Lucia Munoz Liste ved NTNU Samfunnsforskning som har bidratt i datainnsamling og -bearbeiding.

Denne rapporten oppsummerer den kvalitative evalueringen av Rørosprosjektet, og den skal inngå i en samlet evaluering av Rørosprosjektet. Vi håper at rapporten vil være med å gi et utfyllende bilde av prosjektet, men også at den kan gi innsikt i hvordan en kan organisere offentlige tjenester som går på tvers av forvaltningsnivå og kommunale sektorer.

Trondheim, 22.10.2020

Gudveig Gjøsund  
Prosjektleder  
NTNU Samfunnsforskning



# INNHold

FORORD.....	iii
INNHold .....	v
SAMMENDRAG.....	ix
1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.1.1 Ambulansetjenesten i Midt-Norge .....	1
1.1.2 Nye konsepter og roller i kommunehelsetjenesten .....	2
1.2 Om Rørosprosjektet.....	3
1.2.1 Bakgrunn og idé.....	3
1.2.2 Formell organisering.....	4
1.2.3 Delprosjekter i Rørosprosjektet .....	5
1.2.4 Rørosprosjektets mål.....	6
1.2.5 Formell organisering.....	8
2 Gjennomføring av evalueringen.....	9
2.1 Dokumentgjennomgang .....	9
2.2 Intervjuer .....	10
2.3 Workshop .....	11
2.4 Analyse av data .....	12
3 Innføring av Rørosprosjektet - Prosessen .....	14
3.1 Introduksjon av prosjektet.....	14
3.1.1 Kommunen (forvaltning) .....	14
3.1.2 Leger.....	15

3.1.3	Andre helsearbeidere.....	16
3.1.4	Ambulansepersonell.....	17
3.1.5	Innbyggerne.....	18
3.2	Hva informasjonen gikk ut på.....	19
3.2.1	Helsevaktbil til erstatning for ordinær ambulanse.....	19
3.2.2	Utvidete kommunale tjenester.....	20
3.2.3	Økonomi.....	20
3.3	Reaksjoner fra de ulike aktørene.....	21
3.3.1	Kommunen (forvaltning).....	21
3.3.2	Leger.....	22
3.3.3	Helsearbeidere.....	22
3.3.4	Ambulansearbeidere.....	23
3.3.5	Innbyggerne.....	24
3.3.6	Fagforening – ambulansearbeidere.....	25
3.4	Forankring av prosjektet.....	25
3.5	Organisering og ledelse av Rørosprosjektet.....	29
3.6	Oppsummering.....	30
4	Delprosjektene.....	31
4.1	Delprosjekt 1 – Beredskap og ø-hjelp.....	31
4.1.1	Ny struktur og formell organisering.....	31
4.1.2	Helsevaktbilen og nye oppgaver.....	32
4.1.3	Utrykning.....	34
4.1.4	Kompetanse.....	35



4.1.5	Formelt og uformelt samarbeid .....	36
4.1.6	Oppsummering: Legevakt + helsevakt = sant? .....	38
4.2	Delprosjekt 2: Samarbeid HBO og sykehjem .....	38
4.2.1	Formalisering av samarbeidet .....	38
4.2.2	Formelle forhold – arbeidsoppgaver og rutiner .....	40
4.2.3	Uformelle forhold – Samhandling, kompetanse og holdninger .....	43
4.2.4	Oppsummering - Gevinster og behov fremover .....	44
4.3	Delprosjekt 3 – Individuelle pasientforløp og planer .....	45
4.3.1	Formell organisering av samarbeid .....	46
4.3.2	Uformelle dimensjoner – Holdninger og arbeidsprosesser .....	50
4.3.3	Oppsummering – optimalisering av samarbeid? .....	51
4.4	Delprosjekt 4 - Forebyggende hjemmebesøk .....	52
4.4.1	Struktur og formell organisering .....	52
4.4.2	Holdninger/verdier/kompetanse .....	53
4.4.3	Interaksjoner/arbeidsprosesser/ledelse .....	54
4.4.4	Oppsummering - En oppgave for helsevakta? .....	55
5	Måloppnåelse .....	57
5.1	Om formuleringer av resultatmål .....	58
5.2	Om vurdering av måloppnåelse .....	58
5.3	Nye samarbeidsformer og nye arenaer for samarbeid .....	59
5.3.1	Nye samarbeidsformer .....	59
5.3.2	Samarbeidsarenaer .....	61
5.4	Effekter og samfunnsøkonomisk nytteverdi .....	62

5.4.1	Økt kvalitet i helsetjenestene.....	63
5.4.2	Økt kompetanse .....	65
5.4.3	Bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomisk nytte .....	68
5.4.4	Økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner .....	69
5.4.5	Øvrige effektmål.....	70
5.5	Måloppnåelse - oppsummert .....	71
6	Fra prosjekt til drift .....	72
6.1	Avslutning av Rørosprosjektet.....	72
6.2	Økonomi .....	73
6.3	Ulike forvaltningsnivå – Jus og regelverk.....	75
6.4	Ansvar for samarbeidsprosessene.....	75
6.5	Opprettholde fleksibel utvikling av oppgaver.....	76
6.6	Kompetansekrav for helsevakta .....	77
6.7	Informantenes betraktninger om videreføring.....	78
7	Overføringsverdi til andre kommuner .....	79
7.1	Overførbarhet - Oppsummering.....	81
8	Rørosprosjektet – et svar på helse-Norges samhandlingsutfordringer?.....	82
	Referanser.....	84
	Vedlegg 1 – Målstruktur.....	85
	Vedlegg 2 – Intervjuguide .....	86
	Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	88
	Vedlegg 4 – Oversikt over respondenter .....	90

## SAMMENDRAG

St. Olavs hospital HF og Røros kommune har siden begynnelsen av 2018 samarbeidet om Rørosprosjektet der de har prøvd ut konseptet *Mobil integrert helsetjeneste*. Grunnidéen bak prosjektet på Røros er at ambulanspersonell i beredskap, som ikke er ute på oppdrag, skal kunne utføre oppgaver på vegne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På Røros er den ene ambulansen erstattet med en helsevaktbil som er fullt utrustet som ambulanse, men uten bære. Helsevaktbilen er bemannet med én ambulansarbeider som også utfører oppgaver innen kommunehelse-tjenesten. Dette er et sektorovergripende samarbeid med utfordringer knyttet til organisatoriske og strukturelle barrierer. Prosjektet skal identifisere og minimalisere slike barrierer, og gjennom felles ressursutnyttelse bidra til å supplere eksisterende tjenester der det er udekkede behov. Samarbeidet innebærer kompetanseheving og trening både for ambulanspersonell og ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. En av rammebetingelsene for Rørosprosjektet har vært at det nye samarbeidskonseptet skal etableres og prøves ut uten økte personal- og driftskostnader.

En stor del av Rørosprosjektet handler om organisasjonsutvikling med endrede arbeidsprosesser og nye samarbeidskonstellasjoner. Denne rapporten inneholder en kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet. Evalueringen er gjennomført av NTNU Samfunnsforskning, avdeling Studio Apertura, og hadde oppstart i begynnelsen av 2020. Den bygger på en dokumentgjennomgang og kvalitative intervjuer med sentrale aktører i Rørosprosjektet. I tillegg ble det mot slutten gjennomført en workshop på Røros med flere av de som ble intervjuet. Workshopen ble arrangert som en aktivitet for Rørosprosjektet, og hensikten for forskerne var å få diskutert resultatene for å få kalibrert funnene.

Denne evaluering ser på innovasjonen som prosjektet innebærer, dvs. hvordan ulike deler av helsetilbudet fungerer nå, samt evaluering av hvordan prosjektet er gjennomført med tanke på innføring av nye arbeidsprosesser og nye samarbeidsrelasjoner. Det siste er viktig for å få økt kunnskap om hvordan slike sektorovergripende tiltak kan iverksettes og drives på en hensiktsmessig måte.

Empirien blir i denne rapporten presentert i to kapitler. Det første tar for seg prosjektprosessen; hvordan prosjektet ble introdusert for de ulike aktørene, hva de ulike aktørene fikk av informasjon og hvordan de reagerte samt forankringen og styringen av prosjektet. Evalueringen viser at mange helsearbeidere på Røros har opplevd å få litt for lite informasjon om hva prosjektet innebar for dem, og at prosjektet i starten ikke var godt nok forankret blant enkelte nøkkelpersoner. Det at

prosjektet fra starten av ikke var entydig definert har etterhvert vist seg å være av stor betydning for en fleksibel prosjektutvikling som er blitt formet etter aktørenes ønsker og behov. Etterhvert fikk prosjektet også tydeligere styring, noe som har vært avgjørende for gjennomføringen. Selv om flere aktører mente prosjektet hadde noen startproblemer, mener så og si samtlige av de som er intervjuet at prosjektprosessen i dag er god.

Det andre empirikapittelet tar for seg de fire delprosjektene i Rørosprosjektet som har direkte innvirkning på helsetjenestene på Røros.

Delprosjekt 1 er om beredskap og øyeblikkelig hjelp, og omhandler etableringen av helsevaktbilen som mobil helseressurs og samarbeidet helsevakta har med legevaktstjenesten på Røros. Samarbeidet er nyttig med tanke på bedre å bruke hverandres kompetanse og ressurser på tvers, og alle involverte mener at helsetilbudet til befolkningen er blitt bedre både med tanke på kvalitet og kvantitet bare gjennom dette ene delprosjektet.

Delprosjekt 2 tar for seg samarbeidet mellom helsevakta og HBO (hjemmebasert omsorg) og sykehjemmene. Dette samarbeidet har det tatt tid å etablere, men nå opplever spesielt HBO at det har kommet en rekke gevinster ut av samarbeidet. Helsevakta oppleves som en ekstra ressurs som har ført til at en har forhindrede unødige innleggelser ettersom de kan sette i gang ulike tiltak på stedet i og med at de har med seg helsevaktbil med fullt utstyr. Det må allikevel sies at samarbeidet mellom helsevakta og sykehjemmene ikke har kommet så langt som en kunne tenkt seg.

I delprosjekt 3 om individuelle pasientforløp har en sett på hvilke oppgaver helsevakta kan utføre i samarbeid med psykiatritjenesten og kreftkoordinator i kommunen. Blant oppgavene helsevakta utfører her er hjemmebesøk hos kreftpasienter som trenger oppfølging utenfor kreftkoordinators arbeidstid. Det blir rapportert at helsevakta er god ekstraressurs i tillegg til at de skaper trygghet for pasientene. Når det gjelder hjemmebesøk hos rus- og psykiatrispasienter blir helsevakta ofte brukt i tilfeller der en frykter utagering, i tillegg til at de bistår med observasjon og prøvetaking utenfor ordinær arbeidstid. Alle involverte i dette delprosjektet ser på samarbeidet som nyttig og noe de ønsker å videreføre. Helsevakta selv opplever sin rolle og de oppgavene de utfører i disse tre delprosjektene som nyttige og givende.

Delprosjekt 4 handler om forebyggende hjemmebesøk. Dette er et tilbud Røros kommune gir til sine innbyggere over 75 år for å legge til rette for at så mange som mulig kan bo i egne hjem så lenge som mulig. Denne oppgaven ligger til kommunens ergoterapeut, men kapasiteten er ikke tilstrekkelig til å få gjennomført besøkene uten hjelp fra helsevakta. Det blir fortalt at de som får besøk er veldig fornøyd med den

jobben helsevakta gjør når de er hos dem, og kommuneergoterapeuten er glad for den ressursen hun har fått tildelt. Dette delprosjektet gjør i tillegg at helsevakta kan bli kjent med innbyggere som de senere kan komme til å ha akutt utrykning til. Det kan virke som om helsevakta selv er minst komfortable med oppgavene de gjør i dette delprosjektet ettersom det kun handler om forebyggende arbeid og ikke om å hjelpe noen som trenger det.

Videre går rapporten gjennom de mål Rørosprosjektet har hatt, og vurderer om og hvordan målene er nådd. Ut fra hvordan målene er formulert konkluderes det med at så og si alle målene er nådd. Aktørene er enige om at kvaliteten på helsetjenestene har økt, kompetansen til helsetjenestene har totalt sett økt og det er en opplevelse av at det er bedre ressursutnyttelsen. Selv om det ikke er mulig å si noe om økonomiske besparelser, tror alle at prosjektet er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Selv om de færreste mener det har oppstått nye samarbeidsarenaer, er det blitt satt i gang nytt samarbeid på flere områder.

Avslutningsvis diskuterer rapporten områder som krever spesiell oppmerksomhet i overgangen fra prosjektfase til ordinær drift. Et av prosjektets suksesskriterier har vært fleksibiliteten, det at helsevakta har kunnet trå til på kort varsel der det har vært behov for dem. Et annet har vært innstillingen og kompetansen helsevakta har hatt og arbeidsinnsatsen de har lagt ned i prosjektet. I tillegg har prosjektet blitt tett fulgt opp av en prosjektledelse som har hatt ansvaret for fremdriften. I det store og det hele er Rørosprosjektet et vellykket prosjekt, og alle ønsker å se det over i drift. Dersom prosjektet skal være like vellykket når det går over i drift og formaliseres er det avgjørende at både fleksibiliteten og oppfølgingen blir ivaretatt.



# 1 Innledning

På oppdrag fra St. Olavs hospital HF har NTNU Samfunnsforskning i 2020 gjennomført en kvalitativ evaluering av et prosjekt som har prøvd ut et konsept for mobil integrert helsetjeneste på Røros - *Rørosprosjektet*

I oppdragsbeskrivelsen er det spesifisert at det skal gjennomføres en evaluering med kvalitative metoder, primært med intervjuer av sentrale personer og grupper av helsepersonell. Arbeidet skulle resultere i en rapport som skal inngå i en samlet evaluering av *Rørosprosjektet*. I tilbudet fra NTNU Samfunnsforskning ble det foreslått en analytisk tilnærming som inneholdt en helhetlig organisatorisk analyse som skulle ta for seg alle involverte aktører og samhandlingen dem imellom samt en kartlegging/evaluering av foreløpig måloppnåelse av *Rørosprosjektets* målsettinger.

Denne rapporten oppsummerer funnene fra den kvalitative evalueringen som har tatt for seg prosjektprosessen, gjennomføringen av selve prosjektet, måloppnåelsen samt anbefalinger for eventuell driftsfase og overføring til andre kommuner.

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 Ambulansetjenesten i Midt-Norge

Fram til 2013 ble ambulansetjenesten i Midt-Norge utført av private aktører som hadde avtaler med Helse Midt-Norge. I 2011 vedtok Helse Midt-Norge å ta over driften av ambulansene i regionen, og det ble stiftet et midlertidig foretak, *Ambulanse Midt-Norge HF*, som skulle etablere og drifte ambulansetjenesten i to år fra 1. januar 2013. Fra 1. januar 2015 ble oppgavene overført til de tre store sykehusforetakene i Helse Midt-Norge.

#### *Utvikling av ambulansetjenesten*

Mange steder i ambulansetjenesten utgjør aktiv tid på oppdrag mindre enn 10% av arbeidstiden. Dette fører til at ambulansarbeiderne får lite praktisk trening og kan bli utrygge på helsefaglige problemstillinger. Kompetansen forvitrer for de erfarne, mens de nyutdannede aldri får nok trening til å bli gode.

De to årene hvor ambulansetjenesten i Midt-Norge ble driftet av *Ambulanse Midt-Norge HF* startet diskusjonen om å finne modeller for tettere samarbeid mellom ambulansetjenesten og kommunale helsetjenester. Bak denne diskusjonen lå tanken om at ambulansetjenesten kunne tillegges andre typer oppgaver enn de rent akuttmedisinske, og en begynte å se til utlandet der det flere steder og over lengre

tid har blitt utviklet og testet konsepter som kalles *Mobil integrert helsetjeneste* (“*Mobile integrated health care*”) og *kommuneparamedisin* (“*Community paramedic*”).

### 1.1.2 Nye konsepter og roller i kommunehelsetjenesten

#### *Mobil integrert helsetjeneste*

Konseptet *Mobil integrert helsetjeneste* (MIH) innebærer at personell som har ansvar for akuttmedisinsk beredskap i lokalsamfunnet også har oppgaver innenfor primærhelsetjenestens ansvarsområde (Juvkam og Dale 2019). I praksis betyr dette at de mobile tjenestene i lokalsamfunnet planlegges og ytes i et samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og den akuttmedisinske tjenesten. Gjennom god koordinering og ressursutnyttelse vil en opprettholde akuttberedskap samtidig som det utøves mobile tjenester for lokalbefolkningen. Akuttmedisinsk personell kan bidra til å “fylle hull” i helsetjenestens infrastruktur og dermed redusere risikoen for at brukere og pasienter “faller mellom to stoler” (ibid).

#### *Kommuneparamedic*

*Kommuneparamedic* (community paramedic) er et begrep som brukes om ambulansearbeider som i tillegg til akuttberedskap på ambulanse også har helseoppgaver i den kommunale helsetjenesten. Rollen som kommuneparamedic utøves alene eller sammen med annet helsepersonell i kommunen (ibid). Ambulansearbeideren kan bistå den kommunale legevakten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vil forebyggende arbeid og oppfølging av kjente brukere i lokalsamfunnet også kunne inngå i oppgavene. Gjennom samarbeidet vil helsepersonell i kommunehelsetjenesten kunne utvikle kompetanse for å bidra innen beredskap og operativt arbeid som tradisjonelt har vært ambulansetjenestens hovedoppgave. (ibid).

#### *Utprøving av modell*

Basert på litteratur og erfaringer fra andre land ble det ved St. Olavs hospital utarbeidet en modell for hvordan *Mobil integrert helsetjeneste* og *kommuneparamedic* kunne være relevant i en norsk kontekst. I 2017 var arbeidet med en slik modell kommet såpass langt at den var klar for utprøving. Av aktuelle steder for utprøving skilte Røros seg klart ut. Røros hadde to ambulanser med relativt lite aktiv tjenestetid. De ansatte i ambulansetjenesten på Røros hadde god kompetanse, og det var flere med sykepleierbakgrunn og flere med videreutdanning som paramedic. I tillegg hadde Røros legevakt. Arbeidet med å utvikle et samarbeid



med Røros kommune kom i gang, og definering av prosjektets innhold ble gjort i løpet av 2017. *Rørosprosjektet* ble igangsatt 1. januar 2018.

## 1.2 Om Rørosprosjektet

Følgende fremstilling av Rørosprosjektet er gjort på bakgrunn av samtaler med oppdragsgiver og saks- og prosjektdokumenter som er blitt overlevert.

### 1.2.1 Bakgrunn og idé

Rørosprosjektet skulle prøve ut konseptet med *Mobil integrert helsetjeneste* i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten sin lokale ambulansetjenesten på Røros og den kommunale helsetjenesten i Røros kommune. Prosjektet ble betraktet også som et prøveprosjekt på optimalt samarbeid mellom helseforetak og kommune. Modellen tar utgangspunkt i et likeverdig og tett fellesskap og ansvar mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten.

Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital hadde på det tidspunkt to ambulanser stasjonert på Røros, en døgnbil som var i tjeneste hele døgnet alle dager og en dagbil som var i tjeneste i normalarbeidstid på hverdager. Samlet sett var oppdragsmengden relativt liten og nytten av to bære-biler ble diskutert.

Det ble vurdert dithen av St. Olavs hospital at dagbilen på Røros kunne byttes ut med en helsevaktbil uten at det hadde store konsekvenser for ambulansetjenesten. Helsevaktbilen manglet bærekapasitet, og var derav mindre, men skulle ellers ha det samme medisinske utstyret som en ambulanse. Siden helsevaktbilen er bemannet med én ambulansesarbeider, mens den ordinære ambulansen er bemannet med to, kunne helsevaktbilen være bemannet fra kl. 10:00 – 22:00.

Grunnidéen bak prosjektet er at ambulanspersonell i beredskap, som ikke er ute på oppdrag, skal kunne utføre oppgaver for og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er et samarbeid som både er sektorovergrepene og inkluderer flere forvaltningsnivåer, noe som kan medføre utfordringer knyttet til organisatoriske og strukturelle barrierer. Prosjektet skal identifisere og minimalisere slike barrierer, og gjennom felles ressursutnyttelse bidra til å supplere eksisterende tjenester der det er udekkede behov (Juvkam og Dale, 2019).

Samarbeidet innebærer kompetanseheving og trening både for ambulanspersonell og ansatte i den kommunal helse- og omsorgstjenesten på Røros. En av rammebetingelsene har vært at det nye samarbeidskonseptet skal etableres og prøves ut uten økte personal- og driftskostnader. Det er ansatte i ambulansetjenesten som bemanner helsevaktbilen og som utfører de oppgavene som inngår i samarbeidet

med den kommunale helsetjenesten. Dermed er det St Olavs hospital som dekker personalkostnadene og det er St. Olav som har anskaffet og utrustet helsevaktbilen som benyttes.

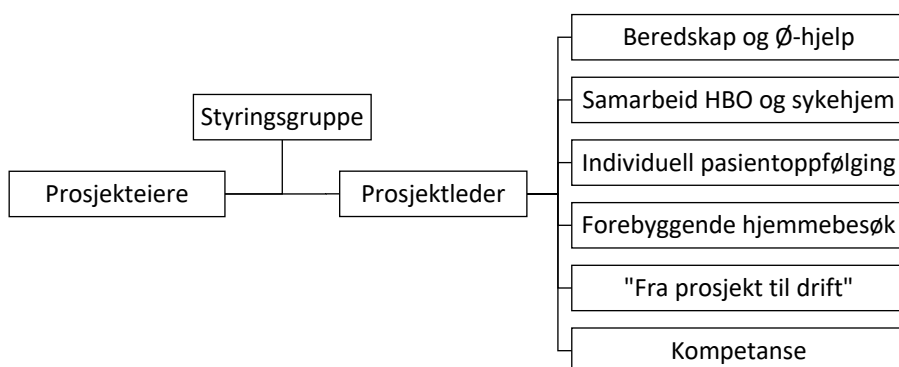
Rørosprosjektet innebærer at kommunen får utført, og tilført, tjenester som de ikke skal betale for. Røros kommune har lenge hatt en meget stram økonomi og ville nok på det tidspunkt prosjektet ble igangsatt hatt problemer med å prioritere dette om de skulle dekket noen av kostnadene.

### 1.2.2 Formell organisering

Organiseringen av Rørosprosjektet har utviklet seg etter oppstarten. Til å begynne med ble det etablert en arbeidsgruppe for hele prosjektet med deltakere fra St. Olavs hospital og Røros kommune. Underveis ble dette endret og det ble utnevnt ny prosjektleder. Slik det er organisert i dag er prosjektet delt opp i 6 delprosjekter med hver sin arbeidsgruppe og delprosjektleder.

Prosjektet er formelt organisert som et samarbeid mellom Helse- og omsorgstjenesten i Røros kommune, Interkommunal legevakt Røros/Ålen/Os og St. Olavs hospital (ved Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, Fellesfunksjon for ambulansetjenesten Midt-Norge og Tverrfaglig avdeling Røros). Helsedirektoratet ble involvert som støttespiller og viktig interessent.

Hovedprosjektet har en styringsgruppe sammensatt av ledere av delprosjektene samt noen sentrale personer med rådgiverrolle. Styringsgruppen møtes vanligvis elektronisk ved behov. Hovedprosjektet ledes av prosjektleder tilknyttet St. Olavs hospital.



Figur 1 Organisering av Rørosprosjektet

### *1.2.3 Delprosjekter i Rørosprosjektet*

For hvert delprosjekt er det utarbeidet en prosjektbeskrivelse med beskrivelse av mål, aktiviteter samt oversikt over interessenter. Delprosjektene er organisert med en leder og en arbeidsgruppe. Siden delprosjektene er ulike av natur er også detaljeringsgraden i de enkelte delprosjektbeskrivelsene noe forskjellig. Nedenfor følger en kort beskrivelse av delprosjektene som er hentet fra dokumentet "Helsevaktbil Røros - Mobil integrert helsetjeneste" (Dale 2019).

#### *Delprosjekt 1 - Beredskap og ø-hjelp*

Det etableres en utrykningsbil i samarbeid med kommunen som utgjør en mobil helseressurs og som ikke forlater beredskapsområdet. Bilen er et sentralt verktøy for ambulansepersonell som «first responder», for at lege og ambulansepersonell kan utføre oppdrag sammen, samt et nyttig verktøy for legevaktlege alene. Enheten knyttes primært til legevakt og ambulansetjeneste gjennom samarbeid om bemanning, utstyr og retningslinjer, og støtter hjemme- og institusjonsbasert helsetjeneste lokalt. Enheten utgjør sammen med bårebil et sentralt element i den lokale beredskapen.

#### *Delprosjekt 2 - Samarbeid hjemmebasert omsorg (HBO) og sykehjem*

Ambulansetjenesten Røros skal være en nyttig ressurs for sykehjem og hjemmebaserte omsorgstjenester i Røros kommune. Ambulansetjenesten har relevant kunnskap og erfaring samt tilgang til nyttige verktøy i helsevaktbilen. I tillegg vil det i perioder være en nyttig ressurs ved samtidighetskonflikt for hjemmetjenestene eller ved sykehjemmet.

#### *Delprosjekt 3 - Individuelle pasientforløp og planer*

I dette delprosjektet skal det i et samarbeid mellom helsepersonell i Røros kommune og ambulansepersonell etableres nye arenaer, metoder og tjenester som gir økt kvalitet og pasientsikkerhet for pasienter/brukere som «faller mellom stoler», og som understøtter behovet for mer sømløs tjeneste. Dette kan f.eks. dreie seg om pasienter med kroniske tilstander, som KOLS og hjertesvikt, oppfølging av pasienter som har blitt behandlet i institusjoner samt legevakt som kan ha behov for oppfølging tidligere enn det lokal helsetjeneste har kapasitet til eller som man ikke har identifisert på et tidlig nok tidspunkt. Det er et mål at ambulansetjenesten kan utføre oppgaver som et tillegg til og under kontroll av det eksisterende kommunale tilbudet for pasientgruppene, samt utgjøre en ressurs og kompetanse med samme formål. Og at dette utføres der hvor innbyggeren befinner seg.

#### *Delprosjekt 4 - Forebyggende hjemmebesøk – «Leve hele livet»*

Ambulansetjenesten på Røros skal være en nyttig ressurs for Røros kommune i etableringen og gjennomføringen av programmet «Leve hele livet» (Meld. St. 15 2017-2018). Ambulansetjenesten har relevant kunnskap og erfaring som kan benyttes for å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk hos den eldre befolkningen i kommunen. Forebyggende hjemmebesøk hos innbyggere over 75 år skal være et folkehelseiltak. Formålet er å treffe personer som har mulighet til å være selvhjulpne og velfungerende i mange år. Besøkene skal gjennom samtale kunne gi råd og veiledning som bidrar til å forlenge perioden man klarer seg selv, har et aktivt liv og utsette behov for kommunale tjenester.

#### *Delprosjekt 5 - "Fra prosjekt til drift"*

Eiere av prosjektet, som sammenfaller med eiere av tjenestene, har behov for å identifisere og kartlegge de samlede utfordringene som kan forutsees og beskrives for å ta beslutningen om at prosjektets formål/mål har blitt innfridd, og således skal etableres i daglig drift etter prosjektets avslutning.

#### *Delprosjekt 6 - Kompetanse og kompetansehevende tiltak*

I flere av delprosjektene er det identifisert og gjennomført opplæring av ambulanspersonell i tråd med nye funksjoner og roller. Det er ønskelig at prosjektet oppsummerer dette utvidede kompetansebehovet for ambulanspersonellet. I prosjektet er det også pekt på hvilke kompetansehevende tiltak som bør iverksettes for at kommunalt helsepersonell i ytterligere grad kan bidra i den totale beredskaps- og øyeblikkelig-hjelp håndtering. Og, ikke minst, er det ønskelig at man identifiserer og definerer kompetansehevende tiltak som samhandlingsarena.

Denne rapporten har evaluert delprosjekt 1 til 4. På bakgrunn av dette vil den også presentere anbefalinger og utfordringer med tanke på å ta prosjektet over i drift, altså delprosjekt 5. Delprosjekt 6, derimot, er ikke berørt i samme grad i denne rapporten ettersom det ikke i like stor grad har hatt en aktiv arbeidsgruppe som har arbeidet med delprosjektet.

##### *1.2.4 Rørosprosjektets mål*

Hvert av delprosjektene er definert med egne resultatmål, effektmål og samfunns mål. Disse er beskrevet i prosjektbeskrivelsen for hvert enkelt delprosjekt. Rørosprosjektets overordnede mål og resultatmål er beskrevet i dokumentet "Helsevaktbil Røros - Mobil integrert helsetjeneste" (Dale 2019).

I kapittel 5 *Måloppnåelse* diskuteres i hvilken grad prosjektet har nådd de definerte målene.

### Overordnede mål

I et forpliktende samarbeid og felles ressursutnyttelse mellom ambulansetjenesten og Røros kommune har prosjektet som hovedformål å:

- Styrke det lokale akuttmedisinske tilbudet, inklusive helseberedskap i regionen
- Styrke akuttmedisinsk kompetanse i kommunenes helse- og omsorgstjeneste
- Styrke det lokale arbeidet med å forebygge sykdom og skade for innbyggerne
- Opprettholde og videreutvikle medisinskfaglig og operativ kompetanse i ambulansetjenesten
- Stimulere til rekruttering av helsepersonell
- Styrke det lokale akuttmedisinske tilbudet og beredskap i Røros-regionen
- Effektiv ressursutnyttelse
- Økt pasient- og brukeropplevd kvalitet
- Økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner

(Dale 2019)

### Resultatmål

*«Prosjektet skal innen 1. kvartal 2020, og uten økte personal- eller driftskostnader, ha etablert og testet et nytt samarbeidskonsept mellom ambulansepersonell i seksjon Røros og helsepersonell i Røros kommune. Prosjektet skal legge til grunn erfaringer fra MIH og CP. Paramedic skal inngå i nye tjenester for innbyggere og brukere/pasienter, nye samarbeidsarenaer og samarbeidsformer mellom klinisk helsepersonell. I tillegg skal det utvikles og evalueres en ny samarbeidsform mellom to organisasjoner på tvers av forvaltningsnivåene, samt nye arenaer og samarbeid for kompetanseutvikling for helsepersonellet. Bedre ressursutnyttelse er sentralt.»* (Dale 2019).

### Målstruktur

I figuren på neste side har vi illustrert hvordan vi har forstått målene og hvordan de henger sammen. Vi har skilt mellom *samfunns mål*, *effekt mål* og *resultat mål*. Resultatmålene handler om å prøve ut *nye måter å samarbeide på* og *etablere nye arenaer for samarbeid og kompetanseutvikling*. Dette fører i sin tur til det som er beskrevet som effekt mål i figuren. Samfunnsmålene har vi definert som *Økt opplevd kvalitet for pasienter og brukere* og *Økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner*.



## 2 Gjennomføring av evalueringen

Det finnes både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Kvantitative metoder gir en bred forståelse i form av tall og statistikk, mens kvalitative metoder gjerne går i dybden og forsøker å få frem nye momenter eller implikasjoner av fenomener. Data som fremkommer i kvalitative metoder består av tekst heller enn tall (Tjora 2018, s.12). Mens kvantitative metoder ofte benyttes der en ønsker å finne størrelsen på noe som er forhåndsdefinert, benyttes kvalitative data gjerne i tilfeller der det er mindre utvalg og der en også ønsker fange opp nye sider ved det som skal forskes på.

For å gi et godt grunnlag for å vurdere måloppnåelsen til prosjektet, om det skal videreføres og i tilfelle hvordan, er det nødvendig å gjennomføre både en kvalitativ og en kvantitativ evaluering. Denne rapporten oppsummerer den kvalitative delen av evalueringen av Rørosprosjektet. Evalueringen er gjennomført ved dokumentgjennomgang av sentrale dokumenter i prosjektet og kvalitative intervjuer med personer med sentrale roller i prosjektet. I tillegg er resultatene presentert for mange av de sentrale aktørene gjennom en workshop. Dette har bidratt til kvalitetssikring og kalibrering av resultatene. Det er likevel forskernes analyser og konklusjoner som gjengis i denne rapporten.

### 2.1 Dokumentgjennomgang

Dokumentene som er gjennomgått danner bakgrunnen for og inneholder prosjekteiers beskrivelse av selve Rørosprosjektet. I tillegg til å gi en grunnleggende forståelse av prosjektets mål og innhold, har dokumentene også dannet grunnlag for utarbeidelsen av intervjuguide (se Vedlegg 2) i tillegg til det utarbeidede målkartet som er blitt brukt for både å strukturere prosjektets mål og for å vurdere prosjektets måloppnåelse.

- **Konsept Mobilt integrert helsetjeneste.** *En samarbeidsmodell for beredskap, ø-hjelp, omsorgstjenester og forebygging.*  
En beskrivelse av konseptet og motivasjon for gjennomføring av Rørosprosjektet.
- **«Helsevaktbil Røros»** - *Mobil integrert helsetjeneste.*  
Prosjektbeskrivelse for Rørosprosjektet.
- **Delprosjekt 1** – *«Beredskap og ø-hjelp».*  
Prosjektbeskrivelse delprosjekt 1.
- **Delprosjekt 2** – *«Samarbeid hjemmebasert omsorg og Røros- /Gjøsvika sykehjem».*  
Prosjektbeskrivelse delprosjekt 2
- **Delprosjekt 3** – *«Individuelle pasientforløp og planer».*  
Prosjektbeskrivelse delprosjekt 3

- **Delprosjekt 4** – «Samarbeid tverrfaglig hjemmebesøk for veiledning og informasjon». Prosjektbeskrivelse delprosjekt 4
- **Delprosjekt 5** – «Fra prosjekt til drift». Prosjektbeskrivelse delprosjekt 5
- **Delprosjekt 6** – «Kompetanse og kompetansehevende tiltak». Prosjektbeskrivelse delprosjekt 6

## 2.2 Intervjuer

Den kvalitative metoden som er benyttet er i størst grad semistrukturerte intervjuer, både en-til-en og fokusgruppeintervjuer. Fordelen med en-til-en-intervjuer er at respondenten (den som intervjues) kan snakke utfyllende om sine egne forståelser uten å bli påvirket av andre. Fordelen med å bruke fokusgruppeintervjuer er at respondentene svarer i dialog med hverandre og ikke kun i et en-til-en-forhold med intervjueren. Her er det gruppeinteraksjonen rundt et bestemt tema som utgjør datamaterialet (Levin og Klev 2002, s.168).

Intervjuene var planlagt som en kombinasjon av enkeltintervju og gruppeintervju. Det skulle gjennomføres inntil 10 gruppeintervju, ansikt-til-ansikt, og inntil 20 enkeltintervju, der noen kunne gjennomføres med telefon. Dette skulle gjennomføres ved å besøke Røros i to omganger. Intervjuene skulle gjennomføres med to intervjuere.

Det ble gjort en del enkeltintervjuer, både ansikt til ansikt og over telefon før første intervjurunde på Røros som ble gjennomført 10.-12. mars 2020. Den andre intervjurunden ble avlyst pga. Covid-19. De resterende intervjuene ble derfor gjennomført som telefonintervjuer.

Datainnsamlingen ble gjennomført med følgende intervjuer

- 7 gruppeintervju.
  - Alle ansikt-til-ansikt (2 intervjuere)  
1 intervju i Trondheim, 6 på Røros
- 23 enkeltintervjuer
  - 10 ansikt-til-ansikt intervjuer (2 intervjuere)
  - 3 telefonintervjuer (2 intervjuere)
  - 10 telefonintervjuer (1 intervjuer, etter 12/3)

Utvalget bestod av aktører fra ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital, kommuneadministrasjonen på Røros, ambulansarbeidere på helsevaktbilen, øvrige ambulansarbeidere på Røros, ansatte på helsevaktbilen, St. Olavs hospital avdeling Røros sykehus og forskjellige helse- og omsorgsaktører på Røros tilknyttet et eller



flere av de ulike delprosjektene. I tillegg ble de fleste som sitter i styringsgruppa til Rørosprosjektet intervjuet, samt et par informanter som tidligere var tilknyttet prosjektet og som kunne si noe om bakgrunnen og oppstarten av prosjektet. Ved presentasjon av empirien brukes sitater fra de ulike informantene. Bak hvert sitat er det referert til hvilket intervju sitatet er hentet fra. I Vedlegg 4 er det laget en oversikt som viser grupperinger med informanter. Av anonymitetshensyn vil det ikke være mulig å se nøyaktig hvem som har sagt hva, men tabellen viser hvilken aktørgruppe informanten tilhører. I de tilfeller der informanter har to funksjoner inn mot prosjektet, f.eks. både sitter i styringsgruppa og tilhører en helsetjeneste, er de sortert inn i gruppen der de har sitt daglige virke.

Så og si alle som ble spurt om å bli intervjuet i denne kvalitative evalueringen av Rørosprosjektet var positive til dette. Av total 48 forespurte var det kun to som takket nei til å la seg intervjuet. Det vil si at vi har snakket med totalt 46 personer med tilknytning til Rørosprosjektet, noe som utgjør et meget representativt utvalg.

Prosjektet er meldt inn og godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Alle intervjuene tatt opp på digital opptaker, og opptakene ble håndtert i henhold til retningslinjer for oppbevaring av sensitive forskningsdata. Intervjuguide og informasjonskriv med samtykkeerklæring er vist i Vedlegg 2 og 3.

## 2.3 Workshop

I august, etter at alle data var samlet inn og første runde med analysearbeid var gjennomført, ble det arrangert en heldags workshop på Røros. Der ble aktører fra alle deler av Rørosprosjektet invitert; fra prosjekteiere, kommuneadministrasjon, lokale helsearbeidere og ambulanspersonell/ helsevakt på Røros. Så og si alle som var invitert stilte opp, og totalt antall deltakere var 18 personer. I tillegg til fasilitator (NTNU Samfunnsforskning) og prosjekteier var det kun to personer til stede på workshopen som ikke hadde blitt intervjuet i forbindelse med datainnsamlingen. Workshopen vekslet mellom å presentere resultater og diskusjoner i grupper og plenum.

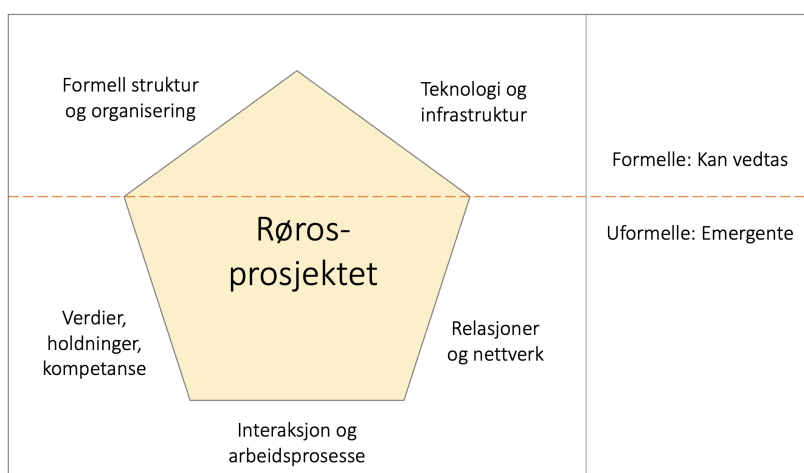
Det å møtes på tvers for å diskutere de samme fenomenene og lytte til andre gir ofte en bredere forståelse av hva som har oppstått, og kan også stimulere deltakerne tankevirksomhet til å få nye forståelse. Slike møter kan også bidra til å gi forskerne en dypere forståelse av tematikken de arbeider med, og er i så måte en forskningsmetode i seg selv (Levin og Klev 2002, s.168).

Hensikten var opprinnelig å kalibrere foreløpige resultater og justere kurs underveis, både på selve prosjektet og analysen. Ettersom workshopen hadde blitt utsatt fra april til august på grunn av situasjonen med Covid-19, falt hensikten litt bort med tanke på det å få input til å justere kursen underveis. Tilbakemeldingene som kom frem under workshopen var imidlertid nyttige for å få belyst allerede innsamlede data og også å få kalibrert resultatene, og deltakerne selv ga uttrykk for at de hadde fått utbytte av dagen.

## 2.4 Analyse av data

NTNU Samfunnsforsknings oppdrag var å gjennomføre en helhetlig organisatorisk analyse som tar for seg alle involverte aktører og samhandlingen mellom dem. Tilnærmingen som ble valgt var å se på forholdet mellom formelle strukturer og hvordan arbeidet gjøres i praksis. Spesielt for Rørosprosjektet vil dette være svært viktig, fordi man på veien mot bedre utnyttelse av de samlede helseressursene i lokalområdet må forholde seg aktører som har innordnet seg på forskjellige måter med ulike organisasjonsformer, ulike samarbeidsløsninger m.m. Ved å avdekke de ulike etablerte formelle strukturer med sine arbeidsmåter, nettverk og praksiser ville det være mulig å si noe om hva som var en hensiktsmessig vei videre for prosjektet.

En analytisk modell som vi ofte har brukt for å systematisere et slikt helhetlig organisasjonsperspektiv er «Pentagonmodell». Denne modellen har vi brukt som utgangspunkt for en rekke evaluering- og organisasjonsutviklingsprosjekter, granskinger og organisasjonsanalyser (Schiefløe, 2011; Storesund et al, 2015).



Figur 3 Variant av pentagon-modellen tilpasset dette prosjektet

Mens formell struktur og organisering kan vedtas og teknologi og infrastruktur kjøpes, er de organisatoriske trekkene under den oransje stiplede linjen ofte avgjørende for hvorvidt et prosjekt er vellykket.

Pentagonmodellen er en analytisk modell som kunne bidra til å kartlegge styrker og svakheter, hemmere og fremmere, både når det gjelder de formelle og de uformelle aspektene ved samarbeidskonstellasjonen, og ikke minst til å peke hvordan man kan arbeide konstruktivt framover. Denne modellen ble brukt for å gjennomføre analysen og strukturere datamaterialet i første runde. Den viste seg å være svært nyttig i det å tematisere sammenhenger mellom organisatoriske strukturer og praksis, noe som pleier å være spesielt viktig i møtet mellom ulike aktører og også mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ettersom det er stor variasjon mellom disse med tanke på formalisering av arbeidet (Gjøsund mfl. 2017). Det å bruke Pentagonmodellen som en huskeliste, strukturerende verktøy og analytisk modell viste seg å være nyttig også i denne evalueringen.

Som utgangspunkt for analysen ble det valgt en struktur for sortering av informantenes svar og refleksjoner.

- Prosess
  - Formelt
  - Uformelt
- Resultat
  - *For delprosjekt 1-4*
    - Formelle forhold
    - Uformelle forhold
- Måloppnåelse (effekt)
  - Nye samarbeidsformer
  - Nye arenaer for samarbeid
  - Økt kvalitet i helsetjenestene
  - Økt kompetanse (delprosjekt 6)
- Fra prosjekt til drift (delprosjekt 5)
- Overføring til andre kommuner

Strukturen over er også utgangspunkt for kapittelinnledning for hvordan empirien blir presentert videre i denne rapporten.

## 3 Innføring av Rørosprosjektet - Prosessen

Prosjektprosessen er formende for resultatene i et prosjekt og også for hvordan ulike parter kan nyttiggjøre seg prosjektet. Vi har derfor ønsket å se hvordan prosjektprosessen har forløpt i forkant, ved oppstart og underveis i Rørosprosjektet. I dette første empirikapitlet tar vi derfor for oss introduksjonen av prosjektet mot de ulike aktørene på Røros, hvilken informasjon som ble gitt og nådde frem, hvordan aktørene opplevde kvaliteten på informasjon og hvilke reaksjoner som kom i ettertid. Det gjøres her også rede for den faktiske forankringen av prosjektet i tillegg til å se på hvilke endringer Rørosprosjektet har vært gjennom underveis.

### 3.1 Introduksjon av prosjektet

Generelt kan det sies at de fleste som ble intervjuet er overveiende positive til den informasjonen som kom om prosjektet direkte fra St. Olavs hospital.

*«De satte seg ikke på den vanlige hesten og sa at kommunen skulle gjøre det eller det. De kom med konkrete forslag til hvordan vi skulle samarbeide.» (Intervju 30)*

Informasjonen som kom fra St. Olavs hospital til «førstelinja» på Røros, først og fremst legevaktstjenesten, kommuneoverlege og etterhvert rådmann, ble sett på som god, men alle involverte aktører fikk ikke denne informasjonen direkte. De forskjellige aktørene er derfor av noe ulik oppfatning av hvor god den første introduksjonen til Rørosprosjektet var.

#### 3.1.1 Kommunen (forvaltning)

Da kommunen først ble kontaktet av St. Olav hadde de vanskeligheter med å vurdere hva dette handlet om og hvem som var riktig person å kople på saken fra deres side. Kommunen valgte å sende forespørselen til daværende kommunelege og til daværende virksomhetsleder for helse, som da ble kommunens representanter i de første møtene. Rådmannen ble koblet på prosjektet noe senere.

*«Vi visste ikke helt hva dette handlet om i starten. Etterhvert ble virksomhetsleder i helse koplet på sammen med kommunelegen. Men i dette prosjektet burde kommunalsjef eller rådmann vært koplet på tidligere. Det var St. Olav som introduserte prosjektet. Men det gikk en tid før vi skjønnte hva det gikk ut på, og vi var ikke så mye koplet på som en kunne ønske. Forrige rådmann var mest involvert [...] Det var ikke dramatisk, men det tok litt tid.» (Intervju 9)*

*«Informasjonen kom til kommunen, men dialogen mellom administrasjonen i kommunen og allmennelegetjenesten på Røros var ikke optimal. Grunnen til dårlig info er at det stoppet litt der.» (Intervju 29)*

Til å begynne med opplevdes det uklart for kommuneaktørene hva prosjektet innebar, og oppgaven med å håndtere forespørselen fra St. Olavs hospital ble delegert til kommunelegen. Noen mente det gikk en tid før kommuneledelsen forstod hva prosjektet egentlig handlet om, utover det at de skulle miste «dagbilen» sin.

Etterhvert som rådmannsnivået ble trukket tettere inne i prosjektet økte også kunnskapen om det. Det ble arrangert et *kick-off* møte om Rørosprosjektet hvor bl.a. HelseDirektoratet var representert, og her ble det tydeligere for kommunen at dette kunne være et nyttig prosjekt for helsetjenesten på Røros.

*«Særlig når det nærmet seg oppstartmøte, med St. Olav og direktorat skjønte vi at dette var stort. Hittil hadde vi ikke vært «riktig» involvert. Her fikk vi orientering om hvorfor Røros var et bra sted å starte.» (Intervju 9)*

Etter at ledergruppen i kommunen etterhvert fikk god forståelse for hva *Rørosprosjektet* handlet om skulle informasjonen ut til øvrige deler av kommunens organisasjon. Også her tok det tid før informasjonen nådde ut. Sett fra St. Olavs hospital sin side stoppet informasjonsflyten på enhetsledernivå.

*«En tror at helseforetakene er mastodonter med dårlig informasjonsflyt – men det er like dårlig i kommunen. Utrolig hvor lite informasjon som gikk nedover i organisasjonen. I alle fall sett utenfra.» (Intervju 4)*

*«Vi så at informasjonen stoppet gjerne på enhetsledernivå. Og da måtte vi på toppen og si at nå må dere gjøre jobben deres. Måtte begynne på nytt der. Og så ordnet det seg.» (Intervju 6)*

Etter at St. Olav hospital påpekte at det virket som om informasjonen om Rørosprosjektet ikke kom videre til de mer operative enhetene innen helse- og omsorgstjenestene på Røros, ble dette forbedret.

Dette er eksempler på at en ikke kan ta for gitt at informasjon som blir gitt til på et nivå i en organisasjon automatisk når ut til alle ledd og aktører. Det kreves at de som er forpliktet med tanke på gjennomføringen av prosjektet følger tett opp. I Rørosprosjektet ble dette tatt tak i, men det tok lengre tid enn nødvendig og forventet.

### 3.1.2 Leger

Kommunelegen var den første som ble koplet på oppstarten av Rørosprosjektet fra kommunens side. Dermed fikk de andre legene i kommunen tidlig informasjon om den nye ordningen med bemannet helsevaktbil. I tillegg ble en av legevaktlegene<sup>1</sup> med i den første arbeidsgruppen som arbeidet med å definere detaljene i prosjektet.

---

<sup>1</sup> Den samme legen som hadde vært med i en tidligere fase for å se på muligheten rundt innføring av lignende prosjekt på Røros

Når det gjelder formell informasjon fra kommunen forteller legene at det kun hadde vært ett møte med St. Olavs hospital, men at dette var tilstrekkelig ettersom de snakket uformelt med legen som var med i arbeidsgruppa.

*«NN satt i arbeidsgruppa sammen med folk fra St. Olav samt ambulansetjenesten. Det var ingen kommunale aktører i arbeidsgruppa. Nå er arbeidsgruppa blitt splittet i smågrupper og har fått sine egne delprosjekter. Vi fikk informasjon om prosjektet fra NN. Og fra media. Har bare vært i ett møte. Har ikke hatt møter siden.» (Intervju 17).*

Nye leger som har blitt ansatt etter at prosjektet var igangsatt har fått informasjon om ordningen med helsevakt, hva helsevakta kan brukes til samt orientering om helsevaktbilen og det utstyret den har. Legene mener selv de har god kunnskap om Rørosprosjektet generelt og spesielt den delen som omhandler legetjenesten samt helsevakta sine hjemmebesøk.

### *3.1.3 Andre helsearbeidere*

Andre helsearbeidere i kommunen opplever, dog i varierende grad, at informasjonen de har fått om prosjektet har vært noe mangelfull. De ble introdusert til Rørosprosjektet på forskjellig vis avhengig av stilling, og det kan virke litt tilfeldig hvor mye de har blitt informert og på hvilken måte. Flere av informantene referer til media som informasjonskilde.

*«Leste om helsevaktbilen i avisa. Ante da at det var noe som foregikk.» (Intervju 16)*

En av lederne ved hjemmebaserte tjenester opplevde at hun selv måtte etterspørre informasjon da det var forventet at hun skulle introdusere Rørosprosjektet for organisasjonen sin.

*«Vi savner jo bestandig informasjon. Jeg måtte jo etterspørre prosjektbeskrivelsen aktivt da jeg fikk beskjed om at jeg var oppnevnt. Det var dårlig kommunikasjon og informasjon ovenfra.» (Intervju 13).*

I starten av prosjektet kontaktet en representant fra St. Olavs hospital sykehjemmene for å finne ut hva de så for seg at helsevakta kunne bidra med i samarbeid med dem. De som var med på disse møtene ble da samtidig informert om hele prosjektet og hva det handlet om.

*«En fra St. Olav hadde informasjon og kom rundt til oss på en kartlegging for å finne ut hvordan vi ville bruke helsevaktbilen (kanskje tre år siden) Jeg og nn. hadde et møte om hvordan vi ønsket det.» (Intervju 12).*

Ut over dette har det ikke vært noe formalisert informasjon fra St. Olavs hospital til ansatte ved sykehjem og hjemmebasert omsorg (HBO) med unntak av den aktiviteten tillitsvalgte i HBO har deltatt på. Dette dreier seg om deltakelse i arbeidsmøter med Røros kommune, personalmøter og ukentlige møter med legetjenesten. Det har

heller ikke vært formaliserte rutiner rundt videre rapportering til øvrige ansatte ved HBO.

De som ble intervjuet fra sykehjemmene og HBO mente at samarbeidet med helsevakta hovedsakelig har vært basert på uformell kontakt mellom enkeltpersoner og mindre på formalisert samarbeid. Det kan også se ut til at dersom en ikke har vært direkte involvert i prosjektet, så har en heller ikke aktivt oppsøkt informasjon om prosjektet.

*«Jeg visste ikke så mye om prosjektet før inntil for tre uker siden. Da fikk jeg mer informasjon i et møte. [...] Det har sikkert vært sagt før men jeg har ikke lagt så mye i det før.» (Intervju 12).*

Noen helsearbeidere som arbeider med rus, psykiatri og kreftomsorg fikk tidlig informasjon og ble involvert i arbeidet med å definere innholdet i prosjektet.

*«Jeg hadde jobbet spesielt med disse pasientene og fikk informasjon ganske tidlig. Vi ble invitert med inn for å være med på delprosjektet, og var med en del på møter i starten for å planlegge det sammen med folk fra St. Olavs og Røros kommune.» (Intervju 27)*

Ansatte ved den intermediære avdelingen ved Røros sykehus betjener legevakttelefonen i Røros, og de har et samarbeid med legevakta som er lokalisert i samme bygg. Gjennom dette har de fått uformell informasjon om Rørosprosjektet, og da spesielt den delen som handler om samarbeid med legevakt og legekontor. De har fått lite formell informasjon om prosjektet, hvordan det berører deres hverdag og hvordan samarbeidet med helsevakta er planlagt.

*«Jeg har ikke hørt så mye om Rørosprosjektet. Vi fikk presentert at den ene ambulansen er borte og at det nå kommer en legevaktbil. Det var det vi fikk beskjed om. Vi har ikke fått noe informasjon om Rørosprosjektet formelt. Og ikke så mye som borgere av Røros heller. Men vi har alle fått med oss at vi har fått en legevaktbil.» (Intervju 15)*

De fleste helsearbeiderne opplever at den informasjonen de har fått om Rørosprosjektet har vært noe tilfeldig og kommet via uformelle kanaler. De vi snakket med har fått informasjon underveis, litt fra kolleger, litt fra media og litt fra de som arbeider på helsevaktbilen og som møter helsearbeiderne i sin hverdag. De som har et samarbeid med helsevakta har i dag god kunnskap om hva helsevakta gjør og hvordan de kan samarbeide.

#### *3.1.4 Ambulansepersonell*

Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital hadde i årene før lanseringen av Rørosprosjektet vurdert situasjonen ved ambulansestasjoner med to biler og lite oppdrag. De generelle utfordringene med en dagbil med få oppdrag var et tema som var kjent for de ansatte i ambulansetjenesten før det ble klart at prosjektet skulle gjennomføres på Røros. Denne utfordringen ble så trukket inn som argument i

forarbeidet med Rørosprosjektet. På et felles informasjonsmøte i «*Storstuggu<sup>2</sup>*» i februar 2017 ble ambulansesarbeiderne informert om prosjektet og de ble invitert til å være med og utforme innholdet. Det hadde da vært noe møtevirksomhet tidligere der ambulansepersonell ikke hadde vært involvert, men enkelte hadde fått noe uformell informasjon på forhånd.

*«Det hadde vært endel møtevirksomhet på forhånd. Ansatte fikk høre om det ettertid. De som satt lengre oppe i kommunen, deriblant legene, hadde fått informasjon tidligere.» (Intervju 21)*

Ikke alle hadde hørt at dagbilen kunne forsvinne, men på dette informasjonsmøtet ble det gitt felles informasjon til alle om at dagbilen skulle tas bort og erstattes med en helsevaktbil.

*«Vi var ikke involvert før alternativet ble presentert. Da ble vi invitert med inn i å utforme prosjektet. Men det har vært et forarbeid som vi ikke visste om.» (Intervju 19)*

Det at ambulansesarbeiderne ble involverte etter at en beslutning som berører eget arbeid i stor grad allerede var tatt, kan være en årsak til at de ble oppfattet som motvillige på informasjonsmøtet. En av de som var med og informerte forteller dette:

*«Jeg var med på de første møtene med de som jobber der. Det var nytt og de var spente og det var motstand.» (Intervju 7)*

Ambulansepersonellet ble informert om prosjektet tidlig og fikk mulighet til å være med og utforme innholdet. Men beslutningen om å erstatte dagbilen med en helsevaktbil var allerede tatt. Den beslutningen kunne de ikke påvirke.

### *3.1.5 Innbyggerne*

Ingen av informantene er intervjuet i kraft av å være innbyggere i Røros kommune, men det er flere av de ansatte i Røros kommune vi har snakket med som har fortalt hvordan de fikk informasjon om prosjektet fra de som var sentrale fra starten. Noen av de som var igangsettere av Rørosprosjektet har også fortalt om hvordan de informerte.

Innbyggerne i Røros kommune ble orientert om *Rørosprosjektet* hovedsakelig gjennom media, både som nyhetssaker samt med artikler og innslag som prosjektet selv hadde tatt initiativ til. Media ble bevisst benyttet for å informere og forankre idéen om Rørosprosjektet og helsevaktbil hos befolkningen. En av de som arbeidet høyt oppe i kommuneforvaltningen forteller at de hadde en systematisk tilnærming til det å informere befolkningen.

---

<sup>2</sup> Røros kurs- og konferansesenter, eid av Røros kommune og Røros hotell.



*«Vi hadde en mediestrategi på dette. Vi prøvde å formidle tydelig hva vi dreiv med. Var nøye med å få frem forebyggingsperspektivet og samarbeidsperspektivet.» (Intervju 30)*

En ansatt i Røros kommune som reflekterte over hvordan informasjonen hadde blitt formidlet til innbyggerne, mente dette:

*«[De] gjorde en god jobb i starten med reklamering. Både i lokalradioen, Nea radio og lokalavisa. Prosjektet fikk en positiv start. Dette hjalp på forankring i lokalbefolkningen.» (Intervju 16)*

Dette sitatet er representativt for det inntrykket informantene har om hvordan det ble informert om Rørosprosjektet til innbyggerne på Røros.

## 3.2 Hva informasjonen gikk ut på.

Rørosprosjektet handlet ikke bare om å bytte ute en ambulanse (dagbilen) med en legevaktbil (*helsevaktbilen*), men skulle også føre til at andre kommunale helsetjenester utenfor legevaktstjenesten ble forbedret. Ettersom denne delen av Rørosprosjektet var noe som skulle formes underveis ble det vanskelig å gi konkret informasjon rundt dette. Noe av den første informasjonen om Rørosprosjektet som ambulansesarbeidere og kommunale helsearbeidere fikk inneholdt derfor også en invitasjon til å komme med forslag til hva noen av delprosjektene kunne inneholde.

*«Vi var ikke involvert før alternativet ble presentert. Men da ble vi invitert med inn i å forme prosjektet.» (Intervju 19)*

### 3.2.1 Helsevaktbil til erstatning for ordinær ambulanse.

Det hadde i lengre tid vært et mulig scenario for Røros at dagbilen ble fjernet på grunn av lav oppdragsmengde. Noen er av den oppfatning at det ikke ble sagt definitivt at dagbilen skulle fjernes, men at den som et prøveprosjekt skulle erstattes med en helsevaktbil.

*«Prosjektet ble presentert som et prøveprosjekt. Helse er under omstilling, og en må tenke bredere og jobbe mer på tvers. [...] Det ble ikke sagt at dagbilen skulle tas bort for godt. Men at akuttbilen ble satt inn isteden for dagbilen i prosjektida.» (Intervju 21)*

Andre igjen mente at det å si at det å ta bort dagbilen kun var et prøveprosjekt var en skinnprosess, og at de uansett ville miste den, om de ble med på prosjektet eller ikke.

*«Det var en trussel om å legge ned bil to, så det var utgangspunktet. Vi hadde pratet om det allerede i 2013-14. Men ingen vil miste bil to, og ingen ville si noe. Det var et møte på Gardermoen ca. 6 måneder før oppstart. Da var opplevelsen at vi mister den ene bilen uansett. Derfor sa vi ja til helsevaktbilen. Det ville være bedre enn ingenting.» (Intervju 17)*

Helsevaktbilen ble presentert som *legens forlengede arm*. Helsevaktbilen og ambulansesarbeideren skulle være med legen ut til pasientene på dagtid, mens etter

klokken 22.00 på kvelden var det legevaktlegen som disponerte helsevaktbilen slik at legevaktlegen slapp å bruke privatbil ved utrykning. Helsevaktbilen skulle være godt utrustet med medisinteknisk utstyr, og ved pasientbesøk med helsevaktbilen ville en ha mulighet til å ta diverse prøver og dermed hindre unødvendige innleggelser på sykehuset.

*«Hensikten [med helsevaktbilen] var å forhindre reinnleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det var grunnen. At den bemanna helsevaktbilen kunne være med ut og være en forlenga arm til legen.» (Intervju 27)*

Det ble sagt at helsevaktbilen skulle være et redskap for legevaktlegen og faktisk øke beredskapen i og med at den aldri skulle forlate legevaktdistriktet slik en ambulanse med bære ofte gjør.

### 3.2.2 Utvidete kommunale tjenester

En sentral del av Rørosprosjektet handler om samarbeid mellom ambulansetjenesten og kommunale helsetjenesten med *fylling av gap*, det vil si at de som betjener helsevaktbilen kan være en «bro» mellom kommunale helsetjenester i tilfeller der pasienter, brukere eller innbyggere havner «mellom to stoler». Dette inngår i konseptet *Mobil integrert helsetjeneste*.

*«Den generelle mobile integrerte helsetjenesten, det var det som lå i bunnen på det vi skulle jobbe med, ble det sagt.» (Intervju 19)*

*«Det var løse tanker om tett samarbeid, men det som var klart fra St. Olavs var at de ville inn med prehospitaltjenester og tilby oss noe annet, og gjøre ting på en annen måte enn vi vanligvis gjøre. Med en erkjennelse av at vi som tilstedeværende i Røros kommune har mange ressurser som på mange måter er parallelle til hverandre.» (Intervju 30).*

Selv om dette ikke var ferdigutviklet fra starten, var det denne delen av prosjektet som var viktig å få formidlet til politikerne i kommunen for å få til god forankring.

*«Å få solgt inn til politikere hva vi dreiv med og hvorfor. Det var strategien vår. Det var litt politisk ampert. (...)» (Intervju 30)*

### 3.2.3 Økonomi

Rørosprosjektet skulle ikke føre til økte kostnader for Røros kommune. Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital skulle kjøpe og drifte helsevaktbilen, og den skulle bemannes med ambulansearbeidere som allerede arbeidet på Røros. Alle kostnadene bortsett fra medgått tid hos kommunalt ansatte skulle dekkes av ambulansetjenesten. En av de ansatte i administrasjonen i Røros kommunen sa følgende:

*«Økonomi var ikke tungtveiende. Vi trengte kun å gjøre interne justeringer. Vi trengte ikke å lage en sak til kommunestyret for å få ressurser. Det var ikke et tema. Det kunne heller ikke være et tema ettersom vi var en kommune med dårlig økonomi.» (Intervju 30)*

Ettersom prosjektet i seg selv ikke innebar noen økonomiske kostnader for kommunen har det derfor ikke fått stor plass når det har blitt informert om prosjektet. Samtidig har det vært spekulasjoner rundt dette med økonomi, blant annet om hva som skjer når prosjektet en dag går over til drift.

*«Jeg har vært kritisk til ordet «prosjekt». Det er noe med statlig initiativ som krever kommunal implementering. Vi har sett nok av eksempler på at noe er blitt satt i gang fra statlig hold, og så blir det uunnværlig, og så må kommunene fullfinansiere når prosjektiden er over.» (Intervju 13)*

Disse spekulasjonene har blitt noe større enn de hadde trengt å bli dersom økonomi hadde blitt adressert tydeligere i informasjonen som har gått ut.

### 3.3 Reaksjoner fra de ulike aktørene

Selv om holdningene fra de fleste aktørene til Rørosprosjektet etterhvert er overveiende positive, var det flere som var usikre, avventende og til og med litt skeptiske til prosjektet da det ble introdusert. Årsakene til det er blant annet at det ble mye oppmerksomhet rundt at dagbilen skulle tas bort, og mange var bekymret for hvilke konsekvenser det ville få for beredskapen i kommunen og arbeidsplassene i ambulansetjenesten. Disse bekymringene gjorde at det for noen i kommunen ble vanskelig å se fordelene med de oppgavene helsevakta skulle bidra med i den kommunale helsetjenesten.

#### 3.3.1 Kommunen (forvaltning)

For noen av aktørene i kommunen var det ikke enkelt å forstå hva Røros prosjektet innebar utover at de kom til å miste dagbilen. Kommunen hadde på dette tidspunktet dårlig økonomi, men rådmannen var positiv til prosjektet og ønsket å være en drivkraft til å få det gjennomført.

*«Det var skepsis i starten. Kommer vi til å miste en ambulanse? Men rådmannen var ikke i tvil om at vi skulle være med på dette. (.....) Rådmannens mål var å få oss ut av en økonomisk vanskelig situasjon og mange var presset på tid. (Intervju 9)*

Konseptet med helsevaktbil og *Mobil integrert helsetjeneste* var nytt, og det var ingen tidligere prosjekter gjennomført i Norge som var helt sammenlignbare. Kommunen ønsket gjerne å teste ut konseptet uten at dagbilen ble tatt bort, men det var ikke et alternativ for initiativtakerne fra St. Olavs hospital. Kommunen fikk klare indikasjoner på at dagambulansen ville bli tatt bort uansett, og da var det umulig for dem å ikke gå med på et prosjekt som ville bytte ut dagbilen med en helsevaktbil.

*«Kommunen var veldig negativ på begynnelsen [...] De motsatte seg å miste en bil. De ville teste konseptet, men i tillegg til fortsatt å ha dagsbilen sin [...] Dette var helt nytt og ingen hadde erfaring med dette. Motstand var ikke så rart da. Kommunen fikk et valg. NN sa at:*

*‘det er veldig stor sannsynlighet for at dere mister den bilen uansett, så dere kan teste ut det da’ Da sa kommunen at vi er med.» (Intervju 7)*

En informant fokuserte mer på det positive med en fullt utrustet og bemannet helsevaktbil enn på bekymringen rundt det å miste dagbilen. En helsevaktbil som kom raskt ut til et ulykkessted ville være en styrke og bidra til å forsterke den operative kvaliteten på Røros. Det ble også trukket fram at de som skulle arbeide på helsevaktbilen var kompetente og profesjonelle folk.

*«Vi var veldig positive. Tenkte på kvaliteten på de som skulle operere legevaktbilen, det er veldig flinke folk. Men vi var bekymret for at dagbilen ble borte. Samtidig ble den operative kvaliteten forsterket på Røros. Da spesielt når ting skjer. Trafikkulykker f.eks. At de kom kjapt ut med paramedic. Det er det som er en styrke. Vi tenkte det var et steg mot profesjonalisering. Det er jo kompetente folk, da som nå.» (Intervju 26)*

I begynnelsen var det også en skepsis knyttet til uklare grenser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ville det bli slik at helsevakta tok over oppgaver som lå under hjemmetjenesten? Denne skepsisen var tilstede både i kommuneledelsen og ute blant utøvende helsearbeidere. Nå som prosjektet er kommet godt i gang har skepsisen avtatt.

*«Det hadde vært noe skepsis fra tjenestene, og vi hadde en skepsis selv også. Det gjaldt grensegangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Skulle helsevakta ta over oppgaver for hjemmetjenesten?» (Intervju 9)*

### 3.3.2 Leger

Legevaktlegene så på helsevaktbilen som en ekstra ressurs, og de har vært positive til Rørosprosjektet helt fra starten. Ifølge legene selv er et samarbeid med ambulansearbeiderne på helsevaktbilen nyttig siden de får et kompetanseløft innen akuttmedisin.

*«Det var ingen særlig skepsis i legetjenesten. Dagbilen hadde ingen funksjon for legevakta, og helsevaktbilen har blitt vesentlig bedre for legevakta. Og det har blitt økt beredskap for befolkningen. Selv uten ambulanse kan behandling starte. Behandling og beredskap er blitt betydelig bedre. [...] Vi [legene] har godt av å se ambulanseverden. De har prosedyrer for akutte situasjoner. Akuttmedisinsk er dette et løft for oss» (Intervju 17)*

Aller helst hadde legene sett at de fikk disponere bemannet helsevaktbil hele tiden, men det var ikke et alternativ. Hele idéen med Rørosprosjektet var at helsevakta skulle fylle gap i den kommunale helsetjenesten, ikke bare legevakttjenesten.

*«Legevakta ville ha vår ansatt hele tida. Der satte vi ned foten. Vi ville ha det bredere, at paramedic skulle ha kontakt med flere aktører og innbyggere.» (Intervju 24)*

### 3.3.3 Helsearbeidere

Fra helsearbeiderne var det noe skepsis til Rørosprosjektet på to områder. For det første var særlig de som arbeidet innen hjemmebasert omsorg usikre på hvilke

oppgaver helsevakta skulle gjøre innenfor deres tjenesteområde. Noen var redde for at helsevakta skulle overta noen av de oppgavene de selv så på som viktige og interessante i deres jobb.

*«Ved oppstart var det noe skepsis fra hjemmebasert omsorg i kommunen. Det handlet om at de lurte på hva dette var for noe. Skal de[helsevakta] ta over for oss.» (Intervju 4)*

*«Det var noen sykepleiere, og kanskje noen leger som syntes at det kom noen som tok over funksjoner, Men det var bare helt i starten. Inntil vi fant ut hvordan vi skulle jobbe. Det var nok i lufta en stund, men det var før vi var ordentlig i gang. Dette dabbet av.» (Intervju 30)*

Etterhvert som det ble tydeligere for helsearbeiderne hva helsevakta kunne bidra med, og de hadde kommet i gang med samarbeidet, var det flere av dem som reflekterte over egne reaksjoner og så verdien av å samarbeide med ambulansarbeidere som har annen kompetanse.

*«Vi i helsetjenesten er oftest negative til det meste til å begynne med. [...]. Du må bare kvitte deg med revirsynet, og det er personavhengig. Få med deg noen i et team som er dyktigere enn deg selv. Det er en ressurs og ikke en trussel.» (Intervju 13)*

Det kom også fram skepsis med tanke på finansieringen av helsevakta. Noen hadde tidligere vært involvert i prosjekter som ble igangsatt etter initiativ «utenfra», men hvor kommunen fikk regninga når prosjektet skulle over i en driftsfase. Denne skepsisen var knyttet til økonomi og ikke til samarbeidet og de oppgavene som helsevakta skulle ha. Med en kommunal finansiering av helsevakta ville det ifølge en informant bli en kommunal finansiering av oppgaver som lå under helseforetaket.

*«Jeg har vært kritisk i forhold til prosjekter med statlig initiativ og kommunal implementering. Ting blir satt i gang, så blir det uunnværlig og så må kommunen fullfinansiere. Det går ikke. Vi er presset på økonomi. [...] skal jeg som økonomiansvarlig i [avdelingen], se på at vi drifter en avdeling på St. Olav [ambulansetjenesten]?» (Intervju 13)*

Selv om flere fremdeles lurer på hvordan prosjektet skal finansieres dersom det går over i drift, er skepsisen nå borte med tanke på at helsevakta skal «ta over» spennende oppgaver og at det skal gå ut over bredden i de kommunale tjenestene.

### *3.3.4 Ambulansarbeidere*

Da prosjektet ble introdusert var også ambulansarbeiderne bekymret over det de da så på som en nedbygging av ambulansetjenesten og bortfall av arbeidsplasser. Det kom også fram skepsis til hvordan de skulle klare å håndtere oppdragsmengden med en ambulans mindre på dagtid, og at ventetiden nødvendigvis måtte bli lang i noen tilfeller.

*«Jeg var litt skeptisk da jeg hørte at dagambulanse skulle tas bort. Vi hadde jo 1000 oppdrag til sammen, hvordan skulle det gå? [...] Det var fokusert på hvordan skal det gå*

*med bare en bil? Det må bli lang ventetid for noen. Jeg hadde inntrykk av det var jobbet lenge med dette før vi fikk høre om det.» (Intervju 19)*

Ambulansearbeidere er alltid på vakt to og to sammen i ambulansen. Den nye helsevaktbilen skulle være bemannet med bare én. Til å begynne med ble det uttrykt skepsis til det å være alene på helsevaktbilen og ha alt ansvaret selv. Etterhvert som ambulansemedarbeiderne forstod konseptet bedre endret holdningen seg, og de ble mer og mer positive.

*«Det var frivilling å bli med i prosjektet og folk var skeptiske i det første møtet. Skal vi jobbe aleine? Konsekvensen var at paramedic må dra aleine ut til mindre alvorlige situasjoner. Når man begynte å snakke med dem om konseptet, da begynte folk å snu og ansatte var positive. Først de som hadde best kompetanse. Resten av ansatte begynte å være positive da de så at de andre var positive.» (Intervju 7)*

### 3.3.5 Innbyggerne

Innbyggerne i Røros ble hovedsakelig informert gjennom media. Den nye helsevaktbilen ble løftet fram og prosjektet ble fremstilt som en positiv sak for Røros. Ifølge en informant ble det underkommunisert at den ene bårebilen som var i tjeneste på dagtid skulle tas bort.

*«Jeg vet ikke hvor godt folk er opplyst. Bilen ble skrytt opp i skyene, men folk var ikke klar over at dagbilen ble borte. Det kom ikke så tydelig fram når det ble skrevet om prosjektet i starten.» (Intervju 21)*

Da det så ble klart at den nye helsevaktbilen kom til erstatning for dagbilen kom skepsisen i befolkningen fram. Dette ble formidlet gjennom leserbrev i avisen og bekymringen gikk på redusert beredskap og nedbemanning av ambulansetjenesten. Og hva ville skje når prosjektet var ferdig? Ville helsevaktbilen forsvinne også? Både kommunen og de som arbeidet i ambulansetjenesten forsvarte prosjektet i media og formidlet at den nye løsningen ikke betydde dårligere helsetilbud i Røros.

*«I lokalsamfunnet er det en trussel at bil 2 kunne bli tatt bort. Opplevd redusert beredskap var en stor del av frykten. Helsevaktbilen skulle ikke ha bære. Både befolkningen og en stor del av fagpersonene var skeptiske. Jeg brukte mye tid på å diskutere at den nye helsevaktbilen kunne bety økt beredskap. At vi fikk økt beredskap samt at det ble utført noen kommunale tjenester mens de var på vakt, og at det kunne gi merverdi for kommunene.» (Intervju 30)*

Andre igjen mener at motstanden blant lokalbefolkningen slettes ikke har vært så stor, og at skepsisen som har kommet frem i media speiler enkeltmenneskers holdninger mer enn befolkningen.

*«Lokalt i Røros har ikke motstanden vært stor. Mest enkeltpersoner mer enn grupper. Men så kom det suksesshistorier fra brukere, og da kom det fort endring.» (Intervju 6)*

Etter at prosjektet var i gang og media brakte suksesshistorier fra fornøyde brukere snudde stemningen i befolkningen. Etter hvert som befolkningen og ulike aktører på Røros stiftet bekjentskap med helsevaktbilen, er det de gode erfaringene som farger holdningene som nå blir sett på som så og si utelukkende positive.

### 3.3.6 Fagforening – ambulansesarbeidere

Reaksjonene fra fagforeningen til ambulansesarbeiderne var delte. Det var synspunkter som talte mot prosjektet, og det var synspunkter som støttet et forsøk som handlet om økt beredskap og bedre tjenester.

*«Det var stor skepsis i begynnelsen. Det største forbundet og yrkesorganisasjonene hadde sterke meninger om dette. Både for og mot.» (Intervju 8)*

De negative argumentene handlet om to ting og speiler ambulansesarbeiderne på Røros sin skepsis: For det første handlet det om at kapasitet for transport av pasienter ble redusert, siden det ble en bil mindre og helsevaktbilen ikke hadde mulighet for å ta med pasienter. For det andre handlet det om motstand mot at ambulansesarbeidere skal jobbe alene i helsevaktbilen uten den sikkerheten som ligger i at det er to som tar beslutninger sammen og som kontrollerer hverandre ved medisinerings.

*«Siden det ble en bil mindre ville det ikke være transportmulighet for pasienter. I tillegg ville det bli å jobbe alene. Ambulansesarbeider er utdannet for å jobbe i team, ikke for å jobbe alene. Å jobbe alene innebærer ny måte å tenke og jobbe på. Det er egenkontroll på medisinerings, og ingen som kontrollerer at du gjør det riktig. Når det gjelder egenkontroll på medisinerings i Røros så har de har tatt opp dette og tenkt gjennom det.» (Intervju 8)*

De gode erfaringene med helsevaktbilen i Røros har ført til at skepsisen også i fagforeningen har blitt redusert. Utfordringen med å jobbe alene er mindre enn fryktet siden det er blitt et godt samarbeid med de kommunale helsearbeiderne, og dermed er ikke ambulansesarbeideren alene om beslutningene likevel. Men motstanden mot at ambulansesarbeidere skal arbeide alene og ikke i par er fortsatt til stede i fagforeningene.

*«Blant ambulansespersonell i landet er det også forståelse for at det må gjøres noe mer med beredskap og andre ting. Holdningen er å la oss gjør et forsøk og se hvordan det funker. Det er sterke meninger i alle fall. I Oslo har de supersingle paramedic på motorsykel.» (Intervju 8)*

Samlet sett kan det virke som om det mest kontroversielle med dette sett fra fagforeningens side er det at ambulansesarbeidere skal arbeide alene og ikke i par.

## 3.4 Forankring av prosjektet

Det var St. Olavs hospital som initierte prosjektet, og de hadde som mål å forankre prosjektet hos kommuneledelsen, som igjen skulle forankre det videre i kommunen.

Kapittel 3.3 foran beskriver reaksjoner på Rørosprosjektet og sier mye om hvordan forankringen er opplevd blant de ulike aktørene. Under skal vi se på hvordan selve forankringsjobben opplevdes av prosjekteierne.

En del utfordringer var forventet, mens andre sider ved Rørosprosjektet kom mer overraskende på, slik som grenseoppgangen mellom de ulike forvaltningsnivåene.

Rørosprosjektet er et samarbeid mellom *Klinikk for akutt- og mottaksmedisin* ved St. Olavs hospital og Røros kommune. En klinikk drives som en bedrift, mens kommunen er politisk styrt. Dermed blir dette et samarbeid mellom aktører fra to vidt forskjellige «verdener». I dette samarbeidet har det blitt tydelig for aktørene fra St. Olav at det er strukturelle og konseptuelle forskjeller mellom en klinikk ved sykehuset og en kommune. Det er viktig at alle parter er oppmerksomme på slike forskjeller for å unngå misforståelser og manglende felles forståelse.

*«Prosjektet har vært initiert fra klinikken. Når vi samarbeider med kommunen, har noe av det vært basert på ildsjeler. Men det er noe med når sykehus og kommune arbeider sammen, så er det noen strukturelle forskjeller. Vi er jo ikke noen politisk institusjon, vi er egentlig mer lik et aksjeselskap. Politikken i sykehussystemet er på eiersida, fra minister og nedover. Og så kan vi diskutere i hvor stor grad de regionale helseforetaksstyrene er politisert. Men når man kommer på mitt nivå, så driver vi en bedrift. Når vi har kontakt med kommunen har vi kontakt på politisk nivå (ordfører, rådmann, helse og sosial), de opererer i et politisk system og følger en politisk logikk, som kanskje er litt fremmed for oss som sitter på sykehus.» (Intervju 5)*

Forskjellen mellom sykehusklinikken og kommunen kom til uttrykk ved at representanter for ambulansetjenesten ikke helt forsto hvordan kommunen var organisert, hvilke ledernivå som fantes og hvem som hadde beslutningsmyndighet i kommunen.

*«Det har vært utfordrende. Enhetsledere har egentlig ikke noe de skulle ha sagt. Det å skjønne kommunens organisering er vanskelig. Den ene enhetslederen greide aldri å si at hun ikke kunne gjøre noe. Det var vanskelig for oss å forstå organisasjonsstrukturen i kommunen, og forskjellige type ledere var vanskelig å skjønne seg på. Jeg tror det var enklere for dem enn for oss.» (Intervju 6)*

Men konkretisering av gjennomføringen gikk tungt. Samarbeidet med de kommunale tjenestene var krevende, og ting som ble avtalt i møter ble ikke fulgt opp og utført.

*«Jeg var med på endel møter og registrerte både kroppsspråk og ting som ble sagt. Og det ble avtalt ting som skulle følges opp fra et møte til et annet. Når vi så kom vi til neste møte så fikk vi høre at: 'nei det har vi ikke gjort ennå'. Det opplevdes frustrerende for [nn]. Han nådde ikke inn. Det ble avklart endel ting i noen møter, men det ble ikke fulgt opp etterpå.» (Intervju 7)*

*«Jeg har stor respekt for travle dager i den kommunale helsetjenesten. Men vi møtte motvilje og skepsis, det er ganske åpenbart.» (Intervju 7)*



Etter at prosjektet var forankret i den kommunale ledelsen ble det praktiske planlagt og tilrettelagt ved at ambulanspersonell tok direkte kontakt med de som skulle være med i samarbeidet.

*«Hvordan skulle vi få med kommunen? Intensjonen var at det skulle gjøres på lavest mulig nivå. Dvs. forankring på lavest mulig nivå. F.eks. at vi snakket med legen og sykehjemmet. Ambulansepersonalet fikk frie tøyler og snakket direkte med aktører i kommunen. Forankring ble gjort på toppen, men praktisk planlegging og tilrettelegging gikk direkte.» (Intervju 6)*

Informantene vurderte spørsmålet om forankring noe forskjellig. De som ikke var med i oppstartene betrakter forankringen som god siden prosjektet i dag fremstår som godt forankret både i kommunen og blant de enkelte aktørene. En fra St. Olav som er blitt koblet på prosjektet underveis sier det slik.

*«Inntrykket mitt er at prosjektet er godt forankret. Jeg kjenner ikke prosessen hvordan kommunen har involvert tjenestene underveis. Det jeg vet er at legetjenesten har hatt stor entusiasme. Det har gått litt av seg selv. Der ser man de åpenbare fordelene med en gang. Det blir en «easy win»» (Intervju 5)*

*Mens andre fra St. Olav som har vært med fra starten mener at de kunne gjort jobben annerledes med forankringen i kommunen fra starten.*

*«Forankring på Røros på de ulike nivåer på kommunen? Det kunne være enda bedre forankret. Det er Fellesfunksjon, St. Olav, som har ansvar. Ambulansetjenester på Røros er under St. Olav. Røros kommune var ikke på. Det var et seminar som ble avlyst. Det var ikke kommunal forankring. Nå er kommunen mer på.» (Intervju 8)*

De fleste fra St. Olavs hospital mener årsaken til at det var vanskelig å få forankret prosjektet skikkelig i starten lå hos kommunen.

*«Endel frafall og utilgjengelighet blant sentrale personer i kommunen. Kontinuitetsbrudd. Kommunesiden har vist velvilje og ikke ytt motstand. Men ingen har vært proaktivitet. Med unntak av en som jobba der i starten, han var proaktiv, men har sluttet. Årsak til manglende proaktivitet er jeg usikker på.» (Intervju 4)*

Mange av informanter fra kommuneledelsen på Røros mener også at forankringen kunne vært gjort annerledes fra starten, men de peker på egen kapasitet på tidspunktet da Rørosprosjektet ble introdusert som årsak til mangelfull forankring i noen ledd.

*«Sett i ettertid burde rådmannsnivået vært koplet på internt fra starten, og fått forankret det der. Ved henvendelser tilstreber vi å sende «rette personer» for å bli med. I Rørosprosjektet ble kommunelegen sendt. I ettertid ser vi at rådmann også burde vært med. [...] Det var ikke dramatiske konsekvenser – men det tok litt tid. St. Olav var veldig opptatt av forankring, så kanskje var det vår situasjon (Robek-kommune, dårlig økonomi, mange andre prosjekter på gang) som gjorde det vanskelig på vår side.» (Intervju 9)*

Rørosprosjektet ble presentert for kommunen i en tid hvor kommunen hadde dårlig økonomi og mange egne prosjekter på gang. Til å begynne med hadde kommunen vanskeligheter med å forstå hva prosjektet egentlig handlet om, og prosjektet fikk ikke full prioritet. Det var også en bekymring for at et såpass stort prosjekt ville ta oppmerksomheten vekk fra andre viktige oppgaver i kommunen.

*«Mange var presset på tid. Hvis henvendelse hadde kommet nå ville vi ha håndtert dette på en annen måte i oppstarten. Dvs. annen forankring – mer prioritering. Hadde dårlig økonomi, og mange ting i egen regi. Enda en ting å ta stilling til å være med på. Prosjektets størrelse trykket på. Vi måtte passe på at vi ikke blir overstyrt.» (Intervju 9)*

Det har vært viktig for Røros kommune å ha fokus på de tjenestene kommunen skal levere og ikke la seg «forstyrre» av at St. Olavs hospital ønsker å gjennomføre et prosjekt i kommunen med mindre det samtidig forbedrer det kommunale tjenestene. Særlig den første tiden, men også senere i prosjektet, har kommunen vært bevisst på at det som har prioritet er å gjøre de kommunale tjenestene bedre. St. Olavs hospital har lyttet til innspill fra kommunen og de opplever selv å ha vært likeverdige partnere i samarbeidet.

*«Det har vært viktig med fokus på de kommunale tjenestene. En liten kommune kan føle seg overkjørt. Viktig å ta eierskap og bli en likeverdig part selv om en er liten. St. Olav har vært flinke her. Vi hadde dette i bakhodet en periode, vi må ikke miste oss selv og vi må ha en tydelig stemme inn i dette. Og St. Olav har vært lydhør. De har hørt på våre innspill. Prosjektet har nå gått lenge, men vi er ikke ferdige selv om prosjektet er i drift. Vi må arbeide kontinuerlig med dette og må hele tida ha fokus på om vi gjør dette optimalt. Det er helt sikkert forbedringspotensial.» (Intervju 9)*

Til tross for at kommunen som organisasjon var noe tilbakeholden i begynnelsen var rådmannen på det tidspunkt prosjektet ble introdusert tydelig på at det skulle satses på dette. Betydningen av ny prosjektleder, som kom inn og strukturerte prosjektet, trekkes fram som viktig, og etterhvert som forståelsen av prosjektet økte ble også forankringen i kommunens ledelse bedre. I dag er prosjektet godt forankret i hele kommuneledelsen. Forankringen ute i avdelingene ser ut til å ha tatt endel mer tid, men begynner nå å bli bra. En leder i kommunen sier:

*Det var trykk fra rådmannsnivå. Dette skal vi satse på. Det er god forankring over hele linja nå. Etter at (ny prosjektleder) kom inn og strukturerte prosjektet ble dette veldig bra. Etterhvert har forankringen ute i tjenesten også gått bra. Men det har tatt tid. Særlig hjemmebasert omsorg og sykehjemmet var ikke så tett på i starten. Det handlet kanskje om usikkerhet i starten. Er det helsevakta som skal gjøre ting nå?» (Intervju 9)*

Selv om den formelle forankringen virker å være på plass i kommunens ledelse blir det understreket at prosjektets framdrift fortsatt er avhengig av enkeltpersoner i kommunen.

*«Uten enkeltpersonene hadde det ikke blitt. Spesielt det at rådmannen var med var en suksessfaktor. Den formelle forankringen var på plass, men enkeltpersoner avgjorde at det ble noe av. Framdriften er fremdeles avhengig av enkeltpersoner som er ressurspersoner. Nå har rådmann sluttet. Han var i styringsgruppa.» (Intervju 6)*

Ut fra det respondentene sier er det tydelig at forankringen av prosjektet på ledernivå har endret seg etter oppstarten. I den første tiden var prosjektet mest forankret hos enkeltpersoner, og ikke så mye i kommunen som organisasjon. Dette gjorde prosjektet sårbart i en kritisk fase. Selv om prosjektet nå har kommet i gang og den organisatoriske forankringen virker å være god, påpekes det at prosjektet fortsatt er avhengig av noen ressurspersoner.

### 3.5 Organisering og ledelse av Rørosprosjektet

Den formelle organiseringen av Rørosprosjektet, slik den er beskrevet i kapittel 1.2.2 og 1.2.3, er ryddig og strukturert. Alle delprosjektene har prosjektbeskrivelser med oversikt over mål, aktiviteter og roller. Organiseringen og utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsene ble gjennomført av den nye prosjektlederen som tok over litt før midtveis i prosjektperioden. Organiseringen slik den framstår ved gjennomføring av evalueringen virker å være formålstjenlig. Intervjuer med sentrale deltakere i prosjektet bekrefter dette inntrykket.

De erfaringene som er framkommet viser betydningen av at det er noen som har ansvar for helheten og for prosessene. Dette er viktig lærdom å ta med seg i en senere driftsfase. Hovedprosjektleder har hatt jevnlig oppfølging med ledere av delprosjektene, og disse opplever at prosjektet er under god styring og kontroll. Flere informanter framhever den betydningen den nye prosjektlederen har hatt for strukturering, framdrift og gjennomføring av prosjektet.

*«Det var trykk fra rådmannsnivå: Dette skal vi satse på. God forankring over hele linja nå. Etter at [ny prosjektleder] kom inn og strukturerte prosjektet ble dette veldig bra. Etterhvert har forankringen ute i tjenesten også gått bra.» (Intervju 9)*

*«Hvorfor har det fungert bra her? Det er en interesse fra kommunen for å få til dette. Holdningen sprer seg nedover. Har allerede et godt samarbeid med St. Olav. [Ny prosjektleder] kom inn og hadde en positiv vinkling. Litt nye øyne, strukturering, flytskjema etc.» (Intervju 20)*

I tillegg nevnes ryddigheten og den kontinuerlige oppmerksomheten fra prosjektleder som aktivt har benyttet styringsgruppen for å få avklart ting som var viktig for framdriften.

«Styringsgruppa er en arena – kan være nyttig – en fryktelig effektiv gruppe. Litt ujevn møtefrekvens, men ryddig prosess, agenda, referat etc. Viktig at noen har styring her. [Ny prosjektleder] er god på dette.» (Intervju 9)

«[...] Vi snakker sammen jevnlig. Vi representerer hver våre områder. Og så har vi våre oppgaver mellom samlinger. [Ny prosjektleder] er veldig «på». [...]» (Intervju 13)

Det blir også trukket fram at prosjektleder tar tak i forespørsler og gjør noe med det og er tilgjengelig og åpen for dialog også utenfor de formelle møtene.

«Hvis vi får samme kurs så kan alle gjøre det samme. Men det kan være uklare ansvarsforhold. Hva skjer hvis ting ikke går bra. Der må vi berømme [ny prosjektleder] på at han sier vi skal få kurs på det vi ønsker kurs på.» (Intervju 19)

«[...] er vellykket. Han som tok over som prosjektleder har vært veldig viktig. Det må sitte noen på toppen som kan snakke sammen. Hvis ikke så lykkes en ikke nedover. Toppforankringen må være på plass – og det må skje i praksis. Må kunne snakke sammen med rådmann på uformelle tidspunkter også – ikke bare i styringsgruppemøter.» (Intervju 30)

Som vi ser oppleves måten den nye prosjektlederen har arbeidet på som avgjørende for prosjektets fremdrift. Han har kontaktet og samlet aktører jevnlig, og har også vært tilgjengelig når aktørene har hatt behov for det.

### 3.6 Oppsummering

- Overordnet – selv om det har vært en del misforståelser og kommunikasjonsutfordringer med tanke på igangsettelsen av Rørosprosjektet, mener alle at resultatet nå (i større og mindre grad) har blitt bra.
- Informasjonen ble gitt litt tilfeldig og kom ikke godt nok frem til alle sentrale aktører i Røros kommune, og det tok tid før alle ble involvert.
- De fleste opplevde ikke medvirkning rundt beslutningen om å gjennomføre Rørosprosjektet, men mange av de mest sentrale aktørene har opplevd medvirkning med tanke på å forme innholdet i prosjektet.
- Prosjektet ble møtt med en del skepsis fra helsearbeidere (dog ikke legevaktleger) og innbyggere fra starten. Skepsisen gikk på økonomi, frykt for å miste spennende arbeidsoppgaver og redsel for redusert beredskap.
- De ulike aktørene er uenige om hvem som har ansvar for at prosjektet ikke var bedre forankret hos alle sentrale aktører fra starten. I dag oppleves prosjektet som godt forankret.
- Ulike forvaltningsnivåer har ulike styringsform og «logikk», noe som medførte misforståelser og forsinkelser i oppstarten av prosjektet.
- Litt før midtveis fikk prosjektet ny prosjektleder. Denne personen har vært avgjørende for det systematiske arbeidet og for fremdriften.

## 4 Delprosjektene

### 4.1 Delprosjekt 1 – Beredskap og ø-hjelp

Delprosjekt 1 i Rørosprosjektet, *Beredskap og ø-hjelp*, omhandler etableringen av helsevaktbilen som en mobil helseressurs. Dette delkapittelet vil i tillegg til å beskrive arbeidsorganiseringen i delprosjekt 1 også ta for seg en del om hvordan helsevakta er organisert og de funksjoner helsevaktbilen kan ha. Dette kapittelet vil derfor være nyttig å lese før delkapitlene om de andre delprosjektene for fullt ut å forstå de mulighetene og begrensningene helsevakta har gjennom måten de er organisert på og helsevaktbilen er utstyrt.

#### 4.1.1 Ny struktur og formell organisering

Rørosprosjektet har ført til en omorganisering av ambulansetjenesten på Røros. Døgnambulansen er beholdt og opererer som normalt, dagambulansen er tatt ut av drift og helsevaktbilen har kommet til. Bortsett fra at helsevaktbilen ikke har bårekapasitet, har den medisinteknisk utstyr tilsvarende en ambulanse.

Helsevaktbilen er bemannet fra kl. 10.00 til 22.00 alle hverdager. Disse er rekruttert fra ambulansetjenesten, og de har alle enten videreutdanning som paramedic eller sykepleierutdanning «i bunn». Den delen av døgnet helsevaktbilen ikke er bemannet er den tilgjengelig for bruk av vakthavende legevaktlege. Legevaktlegene er veldig fornøyde med ordningen og hadde helst sett at helsevaktbilen var bemannet 24 timer i døgnet.

*«Alle legene ville ha det døgnkontinuerlig. Du kan ikke alltid få det du vil fra øverste hylle, legevakta kunne ikke ha helsevaktbilen hele tiden, så det ble et kompromiss.» (Intervju 29)*

Men selv om helsevaktbilen kun er bemannet halvparten av døgnet, er den allikevel nyttig for legevaktlegene hele døgnet ettersom legevaktlegene kan disponere helsevaktbilen også når den er ubemannet.

*«På natt og helg er det legen som disponerer bilen. Enklere for de legene som har lov til å rykke ut med blålys. Og så er det mer utstyr tilgjengelig i helsevaktbilen.» (Intervju 15)*

Noen av legene har blålyskurs. Tidligere måtte legevaktlegene ta med seg legekofferten og kjøre ut med egen bil, og både legevaktlegene og andre mener det er en stor fordel å ha en bil som er tilgjengelig med alt av utstyr.

Mens ambulansemedarbeiderne satt ca. 90% av tiden i beredskap og ventet på å bli kalt ut på oppdrag, er de som har gått over til helsevaktbilen nå i aktiv tjeneste det aller meste av arbeidstiden. I tillegg er de fremdeles i beredskap. For at ikke beredskapen i Røros skal svekkes må derfor oppgavene helsevakta utfører innenfor

delprosjektene 2-4 være av en slik karakter at det er mulig å forlate dem når som helst dersom det skulle komme et akuttoppdrag.

I og med at dagambulansen ble erstattet med helsevaktbilen har det vært en del usikkerhet både blant helsearbeidere og lokalbefolkning om akuttberedskapen kom til å bli opprettholdt. De fleste som er intervjuet mener at beredskapen er minst like god dersom det ikke er noe ekstraordinært på gang på Røros, som i påsken med mange turister eller *Martnan* med mange tilreisende. Ved slike anledninger er det også vanlig at helsevaktbilen har doble skift for å kompensere samt at ambulanser fra nærliggende områder flyttes til Røros.

I travle perioder er det allikevel noen som savner en bårebil til.

*«Merker det i perioder at helsevakta ikke erstatter bil 2. Særlig hvis det er trykk og det er transportbehov. Nå er bilen i Holtålen bil nr.2.» (Intervju 18)*

Dersom det skulle bli behov for to bårebiler samtidig, er det mulig å tilkalle en fra nabokommunen, men dette tar noe lenger tid og svekker beredskapen, ifølge noen. Andre er mer opptatt av at akuttoppdrag har stor grad av variasjon, og at det er mange av disse oppdragene som ikke har behov for bårebil.

*«Viktig å skille mellom ulike akuttoppdrag. Det å få akutt hjelp er ikke det samme som å få tilgang til akutt transportkapasitet. Hvis det skjer hendelser i Trondheim, og det er så nærme at lege rykker ut i bil i stedet for ambulanse, så har ikke de noen bårebil de heller.» (Intervju 5)*

#### 4.1.2 Helsevaktbilen og nye oppgaver

Når legevaktlegene rykket ut tidligere, tok de med seg legekofferten og kjørte alene til pasientene med privat bil. Dersom de nå rykker ut mellom kl. 10.00 og kl. 22.00, gjør de det sammen med en ambulansarbeider med utrykningssertifikat og i en bil med profesjonelt navigeringsutstyr som har bedre dekning enn vanlig mobiltelefon. I tillegg er bilen utstyrt med det samme medisintekniske utstyr som en ambulanse.

*«Har LOCUS (kartverk) i bilen. Det er samme skjermen som ambulansen har. Ved oppkalling fra AMK ligger adressen på skjermen. Ved vanlig sykebesøk taster vi inn adressen, som på GPS. Dette er et kjempeløft i forhold til egen bil. Den gamle bil 2 var en ambulanse, styrt av AMK. Vi hadde ikke kontroll på den, og den kunne ikke brukes på samme måte som helsevaktbilen.» Intervju 17*

I tillegg til mange fordeler med tanke på utrykning, gir helsevaktbilen legevaktlegen flere muligheter for å starte undersøkelser og behandlinger hjemme hos pasientene som legene ikke hadde tidligere.

*«Alt utstyret som er i bilen er en fryd. Det er mange bryst smerter som en har klart å snu ved at en har tatt en EKG og sett at den ikke var verre enn forrige gang en tok EKG. Det er sikkert*

*15 ganger jeg har unngått innleggelser. Minst. Og andre har unngått like mange.»  
(Intervju 28)*

Ettersom bilen er utstyrt på samme måte som en ambulanse, er det mye av utstyret og medisinene om bord som en ambulansarbeider kjenner bedre til enn helsevaktlegene.

*«Bilen har utstyr og medisiner som legene ikke nødvendigvis har erfaring med. Men da spiller de hverandre gode. De gir hverandre kompetanse begge veier.» (Intervju 3)*

Helsevaktbilen utgjør en fordel for logistikken både for legevaktleger og pasienter. Selv om bilen ikke drar utenfor legevaktsdistriktet slik ambulansen gjør, er den et transporttilbud for pasienter som skal til legevakten. Navigeringsutstyret som er i helsevaktbilen gjør det også lettere å koordinere legevaktlegen og ambulansen.

*«Vi har kartverk i bilen, vi kan si hvor ambulansene er, og da er det lettere å avgjøre hvor pasienten skal sendes.» (Intervju 19)*

Helsevakta har innenfor delprosjekt 1 varierende arbeidsoppgaver. En del av disse oppgavene hadde de også da de var på ambulansen, men mange oppgaver gjør de nå oftere enn de pleide å gjøre, i tillegg til at det er flere typer oppgaver.

*«Oppgaver som utføres? De tar blodprøver, IMR, akutt, presjekker, er samarbeidspartnere for leger før ambulansen kommer, tar EKG. En potet. Vet godt hva de holder på med.»  
(Intervju 23)*

Legevakta er lokalisert til sykehuset på Røros. Før Rørosprosjektet hadde legevakta samarbeid med intermediær avdeling (IMA) og kommunale akutte døgnplasser (KAD) på Røros Sykehus når de trengte bistand med pasienter. Nå er det i større grad den som har vakt på helsevaktbilen som bistår legevaktlegene, spesielt på ettermiddagstid. En av de ansatte på intermediær avdeling (IMA) ved Røros sykehus forteller:

*«Paramedics er til stede på legekantoret når de har vakt. Det avlaster vårt arbeid. Tidligere måtte vi være til stede på legevakta. Vi er på andre siden av gangen. Vi skulle hjelpe til ved behov. Vi sparer det at vi slipper å gå over til legevakta hele tiden.» (Intervju 15)*

Også legevaktlegene og helsevakta selv synes dette nye og tettere samarbeidet er verdifullt. Helsevakta hjelper legevakta når det topper seg med arbeidsoppgaver, og de får dermed nyttig og relevant kunnskap om pasienter og innbyggere de kan komme til å møte ved utrykning eller i forbindelse med et av de andre delprosjektene i Rørosprosjektet. Og jo mer de kjenner til ulike pasienter, jo viktigere er de som ekstraressurs ved oppfølging av pasienter som gjør at en ikke trenger å involvere så mange helseaktører med en gang.

*«Etterhvert har det blitt mye andre kjekke fastlegeoppgaver å kunne delegerer ned til dem: Blodtrykkskontroller, EKG-kontroller i disse koronatider. Bare det å tilrettelegge for at*

*kritiske syke kan få litt tettere oppfølging uten at HBO bli involvert med en gang.» (Intervju 28)*

Det har vært et spørsmål om det er riktig at helsevakta avlaster legevaktkontoret med løpende oppgaver. Hovedgrunnen til at dette spørsmålet har kommet opp er frykten for at kommunale ressurser kan bli trukket tilbake fra legevakta ettersom de har helsevakta (som ligger til et annet budsjett) som kan bidra. På spørsmål om dette er noe som er bekymringsfullt svarer en representant fra kommunen dette:

*«Det er stor trafikk på legekantoret og stort trykk. Hvis noen pasienter har litt tidkrevende ting som skal utføres (på lab) kan en raskt komme på etterskudd. Hvis helsevaktbilen kan komme innom i ledige stunder og ta unna noen oppgaver er det svært positivt. Jeg ser ingen fare for at dette kan føre til reduksjon i ordinære ressurser på legekantoret. Det er heller en problemstilling med at det må leies inn ekstra ressurser hvis det topper seg og vi ikke får hjelp fra helsevakta.» (Intervju 3)*

#### 4.1.3 Utrykning

Også utrykningen fungerer noe annerledes nå enn før innføringen av prosjektet. Nå er det en større andel av 'øyeblikkelig hjelp'-utrykningene som har med lege.

*«I forhold til sammenlignbare kommuner i Trøndelag er det større andel med ø-hjelpsutrykninger på Røros som har med lege.» (Intervju 5)*

Også for de som arbeider på den ordinære ambulansen oppleves det positivt at legene kan rykke ut med helsevaktbilen ved 'øyeblikkelig hjelp'-utrykninger hyppigere enn før. En av ambulansemedarbeiderne sier:

*«Legevaktlegen er jo oftere ute. De var jo flinke før også. Det har økt på. Nå er det enklere. Vi kjører. Og responsen for å rykke ut. Før måtte de pakke privatbilen med utstyr.» (Intervju 19)*

Det at legevaktlegen kan bli med i helsevaktbilen er også i noen tilfeller en fordel for nabokommunene til Røros.

*For å gi et konkret eksempel med Ålen. Røros ligger 3,7 mil sørover, mens St Olavs hospital er nordover. I tvilstilfeller kjører ambulansen sørover og møter legevaktbilen underveis og avgjør om pasienten skal til St. Olav. Sparer bomtur til Røros. Kan ta vurdering underveis. Sparer mange km kjøring med sjuk pasient. (Intervju 23)*

Før måtte pasientene i Ålen først til legevaktlegen på Røros for å få en vurdering på om de måtte til St. Olavs hospital i Trondheim. Nå kan legevaktlegen ta helsevaktbilen og kjøre til nabokommunen og vurdere pasienten nærmere eget hjemsted, noe som kan spare pasienten og samfunnet for ekstra transportetapper eller innleggelser.

Ambulansetjenesten sentralt i Sør-Trøndelag mener at ansvarfordelingen for hvordan de ulike henvendelsene skal følges opp er tydelig.



*«AMK bestemmer det akutte, legene alt det andre. Og de på bilen bestemmer det forebyggende.» (Intervju 6)*

Men i og med innføring av helsevaktbilen på Røros, har det nå kommet flere alternativer for hvem som skal sendes ut til forskjellige oppdrag. Det er AMK som tar imot oppdragene som ringes inn til 113 og koordinerer utrykningen. Ofte er vurderingen om hvem som skal sendes ut (ambulansse, helsevakta eller helsevakta + legevaktlegen) gjort på bakgrunn av skjønn og hvem som er tilgjengelige.

*«Hvem som bestemmer hvem som drar er en skjønnsmessig vurdering. AMK koordinerer lege og ambulansse, legen bestemmer hvis de skal være med eller ikke. Mange ganger sendes både ambulansse og helsevaktbil pluss lege. I hvert fall frem til kl.22.» (Intervju 2)*

Det at regelverket rundt hvem som skal sendes ut til hvilken type oppdrag ikke er «skrevet i stein» blir av de fleste sett på som uproblematisk. Mange mener også at dette er helt nødvendig for å kunne dra nytte av den fleksibiliteten den nye helsevaktbilen kan gi.

En av de som bemanner legevakttelefonen opplever derimot at de fleksible rutinene kan være vanskelige å forholde seg til når de må ta stilling til hvem de skal sende ut til forskjellige oppdrag.

*«Jeg synes det har vært vanskelig å vite når vi kan ringe helsevakta og ikke. Jeg har ringt den noen ganger i stedet for å ringe legen. Når pasienten er så dårlig at det er en stor belastning for dem. For vurdering kan vi sende den. Oftest konfererer vi med legen først. Det skal gå gjennom legen først. Om han/hun skal vurdere om bilen skal ut eller ikke. Det er ikke helt klart definerte prosedyrer. Det er vanskelig å vite hvordan vi kan bruke den. Det er sagt at doktoren skal styre.» (Intervju 15)*

#### 4.1.4 Kompetanse

Den kompetansen helsevakta har tilegnet seg både gjennom utdanning og erfaring som ambulanssearbeider, og som nå er blitt tilgjengelig for legevakta og legevaktlegene, blir av alle sett på som nyttig og utfyllende for legevaktlegene. Helsevakta selv forteller hvordan deres kompetanse kan bli brukt på legevaktkontoret.

*«Kompetansen vår passer jo inn i den daglige driften på legekantoret. Vi passer på ø-hjelp på legekantoret, som kan oppstå der. Da blir vi brukt til det. Ta de undersøkelsene vi er trent på.» (Intervju 18)*

Legevaktlegene selv er vel så opptatt av den støtte og hjelp helsevakta med sin erfaringsbaserte kompetanse kan bidra med når de rykker ut til pasienter.

*«Selve ambulanssepersonellet som sitter på bilen er en veldig god ressurs, særlig på kveldstid. De har masse erfaring. En person ekstra betyr bedre kvalitet, bedre tid til å tenke, og så er det raskere enn å dra enn aleine, spesielt fordi de kan det der med å rykk ut raskt.» (Intervju 2)*

På Røros er det, som på de fleste små steder, turnusleger med legevaktsoppdrag. Disse kan være ganske uerfarne i tillegg til at de ikke har kunnskap om geografien og befolkningen i Røros. De som betjener helsevaktbilen opplever at deres kompetanse kommer særlig til nytte når de rykker ut sammen med turnuslegen.

*«Når det er nye turnusleger som ikke helt vet – så sier vi hva vi tror er best – og så blir det ofte sånn. Vi kan de lokale prosedyrene. Vi vet mye som en ny turnuslege ikke vet.» (Intervju 19)*

En turnuslege bekrefter dette

*«Som turnuslege har jeg veldig nytte av Rørosprosjektet, spesielt med den erfaringen og kompetansen de som kjører bilen har. De har lokal kunnskap om geografi, pasienter, og det lokale området. De kjører rett vei, og holder fartsgrensa. De har også kunnskap om pasienter som gir meg mer info enn journalen.» (Intervju 2)*

Det som er interessant å merke seg er at både legevaktlegene og ambulansearbeiderne på helsevaktbilen opplever at de får økt kompetanse på bakgrunn av samarbeidet de har med hverandre. Helsevakta kjenner godt til utstyret og medisinene som er i helsevaktbilen, og kan ved behov gi opplæring til legevaktlegene om disse.

*«De som er på ambulansen har gitt opplæring om nye typer medisiner i bilen. Hvordan det fungerer og når det er lurt å bruke dem. For eksempel kan det brukes morfin som nespray hvis det er vanskelig å finne blodårer på gamle.» (Intervju 3)*

Ambulansearbeiderne på sin side får blant annet en bredere kunnskap om befolkningen på Røros, noe som gjør at de kan håndtere brukere og pasienter på en bedre måte.

*«Dette har ført til ny kompetanse for paramedic. [...] De får en annen kjennskap til kommunen som er nyttig for dem. Får en helt annen kjennskap til brukerne. Kan håndtere brukere på en annen måte enn tidligere.» (Intervju 9)*

Ettersom mange ambulanseoppdrag er til innbyggere som har kontakt med de kommunale helsetjenestene på en eller annen måte, utvikler de som arbeider ved helsevakta en lokal kompetanse som er nyttig også i akuttoppdrag.

#### *4.1.5 Formelt og uformelt samarbeid*

De ulike helseaktørene har forskjellige journalsystem, og de er lukket for andre. Det vil i utgangspunktet si at helsevakta ikke har tilgang på kommunehelsetjenesten sine journaler. Selv om dette ikke blir sett på som en stor utfordring i dag, er det bevissthet rundt at det må på plass formelle avtaler rundt deling av journaler for å optimalisere samarbeidet. Flere setter sin lit til at dette skal komme på plass når Helseplattformen blir innført og alle benytter seg av de samme programmene.

*«Legevakta må også ha tilgang til journal, spesielt med samlokalisering. Helseplattformen for Midt-Norge må ha en felles løsning for alle.» (Intervju 7)*

*«Vi må lære oss ulike dataprogrammer. Det blir enklere når Helseplattformen kommer.» (Intervju 15)*

Selv om det formelt ikke er felles journalsystemer mellom enhetene er det funnet løsninger for å få til samhandling på tvers. Selv om det fungerer, er det flere mangler som gjør at den skriftlige kommunikasjonen ikke blir så god som den kunne vært og som gjør at arbeidet blir mer tungvint. En legevaktlege forklarer det slik:

*«Vi har hatt så godt samarbeid mellom ambulanse og legevakt, at vi har laget kopier av henvisninger. Dette er ikke problematisk rent juridisk bare vi makulerer dem i etterkant. Men vi skulle ønske ambulansepersonellet kunne skrive rett inn i journalen. Det er veldig sjelden at pasienter blir vurdert dithen at de må innom oss om de bor langt unna. Da sender vi de heller direkte til Trondheim, og da blir henvisningen dårlig ettersom ambulansepersonellet ikke kan skrive dem.» (Intervju 28)*

Ambulansepersonell og legevaktlegene har også tidligere samarbeidet, men gjennom Rørosprosjektet er dette samarbeidet styrket betydelig.

*«Vi har samkjørt det vi har gjort før med lege og legevakt for å få det et steg videre til noe bedre. Det har vi absolutt gjort. Vi har et kjempegodt samarbeid med legene her i distriktet. [...] Nå har vi fått tilpasset enda mer til lokale forhold. Med å trygge andre i sine oppgaver. Legevaktlegen som i utgangspunktet er for seg selv [...], det er en annen setting når en er to. Det blir bedre når man kan diskutere og fordele oppgaver.» (Intervju 19)*

Dette utvidede samarbeidet som har oppstått gjennom Rørosprosjektet har faktisk ført til et ønske om ytterligere styrking av samarbeidet.

*«Både leger og ambulansepersonell ser nytten i slikt samarbeid. Det handler om å bli dyktigere i den en driver med. Dette har ført til at vi ønsker å utvide samarbeidet. Når vi nå skal utvide legekantoret vil vi arbeide for å få hele ambulansetjenesten innunder samme tak.» (Intervju3)*

Vi har tidligere vært innom at det ikke er felles journalsystemer. Men legevaktlegene, i motsetning til andre helseaktører i Røros, har tilgang til «timeboka» (som er en del av journalsystemet) til helsevakta, og kan selv legge inn de oppgaver de ønsker helsevakta skal bidra inn i.

*«Vi har tilgang til timeboka deres. Jeg skriver inn der. De styrer utførelsen selv. Vi ber dem om de kan hjelpe oss med noe – det løses i løpet av dagen. Kun legekantoret har tilgang til timeboka.» (Intervju 17)*

Denne tilgangen hjelper ved koordinering av samarbeidet og planlegging av helsevakta sin innsats inn i de andre delprosjektene.

Innenfor beredskap og øyeblikkelig hjelp er det også viktig at samarbeidet mellom helsevaktbilen og ambulansen er optimalt og effektivt. På ambulansen sees det på

som en støtte og hjelp når de kommer til et sted og ser at helsevaktbilen allerede er der.

*«For meg i rødt er det fint å se at de grønne er der når jeg kommer. Da kommer jeg til dekket bord og da gjør det jobben min lettere.» (Intervju 19)*

De som arbeider på helsevaktbilen er fremdeles tilknyttet ambulansetjenesten, noe som gjør det uklart for de som kun arbeider på ambulansen om helsevakta er en tilleggstjeneste for dem eller for legevakta.

*«For oss på ambulansen er det viktig å vite om helsevakta er tiltenkt som en tilleggstjeneste for vår del – eller om det er en tjeneste for legevakta. Det er de som går på helsevakta som er i dialog med legen som er på vakt og de er enige om hvordan de gjør ting bestandig. Så kommer vi. Vi er en egen tjeneste. Spesialisthelsetjenesten. Så er helsevaktbilen sammen med legevakt på en måte sin egen. Der har vi noe å gå på mht. tettere samarbeid og diskutere hvordan vi løser det.» (Intervju 25)*

Som sitatet viser kan helsevakta sin mellomposisjon føre til forvirring i samarbeidet med ambulansen.

#### *4.1.6 Oppsummering: Legevakt + helsevakt = sant?*

Alle aktørene som er involvert i dette delprosjektet er meget fornøyde med samarbeidet, og mener at de tilbudene de til sammen gir til Røros sin befolkning er styrket, både i kvantitet og kvalitet. Ettersom 1) helsevaktbilen er utstyrt med det samme medisinske utstyret som en ambulanse, 2) helsevaktbilen er tilgjengelig på en annen måte enn ambulansen tidligere var (i og med at den ikke beveger seg utenfor kommunegrensen), og 3) legevaktlegen ofte rykker ut sammen med en ambulansearbeider i helsevaktbilen, mener de aller fleste at akuttoppdrag som ikke krever bærebil er bedre ivaretatt nå enn tidligere. Også for nabokommunene er det en fordel med helsevaktbilen ettersom legevaktlegen kan bruke helsevaktbilen og kjøre til nabokommunen og vurdere pasienten nærmere eget hjemsted, noe som sparer pasienten for en ekstra tur eller innleggelse. Samarbeidet mellom helsevakta og legevaktlegene fungerer så godt at spesielt legevaktlegene ønsker å utvide det.

## 4.2 Delprosjekt 2: Samarbeid HBO og sykehjem

### *4.2.1 Formalisering av samarbeidet*

Delprosjekt 2 omfatter det samarbeidet helsevakta har med hjemmebasert omsorg (HBO) og sykehjemmene på Røros. Både ansatte i HBO, ambulansearbeidere og prosjekteiere omtaler oppstarten av delprosjektet som tungt, og at det tok tid før helsevakta fikk innpass på sykehjemmene og HBO.

*«Vi slet med at vi ikke ble brukt. Over lang tid var det tungt. Vi var overrasket over at vi ikke ble brukt mer i starten.» (Intervju 19)*

*«Det tyngste var nok å få med HBO. Syntes vi brukte for lang tid. Det fungerte ikke godt nok. Det var individavhengig. Noen var flinke til å ringe og samkjøre med dem (helsevakta), andre lot det være.» (Intervju 30)*

På spørsmål om hvorfor denne prosessen tok så lang tid, var det flere som trakk frem generelle egenskaper ved helsevesenet som forklaring.

*«Det handler om generell treghet i systemer. Når det kommer nye ting tar det litt tid før man skjønner når og hvordan man kan bruke det, treg tilvenningsprosess. Ikke noe motvilje.» (Intervju 29)*

Det ble sagt at ved innføring av nye ordninger ønsker spesielt ledelsen for HBO å få til gode forankringsprosesser for å sikre nyttig samarbeid, men mangelfull informasjon ned til ledere som skulle stå for implementeringen av samarbeidet med helsevakta gjorde dette arbeidet tungt.

*«Vi savner jo bestandig informasjon. Jeg måtte jo etterspørre prosjektbeskrivelse da jeg fikk beskjed om at jeg var oppnevnt som representant, hvordan det er beskrevet og oppbygd. Den dialogen fra kommunalsjef er dårlig.» (Intervju 13)*

I tillegg til denne «tregheten» og utfordringer med å forankre nye ordninger, ble også profesjonskampen mellom ulike yrkesgrupper trukket frem som forklaring.

*«Hjemmesykepleien var litt treg. Mulig det kom av profesjonskamp. At sykepleierne følte seg litt trua. Bedra seg litt, men av den grunn har det vært lunken interesse fra dem.» (Intervju 24)*

Til slutt tok helsevakta selv initiativ for å få etablert samarbeid ved å invitere seg inn på arenaer der de kunne informere og være synlige.

*«Det var utfordring å få ut nok informasjon. Mye usikkerhet. Da begynte vi med det. Var med 15 minutter på møtene. Etter det synes jeg vi er blitt en del av den gruppa. Lettere å ta kontakt. Noen ganger blir vi til og med spurt direkte om oppdrag på kvelden.» (Intervju 19)*

Også på sykehjemmene ble møtene der helsevakta inviterte seg med inn sett på som avgjørende for etablering av samarbeid.

*«Vi hadde møte med paramedics der de la fram hva de kunne hjelpe oss med. Alle var positive. De var inne på sykepleiemøter.» (Intervju 10)*

Etter et års tid virket det som om samarbeidet «løsnest». Helsevakta ble etterhvert brukt mer og mer, særlig av HBO.

Dette delprosjektet innebærer samarbeid med to forskjellige aktører. Selv om HBO og sykehjemmene ofte er i kontakt med de samme brukerne og pasientene, er de det ikke nødvendigvis til samme tid. Oppgavene helsevakta bidrar med innenfor dette delprosjektet og hvordan de er strukturert og planlagt varierer avhengig av om det er

HBO eller sykehjemmene de samarbeider med. Hvordan samarbeidet foregår har variert mellom de to helseaktørene.

*«Helt i starten var sykehjemmet først på. Litt løsrevet. Vi lette litt etter hva vi skulle gripe fatt i. Angrep det litt bredt. Sykehjemmet var første fase. Men så ble det etterhvert – for å nyttiggjøre seg kompetansen, når du har en akuttambulans på hjul så er det en annen type kompetanse som hjemmetjenesten kan ha nytte av. Det ble styrt utenom sykehjemmet en stund. Det var en annen forventning der, og en annen tilgang på personell. Det er mer folk på huset. Så ganske fort ble det mest hjemmetjenesten.» (Intervju 30)*

I dag er samarbeidet mellom helsevakta og HBO sterkere enn samarbeidet mellom helsevakta og sykehjemmene. De fleste som ble intervjuet om dette delprosjektet hadde ingen klar formening om hvorfor samarbeidet var så mye tettere med HBO enn med sykehjemmene, mens andre mente det var en naturlig konsekvens av at HBO i større grad har nytte av en mobil tjeneste dersom noe skulle oppstå når de reiser alene ut på oppdrag.

#### *4.2.2 Formelle forhold – arbeidsoppgaver og rutiner*

Ettersom helsevakta er i beredskap og plutselig kan bli kalt ut på akuttoppdrag, kan ikke helsevakta være en del av de ressursene HBO regner med i den daglige driften av sine tjenester.

*«Usikkerheten mht. om helsevaktbilen kan komme eller ikke – det er slik vi har det i jobben hele tiden. Vi vet aldri hva dagen bringer. Det er ikke krise om bilen ikke kan komme. Vi har alltid en plan B.» (Intervju 14)*

Helsevakta brukes til mange ulike oppgaver. De gjør observasjoner og målinger, som EKG og blodprøvetaking, og flere andre oppgaver som plutselig dukker opp.

*«Noe er i grenselandet mellom fastlegestøtte og hjemmebaserte tjenester. F.eks. kontroll på medisinbruker og blodprøver.» (Intervju 5)*

Helsevakta har den kompetansen som trengs til å bistå HBO med en rekke oppgaver i tillegg til å ha helsevaktbilen som har utstyr HBO ikke har når de reiser rundt til brukere. Noen av oppgavene kalles helsevakta ut til direkte, mens andre oppdrag får de forespørsel om via andre helseaktører på Røros.

*«Trygghetsalarm går til brannvakta, de kontakter HBO som evt. drar ut alene eller tilkaller helsevaktbil hvis situasjonen tilsier det. I kjente tilfeller med kjent pasient kan helsevaktbilen sendes direkte ut til pasienten. F.eks. ved hjerte- nyresvikt, diabetes, infeksjoner, sammensatte problemer etc.» (Intervju 14)*

*«Legen velger å sende oss (helsevakta) å gjøre observasjoner og målinger. Det kan sykepleierne der også gjøre, men jeg har inntrykk av at vi vet bedre hva legen vil ha av vitalia.. (...) Også HBO opplever at vi har tettere kontakt med legen, og at pasienten får raskere avgjørelse når vi er med» (Intervju 19)*

Helsevakta selv, legevakta og HBO mener at mange av brukerne får levert bedre helsetjenester nå enn de gjorde før samarbeidet med helsevakta. I tillegg til å gjøre konkrete medisinske oppgaver for HBOs brukere, blir det også trukket frem at det er en trygghet for HBO å kunne bruke helsevakta i de tilfeller der brukerne er spesielt urolige.

*«De er gode på å håndtere psykiatriske pasienter – som de «kjenner» og kan roe ned. Betryggende å ha dem i bakhånd. De kjenner dem fra før. De trer til fort og støttende. De er raskt på pletten. [...] De tilbyr seg å kunne roe ned en urolig dement pasient.» (Intervju 11)*

I tillegg er det også tilfeller der pasienter på sykehjemmene har sluppet å ta turen til legevakta for å få tatt prøver eller bli undersøkt. I noen tilfeller gjennomfører helsevakta dette selv, eller så har det også vært tilfeller der det for legevaktlegen har vært enklere å bli med helsevaktbilen ut til sykehjemmet.

*«At legen blir med oftere ut til pasienten. Alt kommer pasienten til gode. At pasienten slipper å komme ned på legekantoret for å ta blodprøver. Slipper å risikere fall.» (Intervju 19)*

Det å reise ut slik tidligere var ikke like enkelt for legevaktlegene ettersom de da måtte bruke privatbiler som ikke hadde det samme medisinske utstyret som helsevaktbilen.

Men det er også eksempel på at noen av sykepleierne er litt engstelige for at helsevakta overtar noen type oppgaver, som blodprøvetaking. Selv om det er tidsbesparende for dem, kan det føre til at de som jobber ved HBO får lite trening i visse type oppgaver, noe som kan redusere kvaliteten på noen av tjenestene HBO utfører.

*«Vi mister erfaring i å ta blodprøver. Vi tar vesentlig færre blodprøver selv etter at helsevaktbilen kom. Men veldig tidsbesparende for oss.» (Intervju 14)*

Det er ikke så mye av samarbeidet mellom HBO, sykehjemmene og helsevakta som er formalisert, men det har oppstått noen rutiner. Helsevakta deltar ikke regelmessig på de faste «rapportene» på sykehjemmene (selv om det har vært foreslått), men de forsøker å delta i «rapporten» HBO har i vaktskiftet kl. 14.00 hver hverdag dersom det ikke er noen akutte oppdrag de må delta på akkurat da.

*«Helsevaktbilen er med på rapporten. Der blir det enighet om hva som helsevaktbilen kan gjøre. Med det samme eller i løpet av noen timer f.eks.» (Intervju 12)*

Det som kan oppleves som litt problematisk er at helsevakta ikke har tilgang til journalsystemet til HBO eller sykehjemmene. Dette medfører også at de må ha hjelp fra andre når det er noe de kunne ha lagt inn fra sin kontakt med pasienter/brukere.

*«Vi har dokumentasjonssystem som ikke snakker sammen. Det er en barriere som forsinker muligheten for et godt samarbeid. Kanskje ikke begrenser, men forsinker. Helsevakta har ikke tilgang til våre systemer. Det er vi sykepleiere som har ansvar når vi ber om hjelp. Og så må det bli en situasjonsavklaring der og da.» (Intervju 13)*

Dette med at det er tungvint at de helseaktører har ulike journalsystemer finner vi igjen også i de andre delprosjektene. Som vi ser av sitatet er det sykepleierne ved HBO og sykehjem som er de som forstås som ansvarlige når helsevakta gir bistand.

*«Vi tenker ikke på juridiske problemstillinger. Vi er vant til å ta avgjørelser. Og stå for den avgjørelsen vi tar. Vi ser på dem som ambulansarbeider – de får muntlig info fra oss om pasienten. Om dette er et problem (taushetsplikt) – så har ikke vi betraktet det slik.» (Intervju 11)*

*«Hvem har det faglige ansvaret? Det har jeg aldri tenkt på. Det må være en sykepleier som fagansvarlig for pasienten. Og råd og veiledning. I drøftingen er man likestilt. Vi har aldri diskutert det.» (Intervju 10)*

Så selv om det kan være tungvint at helsevakta ikke har tilgang til journalsystemet, blir verken det juridiske med taushetsplikt mellom foretak eller det at det kun er en av aktørene som har det juridiske ansvaret for oppgavene det samarbeides om, sett på som et problem. Ønsker rundt det å formalisere samarbeidet går i større grad på å få definert hvem som kan be helsevakta om hjelp og hvilke oppgaver en har mulighet til å få hjelp med. En av legevaktlegene uttrykker det slik:

*«Helsefagarbeiderne har ikke alltid oversikt over når det skal ringes til hvem. Trenger klare retningslinjer for når helsevaktbilen skal brukes og når de skal ringe oss.» (Intervju 17)*

HBO selv sier dette:

*«Dette er individuelt avhengig av egen trygghet. Vi skulle hatt noen retningslinjer. Terskelen for å ringe kan være forskjellig. Derfor greit å ha dette i prosedyren (ring helsevaktbilen). Det er litt lavere terskel å ringe helsevaktbilen enn lege. Når vi har prata med helsevakta så er vi ikke alene om avgjørelsen om å ringe lege. Det gir trygghet og besparelse for legevakta.» (Intervju 12)*

Flere ønsker en arena eller en møteplass utover deltakelse i «rapporten» der dette kan diskuteres.

*«Arena, møteplass for å diskutere? Nei. Jeg tror vi har noe å gå på. Vi har ingen arena der vi kan drøfte det. Hvordan vi kan identifisere samarbeidet og ikke bli konkurrenter. At vi øker muligheter. Kanskje skal vi ha felles undervisning.» (Intervju 10)*

I tillegg til at de involverte helseaktørene ville opplevd større trygghet i samarbeidet, ville dette også ført til at helsetjenesten brukere og pasienter mottok ville vært lik og hatt den samme kvaliteten uavhengig av hvem som var på vakt den dagen.



#### 4.2.3 Uformelle forhold – Samhandling, kompetanse og holdninger

Samarbeidet mellom helsevakta og HBO/sykehjem har, som vi har vært inne på, bedret kommunikasjonen, ikke bare mellom disse, men også ut mot andre helseaktører.

*«Smidig det at vi er bindeledd mellom HBO og lege. De (HBO) må gjennom legevaktentralen, vi har direkte kommunikasjon med legen. Vi blir brukt litt til det, at vi har kortere linjer til legen Det er bra at terskelen er lavere å ringe til oss. At vi kan finne en god løsning sammen. Vår korte linje til legen er nøkkelen for samarbeid.» (Intervju 19)*

Ikke bare oppleves veien til legevaktlegene på Røros kortere. HBO opplever også at det er lettere for helsevakta å kommunisere direkte med St. Olavs hospital rundt noen typer undersøkelser. Blant annet gjelder dette i forbindelse med EKG-taking som kan sendes direkte fra ambulansene til klinikkene på St. Olavs hospital.

*«Ved EKG kommuniserer de direkte med St. Olav. De har andre kontakter enn oss.» (Intervju 11)*

Kompetanseheving i alle ledd i helsetjenesten på Røros er et av de overordnede målene i Rørosprosjektet. Dette er noe som skjer både formelt og uformelt, og begge veier, i delprosjekt 2.

*«Når det gjelder trening og ferdigheter er det fint med helsevaktbilen. Blodprøver, hjerte-og-lunge-redning. Der har vi lært en del. Og så har vi trent dem på kateterisering. Dette er gjensidig.» (Intervju 10)*

Helsevakta har holdt kurs i ulike temaer for HBO, og når HBO har tilbud om kurs inviterer de ofte med helsevakta. Dette er et tegn på at samarbeidet med helsevakta ikke lenger oppleves som en konkurranse, men som et samarbeid der begge parter skal ha utbytte.

*«Når vi har eksterne kurs her, inviterer jeg dem hit. Da kommer de. Tilbudet ligger der og så benytter de seg av det hvis de har behov for det.» (Intervju 13)*

I tillegg til ren opplæring er det å være med hverandre når ulike oppdrag utføres også en måte å lære av hverandre og en arena for kompetanseoverføring.

*«Samtale med helsevakta ute hos bruker er fagutvikling for meg. Får være med på undersøkelser, se på EKG, kan spørre om hva ting betyr, osv. Dette er lærerikt. Vi får høyere kompetanse. Lærer de noe av oss? De har jo vært med på kateterisering.» (Intervju 14)*

Som vi var inne på innledningsvis i dette delkapittelet, tok det litt tid før samarbeidet med HBO «løsnet». Dette ble blant annet forklart med holdninger HBO hadde mot helsevakta. Noe av dette gikk som sagt ut på at sykepleierne var engstelige for at de skulle bli fratatt interessante oppgaver.

*«Vi var veldig opptatt av at de ikke skulle ta bort en del sykepleieoppgaver. Det var vi opptatt av. Det er allerede vanskelig å rekruttere sykepleiere, og det vil bli verre hvis vi blir fratatt de artige oppgavene.» (Intervju 10)*

Så lenge denne skepsisen vedvarte var det ikke lett å få til et godt samarbeid. Det løste seg imidlertid ved hjelp av oppklaring og informasjon, og ikke minst på grunn av at de som jobbet som helsevakt selv var avvæpnende i situasjoner der dette kunne misforstås.

Men noe av skepsisen mot helsevakta var også farget av holdninger som tidligere rådet mot ambulansesarbeidere generelt. Fra gammelt av var det noen fra HBO og sykehjemmene som hadde negative erfaringer med ambulansesarbeidere.

*«Før var det gjerne menn som bemannet bilene. De var bedrevitere. Da ble det ofte en taus konflikt. Det har vært noe som har vært med helsevesenet bestandig.» (Intervju 13)*

I tillegg er det også en oppfatning blant de som jobber på HBO og sykehjemmene om at det kun er de som er utdannet sykepleiere på helsevaktbilen som kan brukes, og at de andre som er utdannet paramedics ikke har en kompetanse som er like nyttig.

*«Hvis den på bilen er sykepleier – så vet vi hva den kan brukes til. Vi kjenner ikke helsevakta sin turnus, så vi vet ikke når vi kan bruke helsevakta og ikke. Vi burde visst når de hadde sykepleiere på jobb sånn at vi visste når de kan brukes.» (Intervju 14)*

Helsevakta har opplevd at disse holdningene mot dem har ført til at det skilles mellom de på helsevakta som er utdannet sykepleiere og de som er utdannet paramedic.

*«Vi fikk opplæring fra hjemmebasert [HBO]. Fagdag CVK – kateter. Der ble kun sykepleiere invitert. Der var det diskutert – skaper det en konflikt innad i gruppa. Skal vi si ja takk?» (Intervju 19)*

Dette kan føre til et skille i gruppa som helsevakta selv ikke ønsker skal være der. Ifølge dem er det ikke noe i hinder for at de med paramedics-bakgrunn kan gjøre nøyaktig det samme som de med sykepleier-bakgrunn.

*«To av oss er sykepleiere. Og så er det det å vite hvor langt vi kan utføre tjenester. Noen sier at det kun er sykepleiere som kan gjøre det. Men vi er ikke så opptatt av det. Hvem som helst kan egentlig gjøre det, som vi ser det, bare vi får opplæring på det. Det er knyttet til profesjonskulturen. Det er mye som er nedfelt i hodene på folk om hva som skal være arbeidsoppgaver til ulike profesjoner.» (Intervju 19)*

#### **4.2.4 Oppsummering - Gevinster og behov fremover**

Det som trekkes frem når det blir spurt om hva som er suksessfaktor for dette delprosjektet, er de holdningene de som arbeider på helsevaktbilen har møtt aktørene i HBO og sykehjemmene med, og spesielt gjelder det sykepleierne som bemanner bilen.

Det blir trukket frem en rekke gevinster med å få fått med helsevakta på laget, blant annet det at helsevakta er en ekstra ressurs og at kan bøte på sykepleiermangelen. Men det har også kommet frem flere sider ved samarbeidet som mer direkte fører til bedre helsetjenester for brukere/pasienter. Helsevakta kan bidra til å forhindre unødige innleggelse av brukere av HBO og at det kan settes i gang behandling av pasienten tidligere i og med at helsevakta og helsevaktbilen er på stedet.

Når HBO og sykehjemmene blir spurt om videre ønsker for samarbeidet, er det flere som nevner at de skulle ønske helsevaktbilen kun var bemannet med sykepleiere (av grunner vi har nevnt tidligere). I tillegg mener nesten alle at helsevakta burde være tilgjengelig også på natt og i helg, og i større grad mellom kl. 20.00-22.00, som er det tidsrommet legevaktlegene i størst grad benytter dem. Med tanke på å utnytte potensialet i samarbeidet ytterligere ble det også sagt at de i enda større grad enn i dag burde bruke dem til kompetansehevende tiltak. Helsevakta er positive til å dele av sin kunnskap og erfaring, og blant annet denne rausheten har ført til at samarbeidet i dette delprosjektet er noe en ønsker å videreføre i enda større omfang i fremtiden.

### 4.3 Delprosjekt 3 – Individuelle pasientforløp og planer

Dette delprosjektet omfatter oppgaver som helsevakta utfører i samarbeid med psykiaritjenesten og kreftkoordinator i kommunen. Tjenestene helsevakta bidrar med inn i dette delprosjektet kommer i tillegg til de ordinære tilbudene kommunen har, og skal bidra til bedre tjenester og økt kvalitet for pasienter og brukere som lett «faller mellom to stoler». Blant oppgavene helsevakta utfører innenfor dette delprosjektet er oppfølging og hjemmebesøk hos kreftpasienter samt hjemmebesøk hos rus- og psykiatrispasienter.

For den kommunale helsetjenesten er helsevakta nå blitt en ekstraressurs som blir tatt med i beregningen ved planleggingen av oppfølging av kreftpasienter, rus- og psykiatrispasienter. Som for andre pasienter (som blir fulgt opp i delprosjekt 1 og 2) med kjent problematikk kan helsevakta utføre prøver og kontroller i hjemmet, og pasientene kan da slippe å bli hentet med drosje og kjørt til legekantoret. Dette fører til mindre belastning både på pasienten og på helsevesenet. I tillegg sparer kommunen kostnader ved bruk av drosje.

Dette delprosjektet innebærer samarbeid med to forskjellige aktører. Ettersom samarbeidet rundt kreftpasienter mindre omfattende å organisere enn samarbeidet

med psykiatritjenesten. Samarbeidet med kreftkoordinator i dette delkapittelet vil derfor bli gitt mindre plass enn samarbeidet med psykiatritjenesten.

#### 4.3.1 Formell organisering av samarbeid

##### *Samarbeid med kreftkoordinator - Hjemmebesøk*

Det er vanlig at kreftpasienter som er til behandling i spesialisthelsetjenesten er hjemme i perioden mellom behandlingene såfremt de er i stand til det. I denne perioden blir de fulgt opp av fastlege og kreftkoordinator. Helsevakta bidrar i denne oppfølgingen og kan bl.a. ta ulike prøver etter avtale med fastlegen.

*«Fastlegene får beskjeder fra spesialisthelsetjenesten som avtales med koordinator. De avtaler at helsevakta kan gjøre ting. Dette fungerer greit. Kan avtale med legen om prøver som skal tas.» (Intervju 16)*

Det er fastlegene i samarbeid med de involverte helsetjenestene som sammen vurderer hvilke pasienter/brukere som kan ha nytte av ekstraoppfølging av helsevakta. Dette virker å fungere godt. I tillegg har helsevakta bidratt til oppfølging av kreftpasienter ved å ringe for å høre hvordan det går og om det er noe de lurer på.

Det at helsevakta brukes til oppfølging og veiledning av kreftpasienter støtter opp under kreftkoordinators arbeid i kommunen. Denne oppfølgingen ser ut til å skape trygghet hos pasienten, både med tanke på sykdommen i seg selv, men trygger også pasienten i hjemmet.

*«Helsevaktbilen kan dra ut – skaper trygghet hos pasienten - det hjelper meg. Viktig med info til brukerne om hvem som skal kontaktes i ulike situasjoner. Veilede og forklare. En veldig viktig jobb. Betygge dem i hjemmet. Fastlegen kan delegerer ut til helsevakta for å avklare hva vi kan gjøre videre.» (Intervju 16)*

En av fastlegene uttrykker at kreftpasientene synes at det er helt greit at helsevakta følger opp på denne måten, og at det gir økt trygghet og dermed bedre livskvalitet i en vanskelig situasjon.

*«Kreftpasientene synes det er greit at helsevakta tar en telefon i tilfelle det er noe de lurer på. Det har med livskvaliteten å gjøre.» (Intervju 28)*

Det er ikke mulig for kreftkoordinatoren å sette opp helt faste tidspunkt for samarbeid med helsevakta langt frem i tid, men det er forsøkt å strukturere oppgavene noe i forhold til de behandlingsplanene som gjelder for den enkelte kreftpasient.

*«Har brukt helsevakta for tilsynsbesøk ved behov i mellomperioder. De har tatt prøver som skal tas forut for behandling. Det har de bidratt til veldig mye.» (Intervju 16)*

Tilsvarende planlegging for samarbeid med psykiatritjenesten er vanskelig siden der er behovene mer uforutsette.

### *Samarbeid med psykiatritjenesten - Helsevakta sine oppgaver*

En del av samarbeid mellom helsevakta og psykiatritjenesten handler om oppfølging av pasienter etter kl. 16.00. Ved behov drar helsevakta ut og besøker aktuelle pasienter i hjemmet og hjelper til med å vurdere pasienten.

*«Når det gjelder rus og psykiatripasientene våre – der blir de brukt etter kl. 1600. Hvis vi lurer på om de er i god form eller ustabile, da blir en del av besøket til helsevakta å vurdere det.» (Intervju 28)*

For å kunne gjøre gode vurderinger er det fordel å være litt kjent med pasientene. For å bygge relasjoner til innbyggere i Røros som sliter med rus- og psykiatriproblemer hendte det at helsevakta i oppstarten av dette delprosjektet deltok på frokostene som Frelsesarmeen arrangerte.

Øvrig samarbeid mellom psykiatritjenesten og helsevakta har gått noe i rykk og napp, men helsevakta gir en viktig merverdi innenfor denne tjenesten. En psykiatrisk sykepleier forteller dette:

*«Det er folk vi ikke går hjem til, men det kan vi hvis helsevakta blir med. Det har de vært også. Da har vi enten planlagt på forhånd, eller ringt der og da hvis det har vært mer uforutsigbare henvendelser. Hvis det er folk som har vært i aktiv rus har vi brukt dem. Da måtte vi være to, og det har vi ikke bestandig hatt ressurser til.» (Intervju 27)*

Med utagerende pasienter eller ruspasienter i aktiv rus vil psykiatritjenesten vanligvis ikke besøke de hjemme uten å dra ut to sammen. Ettersom det ikke alltid er ressurser til dette, ville disse besøkene blitt utsatt eller ikke funnet sted dersom ikke helsevakta hadde blitt med ut.

Helsevakta kan gjennom disse besøkene etablere en relasjon til denne gruppen pasienter/brukere, og ettersom helsevakta også jobber på ambulansen kan dette være til stor fordel i situasjoner ved problematiske innleggelse.

*«Vi har et stort rusmiljø på Røros, og både innenfor psykiatri og rus kan det være en del problematiske innleggelse. Men hvis de har en forbindelse allerede, i «fredstid», kan innleggelse gjøres på en lettere måte fordi de kjenner hverandre.» (Intervju 10)*

Som vi ser gjør det at pasienten og ambulanspersonellet kjenner hverandre fra tidligere gjør situasjonen mindre krevende.

I situasjoner hvor kommunen har pasienter som er underlagt tvangsmedisinering ønsker psykiatritjenesten helst ikke å være med i medisineringsen for ikke å belaste relasjonen mellom behandler og pasienten.

*«[...] og da har ikke vi ønsket å være med å gjennomføre medisineringsen pga. relasjonene våre. Da har helsevakta gjort det for oss.» (Intervju 27)*

Det er da en stor fordel at helsevakta kan dra ut og gjennomføre slik medisinerings. Slike besøk har noen ganger måttet utsettes fordi helsevakta har hatt andre oppdrag men det har til nå ikke ført til noen problemer.

### *Samarbeid med psykiatritjenesten – organisering av samarbeid*

Tjenester til pasienter innenfor rus og psykiatri er underlagt *lov om spesialisthelsetjenesten* og *lov om psykisk helsevern*. Dette innebærer samarbeid mellom helseaktører på ulike forvaltningsnivå. Samhandling og koordinering mellom forvaltningsnivå kan by på utfordringer med tanke på taushetsplikt, innsyn i journaler og adgang til å rapportere i hverandres systemer. Samarbeidet mellom psykiatritjenesten og helsevakta på Røros er et eksempel på det. Dette kan oppleves frustrerende.

*«Alle er jo forpliktet til å gi pasienten best mulig helsehjelp. Og da må man jo kunne samarbeide. Det står jo at man må samarbeide til pasientens beste. Det må være mulig å løse.» (Intervju 27)*

Ifølge psykiatritjenesten i kommunen er det lurt å ha tydelige avtaler og prosedyrer for dette samarbeidet uten at disse blir unødig byråkratiske. I tilfeller der det ikke finnes formelle prosedyrer finner aktørene frem til retningslinjer for hvordan man skal forholde seg i ulike situasjoner.

*«Det er lurt å ha noen tydelige samarbeidsavtaler og prosedyrer på det. I hvert fall retningslinjer på hvordan man skal forholde seg. Det må ikke bli så byråkratisk at det er umulig å forholde seg til.» (Intervju 27)*

I Røros kommune har de etterhvert fått en måte å samarbeide på som løser mange av disse utfordringene. Det å informere og få klarsignal fra pasienten/brukeren om at det er greit at også helsevakta blir involvert, er en metode som benyttes.

*«Men mye løser seg så lenge vi har samtykke fra pasienten. Da må den få nok informasjon der det er mulig.» (Intervju 27)*

Med samtykke fra pasienten kan helsevakta i de fleste tilfeller utføre sine oppgaver på en grei måte. De pasientene som kan være aktuelle for besøk fra helsevakta blir informert om det på forhånd og spurt om det er ok. Helsevakta på sin side får informasjon om hva de må være oppmerksomme på ved slike hjemmebesøk knyttet til rus og psykiatri.

Men det kan også oppstå situasjoner med syke personer uten innsikt i egne behov og som motsetter seg hjelp fra primærhelsetjenesten så vel som fra helsevakta.

*«Det er situasjoner der vi har kontakt med alvorlig psykisk syke personer uten sykdomsinnsikt, og de vil ikke ha hjelp. Der kan man ikke spørre om tillatelse. Da er det vanskelig. Der har vi jo bare måtte handle.» (Intervju 27)*

Etter vurdering fra fastlege drar psykiatritjenesten og helsevakta sammen ut til disse pasientene, og er situasjonen akutt må helsevakta bare handle slik situasjonen krever og bestille ambulanse for å ta med pasienten om nødvendig.

Det nevnes at det har vært områder der samarbeidet ikke har kommet ordentlig i gang og at samarbeidet med kommunepsykolog ikke er på plass. Dessuten har noe samarbeid som var der i begynnelsen blitt svekket.

*«Spesielt fokus på ruspasienter. Det rant bort. Jeg vet ikke hva årsaken var. Om de ikke var nok på i kommunen Det tok litt tid før vi lærte oss å bruke helsevakta. Det tar litt tid å bruke tjenester etter intensjonene.» (Intervju 27)*

Det tar tid å innarbeide nye rutiner i en organisasjon, og samarbeidet mellom psykiatritjenesten og helsevakta har utviklet seg i løpet av prosjektperioden. Noen oppgaver som de startet med har det blitt mindre av, mens andre har det blitt mere av, og nye oppgaver har kommet til. Medarbeiderne er blitt oppfordret til å ringe helsevakta når det er situasjoner hvor de kan bidra, og det gjør de. Bortsett fra planlagt tvangsmedisinering, som psykiatritjenesten er takknemlige for å få hjelp til, er det til nå ikke etablert noen bestemte oppgaver som det samarbeides om. Spesielt innenfor psykiatri og rus kan det oppstå uforutsette situasjoner der samarbeid med helsevakta vil styrke tjenesten, så sånn sett er det naturlig at ikke alt samarbeidet er lagt inn i rutinene. En av de som arbeider på helsevaktbilen forteller:

*«Innenfor rus og psykiatri ønsket de ikke noe fast, men ville helst gjerne ringe oss når behovet var der.» (Intervju 19)*

#### *Samarbeid med psykiatritjenesten – Koordinering og informasjonsdeling*

Det å koordinere samarbeidet mellom helsevakta og psykiatritjenesten kan være utfordrende ettersom det ikke er lagt opp til formelle møter mellom helsevakta og psykiatritjenesten. Det har vært gjort forsøk på dette, men det har vært problematisk å gjennomføre pga. psykiatritjenestens taushetsplikt.

*«Pr dato har vi ingen formelle møter. Det har vi ikke. Det hadde sikkert vært lurt å ha noen møtepunkt. Vi prøvde jo at de kunne være med oss i et kvarter på fagmøte, men da kom vi litt i konflikt med taushetsplikten. Det faste møtepunkt med tanke på enkeltbrukere, det er vanskelig. Men faste møter om generelt samarbeid kan være lurt.» (Intervju 27)*

Som vi ser mener psykiatritjenesten at det hadde det vært fornuftig med noen faste møtepunkter for å kunne diskutere generelt om hvordan samarbeidet skal foregå. Men det er ikke bare det å dele informasjon om brukere i forkant som kan være problematisk. Det å rapportere i etterkant av møter helsevakta har gjort med psykiatritjenestens brukere har også krevd alternative løsninger ettersom helsevakta ikke har tilgang til kommunens systemer for dokumentasjon.

*«Men det er viktig. Hvis de har et oppdrag på kveldstid, så skulle vi gjerne hatt et lite notat på hvordan det gikk. Vi har funnet løsninger etterhvert med at de har kunnet gå inn og sende e-link-melding gjennom legevakta sitt system. Vi ønsker et bedre system på det.» (Intervju 27)*

Dette er en utfordring vi også har sett i andre delprosjekter. De fleste aktørene setter imidlertid sin lit til at dette vil løse seg så snart Helseplattformen er satt i drift.

#### *4.3.2 Uformelle dimensjoner – Holdninger og arbeidsprosesser*

Uformelle faktorer som har med holdninger, kompetanse, uformelle nettverk og den faktiske utførelsen av arbeidet (som ikke står beskrevet i de formelle retningslinjene) er vel så avgjørende for det faktiske resultatet som formelle retningslinjer.

De som jobber på helsevaktbilen har forskjellige syn på hvilke oppgaver de føler de behersker og synes er spennende, og hvilke de føler er på siden av deres kompetanseområde. Det kan se ut som om ambulansesarbeiderne selv synes de oppgavene de har innenfor dette delprosjektet er av de mer interessante oppgavene. Dette kan ha sammenheng med at bakgrunnen til en ambulansesarbeider er behandling, spesielt i akutte situasjoner.

Men holdninger som helsevakta blir møtt med kan også påvirke hvordan delprosjektet fungerer. I begynnelsen var det noen pasienter som ikke var komfortable med hjemmebesøk av helsevakta i uniform, mens andre syntes det var greit.

*«Det var noen som ikke var komfortable med oss i uniform og legevaktbil, mens andre syntes det var greit [...] Når vi har gått i rødt har det vært akutte situasjoner. Når vi har gått i grønt har vi møtt dem i andre situasjoner, daglige vedlikeholdstjenesten.» (Intervju 16)*

Ambulansesarbeiderne bruker grønn uniform når de kjører helsevaktbil, mens de har rød uniform når de kjører ambulanse. Det at de har ulik uniform ser ut til å ha en effekt. Når pasienter og brukere har vent seg til og skjønt at de har en ulik rolle avhengig av hvilken farge de har på uniformen, har de blitt tryggere på helsevakta.

Det er ikke bare holdninger fra pasienter som kan være med å påvirke hvordan delprosjektet fungerer, men også holdninger fra andre helsearbeidere innenfor feltet. I motsetning til sykepleiere ved sykehjemmene, hvor det i begynnelsen var noe uro for at helsevakta skulle ta over oppgaver som sykepleierne ikke ville miste, hadde ikke psykiatriske sykepleiere i dette delprosjektet tilsvarende bekymring.

*«Vi er avhengige av den spesielle kompetansen vi har innenfor rus, så vi er ikke skeptiske til å få noen hjelp her.» (Intervju 27)*

Etterhvert som pasienter har blitt vant med å se og møte helsevakta oppleves det som trygt å ha dem der. Det samme gjelder annet helsepersonell, spesielt innenfor rus og



psykiatrifeltet. For det første utgjør det en trygghet for dem å ha med seg helsevakta på oppdrag til rusa og utagerende brukere, og for det andre oppleves det også som en trygghet og kvalitetssjekk at helsevakta er der og kan diskutere med dem når det skal tas faglige beslutninger. En psykiatrisk sykepleier uttrykker det på denne måten:

*«Vi har brukt helsevakta til å gjøre helsefaglige vurderinger. Det har vært et viktig samspill. Det har vært flere ganger personell fra helsevakta har vært med på hjemmebesøk til de som har vært i aktiv rus der vi har måttet gjøre avgjørelser om de må innlegges eller om det er forsvarlig å gå bort fra dem. Det har vært veldig betryggende å ha dem (helsevakta) der. Det kan erstatte den telefonen til legevakta» (Intervju 27)*

Det er interessant å se hvilke grep som tas for å kunne være best mulig rustet til å gjennomføre de oppgavene som er beskrevet. Frelsesarmeen på Røros serverer frokost til personer som sliter med rus og psykiatri. Helsevakta har deltatt på disse frokostene for å bli litt kjent med de som benytter tilbudet.

*«Ambulansepersonell [helsevakta] har vært med på frokost som Frelsesarmeen på Røros har for personer innen rus og psykiatri.» (Intervju 4)*

Dette var en ny arena for ambulansearbeiderne, og grunnen til at de oppsøkte denne var for å skape gode og trygge relasjoner som i neste runde ville gjøre pasientene/brukerne trygge på dem.

*«Det er en del gjengangere. Det er en fordel for oss å se at vi blir kjent med flere pasienter som er hyppige brukere av helsetjenester. Da er det enklere å gjøre gode vurderinger.» (Intervju 19)*

Det at helsevakta er litt kjent med rus og psykiatripasientene fra før er til stor hjelp når det ved en senere anledning kan være aktuelt med hjemmebesøk. Dette er da et eksempel på at det utvikles uformelle arbeidsprosesser for å bedre kvaliteten og ressursbruken i de formelle arbeidsoppgavene.

#### *4.3.3 Oppsummering – optimalisering av samarbeid?*

Helsevakta utgjør en ressurs som den kommunale helsetjenesten kan benytte ved oppfølging av spesielle pasientgrupper. De kan bistå med observasjon og prøvetaking i hjemmet til pasienten og dermed avlaste helsetjenesten samt redusere behovet for transport av pasient til legekontor. I tillegg støtter de helsetjenestene i deres arbeid og i flere tilfeller gjør at tjenestene blir kvalitativt bedre for pasientene og at tjenestene som helhet styrkes. Helsevakta er etterhvert blitt tatt med i betraktningen når de nevnte helsetjenestene skal planlegge sitt arbeid. Dette fører i neste runde til mer smidige overganger mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten.

Hittil har oppgavene hovedsakelig vært oppfølging av kreftpasienter i samarbeid med kreftkoordinator og fastlege samt hjemmebesøk hos rus- og psykiatripasienter i

samarbeid med psykiatritjenesten. Ifølge psykiatritjenesten har de som har brukt helsevakta vært fornøyde, og de sier at samarbeidet har vært både positivt og nyttig. I løpet av prosjektet har samarbeidet økt og det sies at «folk er nå flinkere til å bruke dem». Det at helsevakta kan være med på hjemmebesøk for å ta prøver, dra ut og foreta tvangsmedisinering samt at de i tillegg kan stikke innom en pasient på kveldstid har blitt et verdifullt supplement til psykiatritjenesten i kommunen.

Også kreftomsorgen bekrefter at helsevakta er nyttig og viktig for tjenesten. Helsevakta drar ut til pasientene, veileder og forklarer. På den måten skaper de trygghet hos de som er hjemme. Kreftpasientene synes også det er greit at helsevakta tar en telefon med jevne mellomrom for å høre om det er noe de lurte på. Ifølge en fastlege bidrar dette til å øke livskvaliteten.

#### 4.4 Delprosjekt 4 - Forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk er et tilbud om råd og veiledning til innbyggere over 75 år som har mulighet til å være selvhjulpne og bo hjemme i mange år. Dette er eldre som ikke har tjenester, eller som har begrensede tjenester fra kommunen. Helsedirektoratet har på bakgrunn av et treårig utviklingsprogram (2010-2013) utviklet veiledningsmaterieell kommunene kan benytte i gjennomføringen av hjemmebesøkene. I Røros ligger denne oppgaven til kommunens ergoterapeut, men kapasiteten har ikke vært tilstrekkelig i kommunen til å få gjennomført det. Samarbeidet er satt ut i livet som et eget delprosjekt og handler om at helsevakta samarbeider med kommunens ergoterapeut om å gjennomføre hjemmebesøk til alle av kommunens innbyggere over 75 år som ønsker det. Disse hjemmebesøkene ville ikke vært mulig å gjennomføre uten at helsevakta hadde bidratt. Sett utenfra ville det være praktisk at helsevakta foretok slike hjemmebesøk siden de kunne gjøre det innimellom andre oppgaver når de har ledig tid.

##### 4.4.1 Struktur og formell organisering

Det konkrete samarbeidet om forebyggende hjemmebesøk er forholdsvis løst organisert. Samarbeidet startet med en uformell kontakt mellom ergoterapitjenesten og leder for de som bemannet helsevaktbilen på Røros. Responsen fra ambulansetjenesten var positiv og arbeidet med å konkretisere hva samarbeidet handlet om startet.

*«Det kom ide om forebyggende hjemmebesøk. Jeg fikk oppgaven men måtte ha hjelp. Forslag fra kommunesjef: Snakk med helsevaktbilen. Tok kontakt med leder for helsevakta (som da var igangsatt). Det var en uformell kontakt. De sa ja til å bli med. Begynte å organisere dette, hva gikk det ut på, hva kunne de bidra med. Sa ja til å være med.» (Intervju 16)*

Det er ergoterapitjenesten som har det formelle ansvaret i kommunen for forebyggende hjemmebesøk. De oppgavene helsevakta utfører er konkretisert og koordinert av ergoterapitjenesten, og de fordeler oppgavene mellom helsevakta og ergoterapitjenesten. Helsevaktbilen kommer innom og henter mapper og lister for deretter å dra ut til de enkelte brukerne på egen hånd. Kommuneergoterapeuten forteller:

*«Fant ut av det [samarbeidet]. Laget lister og fordelte hvem som skulle besøke hvem [...]. Vi reiser ut en-og-en. Helsevaktbilen har tatt tre fjerdedeler og jeg en fjerdedel. Jeg har plukket ut de som passer best for meg. [...] De og jeg jobber i hvert vårt tempo. Mål er tre besøk i uka – men dette varierer.» (Intervju 16)*

De rapporteringssystemene kommunen benytter er ikke integrert eller samkjørt med de systemene helsevakta benytter. Dette medfører ekstraarbeid. I påvente av helseplattformen brukes det hovedsakelig mobiltelefon og nettbrett. Helsevakta registrerer på papir etter hvert hjemmebesøk og dette må skannes i ettertid for å kunne lagres i kommunenes journalsystemer.

*«Vi skriver rett inn i Geric, mens helsevaktbilen skriver dette på et papir. Noen skriver mye, og det er noen som skriver lite. Da må jeg registrere deres pasienter, tildele dem tjenesten, skanne papiret, legge inn i systemet. [...] Det hadde vært fint med en digital plattform. Ulike systemer medfører ekstraarbeid. Blir forhåpentligvis bedre» (Intervju 16)*

Som vi ser av sitatet gjør det at helsevakta og kommunens ergoterapeut er knyttet til ulike forvaltningsnivå at rapporteringssystemene de forholder seg til ikke er kompatible, og dette fører til at rapporteringen blir mer tungvint for alle involverte.

Selv om kommunen synes at det helsevakta gjør for dem med tanke på de forebyggende hjemmebesøkene er veldig nyttig, er de også klar over at dette rent juridisk er noe de selv skulle ha gjort.

*«Om det er riktig at det er helsevakta som gjør dette sånn rent juridisk? Nei. Men ut fra samfunnsøkonomi, så mener jeg at en skal utnytte seg av de ressursene som finnes lokalt.» (Intervju 30)*

Som vi ser er forebyggende hjemmebesøk et eksempel på at ressurser som tilhører ulike forvaltningsnivå blir brukt på tvers for at en totalt sett skal få nyttiggjort seg best mulig av de tjenestene og ressursene som finnes lokalt. Samtidig kan dette, dersom det oppstår uenigheter eller hvis det er tilfeller der aktørene er uenige om hvem som må stå ansvarlig for hva, kunne føre til juridiske og økonomiske uklarheter.

#### 4.4.2 Holdninger/verdier/kompetanse

Ambulansearbeidere arbeider vanligvis med pasienter som allerede er skadet eller syke på et eller annet vis. Det ble nevnt av flere at de som er utdannet sykepleiere på

helsevaktbilen er mer komfortable med hjemmebesøkene enn de som er har en ren paramedic-utdannelse.

*«Sykepleierne som betjener helsevaktbilen er mer komfortable med forebyggende hjemmebesøk enn de rene paramedic. De andre har ikke samme kompetanse.» (Intervju 29)*

Det ble derfor gjennomført en dag med undervisning slik at alle skulle få innblikk i hva hjemmebesøk innebærer, hva de skal se etter og hvordan de skal opptre.

*«Vi hadde noen øvelser med dem - instruerte litt mht. aktivitet. (for paramedic). De har meldt tilbake at det er litt omfangsrikt og vanskelig å ha oversikt over alt. Kunne kanskje trengt å få litt påfyll.» (Intervju 20)*

En dag med undervisning er ikke nok til å gi trygghet i jobben. Etter å ha jobbet med forebyggende hjemmebesøk en periode opplever flere av de som bemanner helsevaktbilen fortsatt at de er «på tynn is» og at de er ukomfortable med oppgaven. De er også usikre på nytteverdien av den jobben de gjør.

*«Det er den oppgaven [den delen av Rørosprosjektet] der jeg er på tynnest is. Det er noe med å diskutere hus og kosthold og sosialt og trening, der er jeg utenfor komfortsonen. Pluss at vi har lyst til å holde på med noe annet. Og så lurer vi litt på nytten av det.» (Intervju 19)*

Samtidig er de som får besøk fornøyde og helsevakta opplever at det å være synlig i lokalmiljøet skaper en trygghet for befolkningen.

*«Det å vises, det skaper en trygghet. Når folk blir opplyst om hva vi driver med. Nyttverdien for oss er at de ser den gule bilen og at det begynner å bli et mer vanlig bilde i lokalsamfunnet. At det ikke nødvendigvis er at det er akutt når vi er der. Og så ser folk at vi er i distriktet og ikke stikker av til Trondheim.» (Intervju 19)*

#### 4.4.3 Interaksjoner/arbeidsprosesser/ledelse

Den første konkrete oppgaven til helsevakta handlet om besøk til beboere i kommunale boliger. Disse beboerne ble valgt fordi de utgjør en utsatt gruppe og boligene er ofte dårlige. I neste omgang ble det hjemmebesøk til eldre over 75 år. Etterhvert har det blitt mer oppmerksomhet på fallforebygging enn på brann. En informant sier at med disse besøkene får spesialisthelsetjenesten (gjennom helsevakta) et unikt innblikk i bosituasjonen til denne gruppen innbyggere som de ellers ikke ville hatt. Kommuneadministrasjonen mener at denne kunnskapen vil komme til nytte ved en eventuell akutt situasjon og utrykning på et senere tidspunkt.

*«Dette gir et unikt innblikk i hjemmesituasjon for spesialisthelsetjenesten og vi når gjennom dette ut til flere enn om ergoterapeut skulle ha gjort det alene.» (Intervju 9)*

Hensikten med forebyggende hjemmebesøk er å få folk til å bli oppmerksomme på det de selv kan gjøre for å få bedre funksjon, og dermed hindre fall og andre uheldige

helsekonsekvenser av f.eks. stillesitting og dårlig kosthold. Det omfatter også å gjøre denne gruppen oppmerksomme på det de kan gjøre med fysisk innredning for å redusere risiko for fall. I tillegg omfatter det å redusere risiko for brann samt sikre rømningsveier i tilfelle brann. Et grunnleggende prinsipp er at det er brukerne selv som skal ordne opp i ting. Det forebyggende besøket handler om informering og rådgivning.

*«De forebyggende hjemmebesøkene går ut på å få folk til å ta i bruk egne ressurser. Hva kan de selv gjøre for å oppnå bedre funksjon. Mat, kosthold, boligting – gelender, dørbredder. Mest informering og rådgivning. Men ikke vanlig å gå inn og hjelpe. De ordner vanligvis selv.» (Intervju 16)*

Ordningen med at helsevakta bidro inn mot forebyggende hjemmebesøk var et forsøksprosjekt som i utgangspunktet skulle vare et år, men det har fortsatt. For ergoterapitjenesten i kommunen har det ikke vært mulig å gjennomføre disse hjemmebesøkene uten at helsevakta hadde bidratt. Kommuneergoterapeuten sier:

*«Vi skulle prøve dette et år først, men har fortsatt. Helsevaktbilen er en meget god ressurs ved hjemmebesøk, og det hadde ikke vært mulig å gjennomføre hjemmebesøkene uten støtte. Alternativet til helsevaktbilen hadde vært noen fra hjemmebasert omsorg.» (Intervju 16)*

Også innbyggerne – de som får disse hjemmebesøkene har gjennom en evaluering kommunen har gjennomført gitt uttrykk for at de er godt fornøyde med hvordan helsevakta har gjennomført disse hjemmebesøkene.

*«De fleste meldte at de var veldig fornøyde, både med besøk og mappe [informasjonsmaterieill som blir utlevert under hjemmebesøket]. Vi så ikke noe forskjell på svarene avhengig av om besøket ble gjennomført av helsevaktbil eller ergoterapeut. Flere meldte at de hadde tatt i råd som har vært gitt.» (Intervju 16)*

Helsevaktbilen er i beredskap når de er på hjemmebesøk, og de må kunne rykke ut på akutte oppdrag om det blir nødvendig. Dette blir beboerne orientert om idet helsevakta ankommer og de er forberedt på at besøket kan bli avbrutt. Slike avbrudd er ugunstig, og det har skjedd noen ganger. Men så langt har ikke dette medført noe problem.

*«Utfordring kan være hvis akutt alarm hvis besøk ute i distriktet. Men helsevakta informerer om dette ved møte – at de kanskje må kunne dra raskt. Har skjedd noen ganger. Har stort sett gått bra.» (Intervju 16)*

#### 4.4.4 Oppsummering - En oppgave for helsevakta?

Fra St. Olavs hospital sin side har intensjonen med Rørosprosjektet vært å inkludere kommunale oppgaver som det tidligere var vanskelig å få gjennomført og vurdere om disse kanskje kunne utføres av helsevakta - Såkalt «fylling av gap». I tillegg har det vært viktig at oppgavene som utføres skal gjøre at helsevakta blir kjent med fremtidige

potensielle pasienter for mer akutte oppdrag. Det viktige har vært at oppgavene skal tjene innbyggerne i Røros kommune og at de som jobber på helsevaktbilen ser verdien av dette med tanke på egen kompetanse.

*«Det var oppgaver det var naturlig å kikke nærmere på og teste ut om det var mulig å få til. Hva man ender opp med er ikke så viktig. Det som er viktig er å få utnyttet ressursen til noe som er fornuftig og formålstjenlig for innbyggerne på Røros, og at de som jobber på bilen synes dette er relevant for å øke sin kompetanse. For å opprettholde kompetansen.» (Intervju 7)*

Dette delprosjektet er nok det helsevakta selv er minst fornøyd med for egen del. De betrakter disse forebyggende hjemmebesøkene mer som en *tjeneste* overfor kommunen enn noe som er nyttig og viktig at helsevakta gjør, og de mener det er mer hensiktsmessig at de som arbeider innen hjemmebasert omsorg hjelper kommuneergoterapeuten med disse hjemmebesøkene.

*«Når det gjelder forebyggende hjemmebesøk er vi med for å ha den praktiske gjennomføringen. Men så føler jeg at det er goodwill fra vår side opp mot kommunen at vi hjelper dem med det. Vi har jo spurt ergoterapeuten om hun heller kan bruke hjemmebasert omsorg. HBO kunne tatt et besøk hver dag, og etter en måned er de ferdige. [...] Hva er argumentene for at vi ikke skal drive med det? Vi får tilbakemelding fra kommunen om at de er så fornøyd. Men det er litt utafør det vi er til for.» (Intervju 19)*

For de som bemanner helsevaktbilen er det uvant å dra hjem til folk og bare snakke uten at det er noen akutte hendelser. De er løsningsorienterte og vant til å håndtere akutte situasjoner, og det å informere og være rådgiver er en fremmed rolle. Dette er også noe kommuneergoterapeuten har fanget opp

*«Dette har vært litt både og for ambulansefolkene. Dette har ikke vært ønskeoppgavene. [...] Helsevaktbilen har etterlyst mer informasjon. De er ikke helt tilfreds med bare å snakke med folk. Snakke om ting som er litt ukjent. Det er uvant for dem å jobbe med «hendene på ryggen». Enklere for sykepleiere i hjemmetjenesten å gi info om f.eks. kommunale tjenester. Dette er de på helsevaktbilen mer usikre på.» (Intervju 16)*

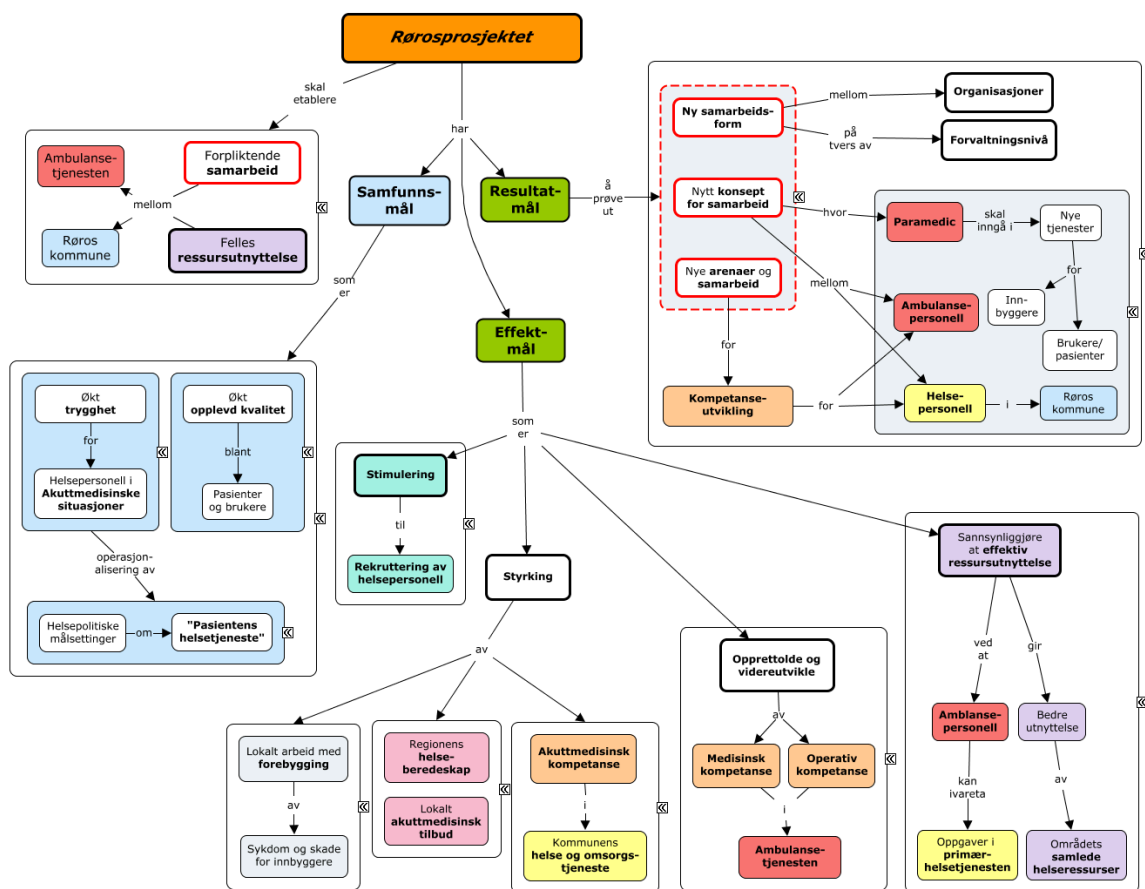
For helsevakta har forebyggende hjemmebesøk vært med på å fylle opp arbeidsdagen. Nå som helseaktørene i de andre delprosjektene i større grad benytter seg av helsevakta sine tjenester, vil det etterhvert måtte gjennomføres en prioritering med tanke på hvilke oppgaver helsevakta skal gjøre. Dersom det kommer dithen at noen oppgaver må prioriteres ned fremfor andre, gis det uttrykk for at det er dette delprosjektet helsevakta selv ønsker å avvike.

Sett i lys av det som har fremkommet kan det være fornuftig å vurdere om forebyggende hjemmebesøk er en oppgave som skal innlemmes i samarbeidet mellom kommunen og ambulansetjenesten/helsevakta, eller om det er en ren kommunal oppgave som kommunen kan løse på egen hånd.

## 5 Måloppnåelse

Rørrosprosjektets *overordnede* mål og *resultatmål* er beskrevet i dokumentet “Helsevaktbil Rørros - Mobil integrert helsetjeneste” (Dale, 2019) og gjengitt i kapittel 1.2.4. Målene omfatter både samfunns mål, effektmål og resultatmål, der resultatmålene er de resultatene som skal være oppnådd når prosjektet er ferdig, mens effektmålene er de effekter som det forventes at dette vil føre til. Disse effektene omtales også som *gevinster*. Samfunnsmålene er mål i forhold til nytten for samfunnet og utgjør motivasjonen for å gjennomføre prosjektet. I tillegg til den overordnede målbeskrivelsen er det definert egne mål for hvert delprosjekt.

Målstrukturen for Rørrosprosjektet er illustrert i figuren nedenfor, og kan sees i større format i Vedlegg 1.



Figur 4: Rørrosprosjektet - Overordnet målstruktur (Større figur er vist i Vedlegg 1)

## 5.1 Om formuleringer av resultatmål

Resultatmålene beskriver prosjektets leveranser, og de definerer retningen og målene som prosjektet skal styre mot. Når en skal vurdere om et mål er nådd eller ikke har det stor betydning hvordan målet er formulert. Målene skal formuleres slik at de er forståelige og målbare. Hvis ikke vil det både være vanskelig å styre mot målene og å vurdere om målene er nådd. Det sies ofte at mål skal være *SMARTE: Spesifisert, Målbart, Akseptert, Realistisk, Tidsbestemt og Enkel*. I tillegg er det viktig at målene er *retningsgivende*. Det betyr at det ikke skal være noen tvil om *retningen* på det arbeidet som skal gjøres, slik at selv om målene ikke blir nådd, så har arbeidet bidratt til en utvikling i riktig retning.

## 5.2 Om vurdering av måloppnåelse

Rørosprosjektets resultatmål, slik de er angitt i prosjektbeskrivelsen, er vanskelig målbare med unntak av når prosjektet skal være ferdig og at det ikke skal føre til økte kostander. Ut over det er resultatmålene mer en overordnet beskrivelse av hva som skal gjøres. De enkelte delprosjektene har egne resultatmål som er noe mer konkrete og målbare, men også her er målene for det meste en beskrivelse av oppgaver som skal utføres.

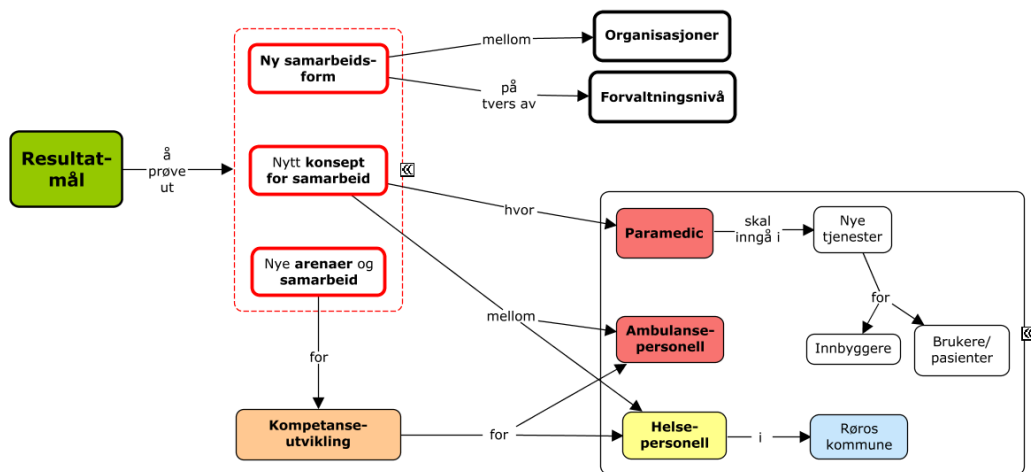
Men Rørosprosjektet handler ikke om at noe skal lages. Prosjektet handler hovedsakelig om at det skal prøves ut nye arbeidsprosesser og nye måter å samarbeide på. Dermed kan det forsvares at mål som beskrives med hva som skal gjøres, dvs. hva som skal prøves ut, kan betraktes som resultatmål. Det tilhørende effektmålet blir da konsekvensen av at ting gjøres på en ny måte.

Vår evaluering av Rørosprosjektet er kvalitativ og vi har derfor ikke gått detaljert inn og målt om prosjektet har nådd de konkrete resultatene eller utført de konkrete aktivitetene. En slik vurdering hører hjemme i det som kalles *prosjekt revisjon*, dvs. en vurdering av om prosjektet «gjør tingene riktig». Vår evaluering har handlet om å vurdere om Rørosprosjektet gjør «de riktige tingene», dvs. om prosjektet har hatt de effektene som var forventede og de ønskede samfunnsmessige konsekvenser. Dette er forhold som ikke er direkte målbare, og vi har gjennom intervjuer fått informantenes vurdering av de nye arbeidsprosessene og den nye måten å samarbeide på, og hvilke effekter det har hatt for ambulansetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i Røros kommune.



### 5.3 Nye samarbeidsformer og nye arenaer for samarbeid

Den grunnleggende idéen med Rørosprosjektet har vært at det skal samarbeides på en ny måte mellom ambulansetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette skal i sin tur føre til økt tjenestekvalitet og økt kompetanse både for ambulansetjenesten og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal samarbeidet skal gi bedre ressursutnyttelse og ha en samfunnsøkonomisk nytte.



Figur 5: Resultatmål knyttet til samarbeid og samarbeidsarenaer

I intervjuene har vi spurt informantene om deres vurdering av i hvilken grad det har blitt etablert nye samarbeidsformer mellom organisasjoner (ambulansetjenesten og de kommunale tjenestene) og på tvers av forvaltningsnivå (spesialisthelsetjenesten og Røros kommune). Vi spurte også om det har blitt noen nye samarbeidsarenaer mellom ambulanspersonell og helsepersonell.

#### 5.3.1 Nye samarbeidsformer

I Rørosprosjektet har ambulansarbeiderne kommet inn på den kommunale arenaen på flere områder. Dette er mest tydelig i samarbeidet med legevakt, hvor ambulansarbeideren og legevaktlegen daglig er sammen om legevaktsoppgaver. Den kommunale legevakten og ambulansetjenesten er begge akutte tjenester og har alltid samarbeidet, men i Rørosprosjektet er dette formalisert og samarbeidet er utvidet og satt i system slik at helsevakta har en veldefinert rolle sammen med legevaktlegen. I gruppeintervju med legevaktlegene svarer de unisont: «I høyeste grad» på spørsmål om det har blitt mer samarbeid.

I løpet av prosjektperioden har helsevakta utviklet et samarbeid med sykehjem og hjemmebaserte tjenester som er nytt. Helsevaktbilen med ambulansarbeider er blitt en ressurs som kan benyttes i ulike sammenhenger og avlaster helsepersonellet både med helsefaglige vurderinger og prøvetaking slik at brukere raskere får den hjelpen som trengs. Dette reduserer behovet for oppmøte på legekantor eller sykehusinnleggelse. Det tok litt tid før dette samarbeidet kom i gang, og hittil har hjemmetjenesten samarbeidet mer med helsevakta enn sykehjemmet har, men samarbeidet er fortsatt under utvikling.

Det er også igangsatt et nytt samarbeid mellom helsevakta og ansvarlige for rus og psykiatri i kommunen. Dette samarbeidet er godt i gang og helsevakta sin tilstedeværelse er til hjelp både for helsepersonellet og for brukere. Det samme gjelder samarbeid mellom helsevakta og kommunens kreftkoordinator. I tillegg er det også satt i gang et nytt samarbeid mellom helsevakta og kommunens ergoterapeut for å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk til eldre hjemmeboende i kommunen.

Det er en utbredt oppfatning blant informantene at det har blitt mer samarbeid mellom ambulansetjenesten og de kommunale tjenestene og samarbeidet oppleves å være forankret på ledernivå og fungerer i det daglige uten avhengighet til enkeltpersoner. Følgende sitater fra ulike aktører viser dette;

*«Nye samarbeidsformer på tvers: ja, jeg føler det. Men hvis du snakker med ansatte vet de ikke om målene en gang. Jeg tror vi har funnet andre samarbeidsformer, på tvers og på lavest mulig nivå.» (Intervju 6)*

*«Ser nå at denne måten å samarbeide på, å bryte ned skott, er kjempeflott. Det vi kan jobbe sammen med til beste for kommunen, det tjener alle på.» (Intervju 9)*

*«Spennende. Mer samarbeid inn mot kommunehelsetjenesten. Absolutt.» (Intervju 21)*

*«JA. Det forstår jeg på de som kjører bilen – at det er samarbeid der. Litt problematikk i hjemmesykepleien i starten – har gått seg til. Men har forstått at det er godt samarbeid ifbm hjemmebesøk i psykiatrien. Har noen faste der de samarbeider godt med. Som de drar ut til.» (Intervju 22)*

*«Formen på dette gjør at det forenkler samarbeidet. Strukturen rundt helsevaktbilen gjør at «de» vil ut å gjøre en jobb når de er i beredskap. Prosjektet stimulerer til samarbeid» (Intervju 3)*

*Prosjektet har satt i gang nytt samarbeid på flere områder i Røros kommune. Blant informantene er det en utbredt oppfatning at det i løpet av prosjektperioden har blitt mer og bedre samarbeid mellom helsevakta og de kommunale tjenestene. Både legevaktleger, sykepleiere i HBO, ambulansarbeidere og kommuneadministrasjon uttrykker dette.*

### 5.3.2 Samarbeidsarenaer

Nye måter å samarbeide på medfører ofte nye samarbeidsarenaer, både formelle og uformelle. I Rørosprosjektet har det vært liten bevissthet omkring etablering av nye arenaer, men det har oppstått noen uformelle arenaer som en konsekvens av at det er igangsatt nytt samarbeid. Da vi spurte informantene om nye samarbeidsarenaer ble det nevnt arenaer hvor det foregår samarbeid. På legevaktkontoret har det alltid vært en uformell arena. Denne er nå forsterket som konsekvens av samarbeidet med helsevakta.

*«Nye arenaer? Har bestandig hatt en uformell arena med legekantoret. Litt usikker på om vi har nye. Men vi har en arena som er forsterket. Og så har vi noen formelle arenaer. Men jeg tror fremdeles de uformelle arenaene er viktige. Men vi trenger elektroniske flater for samarbeid.» (Intervju 6)*

*«Ja, i samarbeid med legetjenesten. Det burde være en arena for kunnskapsoverføring begge veier.» (Intervju 5)*

Det har også oppstått en uformell arena mellom helsevakta og Intermediær avdeling (IMA) / Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD). Dette er en konsekvens av at legevaktkontoret er lokalisert i umiddelbar nærhet til IMA/KAD. Siden helsevakta ofte er tilstede på legevaktkontoret blir det en uformell arena for informasjonsutveksling ved tilfeldige møter og kaffepauser.

Helsearbeidere ved IMA/KAD betjener legevakttelefonen i distriktet og de savner muligheten for å ha en felles debriefing med helsevakta etter større hendelser. I dag evaluerer de arbeidet hver for seg.

*«Ingen felles møter. Etter større hendelser kunne vi savnet det. Samarbeidet. Vi evaluerer ikke sammen bare hver for oss.» (Intervju 15)*

Det er ikke etablert noen arena for å planlegge og koordinere samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og helsevakta. Dette gjøres ved at det tas direkte kontakt den ene eller andre veien når behovet er der, og etterhvert som aktørene blir kjente med hverandre er det svært liten terskel for slik kontakt.

*«Ingen faste arenaer. Samarbeid ved behov. Kan gå noen måneder mellom hver gang. De vil gjerne være med. Er med hjemmetjenesten på rapport for å se om det er noen oppdrag de kan ta. Kunne vært satt mer i system. Særlig internundervisning. Mye behov for oppfriskning av kunnskap. Kunne ønske flere møter/treff – mellom de i pleien og paramedic. Bedre å ta kontakt hvis en kjenner noen. De har stått på tilbudssida – vi må utnytte det. Vi kunne ønske noe mer system – men vi må gjøre det selv.» (Intervju 11)*

Selv om mange opplever at det fungerer greit med å ta kontakt ved behov, er det også kommet fram ønsker om at det skulle vært noen formelle arenaer, både for

samarbeid, utveksling av kunnskap samt for læring og trening. Konkret nevnes en arena hvor helsearbeiderne kan reflektere og lære sammen med helsevakta.

*«Litt mer samarbeid på virksomhetsnivå: Dvs. de som vet arbeidsoppgavene - De må si når de har ledig tid, vi må si noe om behov – kartlegging og formalisering. Der har vi litt å gå på. Hvor mye som er formalisert på overordnede nivå vet jeg ikke. Ønsker mer formalisering på lavere nivå.» (Intervju 12)*

*«Det er vi sykepleiere som kommuniserer mest med helsevakta. Har vært snakk om å involvere de i sykepleiermøter. Om det faglige. Kunne hatt noen møtepunkter med samsnaking og refleksjon om felles oppgaver. Hvordan best jobbe sammen. Og en digital plattform for kommunikasjon og avtaler. For å bli mer konkret og unngå misforståelser. Har ingen arena for samrefleksjon med helsevakta.» (Intervju 14)*

Tidligere var vaktlokalene til ambulansetjenesten samlokalisert med brannvesenet. Dette er nå endret, og helsevakta har sine lokaler nær legevakta. Den uformelle samarbeidsarenaen som delt vaktrom utgjorde er nå blitt borte og samarbeidet med ambulansetjenesten er blitt dårligere.

*«Vi [brannvesenet] har ingen arena med ambulansen formelt sett. Den uformelle arenaen er nå også blitt borte. [...] Mindre samarbeid mellom brann og ambulanse. Det er blitt dårligere i og med at den uformelle arenaen er borte.» (Intervju 26)*

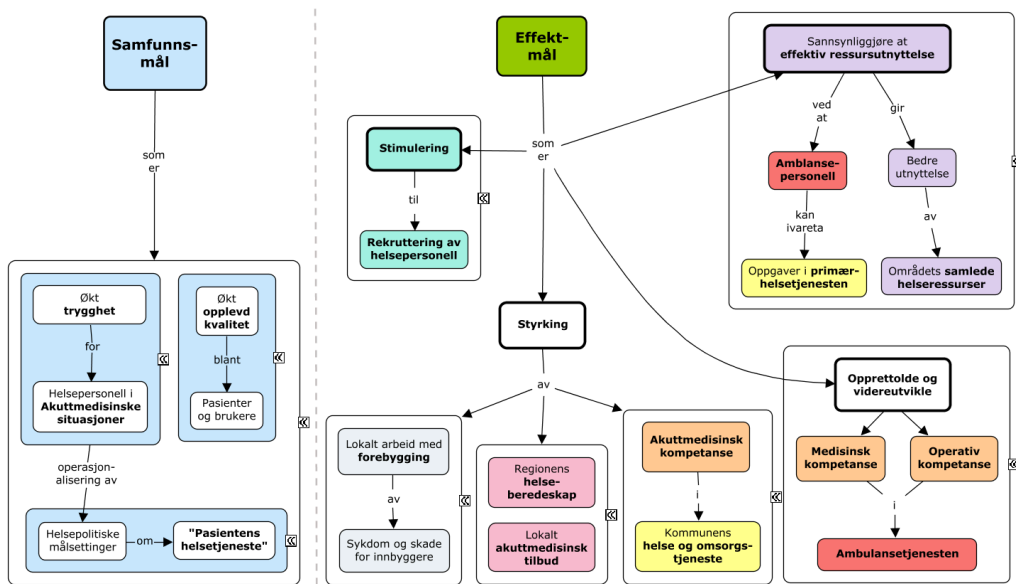
Det etterspørres også en digital arena for samarbeid. Og i den sammenheng uttrykkes det håp om at dette løser seg med den nye helseplattformen, noe som kanskje er å håpe vel mye.

*Samarbeidsarenaene mellom helsevakta og de kommunale tjenestene er hovedsakelig uformelle og sporadiske, og ut over møter i styringsgruppe er det ingen formaliserte arenaer for å håndtere utfordringer og videre utvikling i samarbeidet.*

## 5.4 Effekter og samfunnsøkonomisk nytteverdi

I prosjektet var det en forventet gevinst av det nye samarbeidet mellom ambulansetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I våre intervjuer stilte vi tre spørsmål som handlet om effekten av Rørosprosjektet:

- Har prosjektet ført til økt kvalitet på helsetjenestene for innbyggerne på Røros?
- Har prosjektet ført til økt kompetanse i helsetjenestene på Røros?
- Har prosjektet ført til bedre ressursutnyttelse og en samfunnsøkonomisk nytte?



Figur 6: Effektmål og Samfunns mål

#### 5.4.1 Økt kvalitet i helsetjenestene

I vår evaluering har vi betraktet kvalitet på helsetjenester som en størrelse som ikke er direkte målbar, og vi har vurdert kvalitetsnivået på grunnlag av informantenes individuelle opplevelser. På spørsmål om kvaliteten på helsetjenestene i Røros har økt er svarene svært tydelige: *Kvaliteten har økt.*

«JA – absolutt. Det vil i alle fall jeg påstå. Har klart å løfte helsetjenestene med det vi gjør nå.» (Intervju 3)

«Udelt positivt for innbyggere og helsetjeneste på Røros.» (Intervju 6)

Erfaringen på Røros er at med helsevaktbilen er det mulig å gi brukerne raskere hjelp. Og med direkte kontakt mellom ambulansesarbeidere og lege blir det sagt at både pasienter og pårørende opplever økt trygghet.

«Unngår økt tjenestebehov i kommunen. Der har de gjort en kjempeinnsats. Brukerne får raskere hjelp – Helsevaktbilen kan kontakte St. Olav raskere. Kvaliteten for brukerne har økt. Det blir direkte kontakt opp mot lege. Pårørende blir mer beroliget. Har bare positiv effekt.» (Intervju 11)

Også de ansatte i hjemmebasert omsorg (HBO) opplever økt trygghet. De vet at de kan få hjelp fra helsevakta om det skulle trenge, og dette gir mer ro og profesjonalitet i utførelsen av arbeidet.

«Økt kvalitet på helsetjenester. Selvfølgelig. Jeg opplever at jeg har tryggere medarbeidere. Og når jeg har det vil det umiddelbart gi en trygghet for de som sitter hjemme. Fordi vi opptrer på en annen måte og mer profesjonelt. Vi har lite klagesaker. Det er en mer konkret

*måte å måle det på. Vi har lite avvik fra ansattens side. Jeg har jo mine parametre. Jeg har ikke fått tilbakemelding på at det ikke er utført oppgaver eller oppgaver som er utført feil.» (Intervju 13)*

Ambulansearbeiderne som kjører helsevaktbilen formidler at gjennom samarbeid blir det bedre relasjoner og bedre samarbeid ute hos pasienten. I fellesskap kommer helsevakta og de kommunale helsearbeiderne fram til den løsningen som er best. Dette gir økt tjenestekvalitet for pasienter og pårørende.

*«[Økt kvalitet?] Ja, indirekte fordi relasjoner er bedre, samarbeidet går mer smidig. I mange tilfeller får pasienten raskere hjelp. Opplever at i mange situasjoner finner man mer smidige og bedre løsninger. Nå kan man finne løsninger lokalt. Kanskje kan pasienten være hjemme med ekstra innsyn. For den enkelte har man funnet en bedre løsning.» (Intervju 19)*

Noen informanter peker på en ulempe i situasjoner der det har vært behov for bærebil istedet for helsevaktbil. Med en bærebil mindre blir det økt ventetid for pasienter som må transporteres, men i ventetiden vil det være profesjonelt tilsyn og noe behandling kan starte før bære bilen kommer. De informantene som påpeker dette presiserer at denne ulempen oppveies av de fordelene som følger helsevaktbilen.

*«Det kan bli mer venting på pasienter som skal ha transport. [... bedre] utnyttelse [av ressurser] for innbyggerne i kommunene med det der forebyggende arbeidet de gjør. De får mer igjen for det enn for å ha en ekstra ambulanse.» (Intervju 15)*

*«Ja – Har hele tiden en helseressurs i distriktet. Får begynnende hjelp på kort tid. Men hvis behov for bære blir det lengre ventetid. Så det er begge deler.» (Intervju 21)*

Selv med de ulempene som er knyttet til at det er en bærebil mindre så opplever alle informantene at Rørosprosjektet sett under ett har påvirket kvaliteten på helsetjenestene i positiv retning. En fastlege uttrykker det slik:

*«Den tryggheten det gir til befolkningen. De pasientene som har brukt helsevakta er veldig positive. Det er en forventning fra enkelte om at de vil ha besøk av gulbilen. Jeg har snakket med andre som er lenger vekke, det å vite at legevakta kommer raskere fordi vi får bli med på utrykning, det betyr mye. Vi (leger) er oftere med på utrykning ettersom vi har helsevaktbilen. Skulle vi hatt en akuttutrykning og måtte mått bil og fått med oss riktig utstyr hadde vi sjeldnere hatt mulighet til å bli med.» (Intervju 28)*

Brann- og redningstjenestens opplevelse er at etter at dagbilen ble tatt bort må de nå oftere bistå med hjerte- lungeredning, og det er en oppgave som de i utgangspunktet ikke er trent for.

*«For oss er det ikke ensidig positivt det som nå har skjedd (mistet dagbilen). Vi må oftere inn og drive lunge/hjerteredning. Det kan være litt vanskelig med tanke på faget. Når folk begynner å jobbe i brannvesen tenker de ikke at de skal bistå i det. De føler at de ikke har kompetanse på den biten.» (Intervju 26)*

Helsevakta har blitt invitert til å delta i øvelser for å instruere i hjerte- lungeredning og har ifølge brannvesenet bidratt med dette på en veldig bra måte. Ulempen for brannvesenet er at med mer deltakelse i helserelaterede oppdrag må de øve mer på dette og det går ut over øving på brannrelaterede oppgaver.

*«Vi har invitert dem [helsevakta] inn på lokale øvelser som går på hjerte- lungeredning – fått instruksjon fra dem. Opplæring. Den instruksjonen de gir oss er veldig bra. Da tenker jeg at det er veldig bra kvalitetsmessig. Det vil bidra til økt kompetanse. Vi driver mindre med brann enn helse, og da må vi øve og trene mer på det. [...] Vi har en økning i å bistå helse etter at helsevaktbilen kom. [...] Når vi bistår helse, må vi øve mer på det på bekostning av det som går på røkdykking osv.» (Intervju 26)*

Sett under ett så er kvaliteten i helsetjenestene i Røros blitt forbedret. Det blir ofte bedre løsninger der pasienten raskere får hjelp med lokale og smidige løsninger som kan tilpasses hver enkelt pasient. Undersøkelser kan nå gjøres hjemme med direkte kommunikasjon med lege. Ofte kan pasienten fortsatt være hjemme i stedet for å dra på legekantoret eller transporteres til St. Olav. Med helsevaktbilen vil det alltid være en helseressurs tilstede i distriktet og det gir kortere utrykningstid for legevaktlegen. Helsevakta har lang erfaring i akuttmedisin og bidrar til økt beslutningsstøtte i samarbeid med legevaktlegen.

*Vi spurte informantene om prosjektet har ført til økt kvalitet på helsetjenestene for innbyggerne på Røros? Informantenes svar på dette er: JA*

#### 5.4.2 Økt kompetanse

En ønsket effekt av nye samarbeidsformer mellom ambulansetjenesten og kommunen var økt kompetanse for alle aktørene. Siden ambulansarbeidere og kommunale helsearbeidere har ulik fagbakgrunn og ulik erfaring er det naturlig at det gjennom kommunikasjon og samarbeid vil bli kompetanseoverføring begge veier. Helsearbeidere i kommunen ville få tilført akuttmedisinsk kompetanse, mens for ambulansetjenesten ville det være opprettholdelse og videreutvikling av medisinsk og operativ kompetanse.

Vi spurte informantene om prosjektet ført til økt kompetanse i helsetjenestene på Røros?

#### Leger

De legene vi har snakket med forteller at samarbeidet med ambulansarbeidere i akutte situasjoner er lærerikt for begge parter. Legene har den teoretiske

kunnskapen, men mangler i noen tilfeller erfaring og trening i konkrete situasjoner, mens ambulansearbeiderne kan prosedyrene og har erfaring. For legene har dette vært gunstig. Også sykepleierne på legevaktkontoret har nytte av at ambulansearbeiderne er der. I samarbeid med ambulansearbeiderne får de økt sin kompetanse i akuttmedisin. Legene uttrykker det slik:

*«Vi har godt av å se ambulanseverden. De har prosedyrer. Akuttmedisinsk er det et løft for oss.» (Intervju 17)*

*«Forskjellig erfaringsgrunnlag og ulike utdannelser inn i bildet. Paramedic er hakket kvassere på akuttmedisin enn oss. De har oppdaterte retningslinjer som er bedre enn de vi får. Vi får delta på forskjellige prosjekter. Medisinsk utstyr som blir sjelden brukt, men når du trenger det har du det i bilen.» (Intervju 28)*

*«Sykepleierne på kontoret får faglig påfyll av helsevaktbilen» (Intervju 29)*

### *Ambulansearbeidere*

Ambulansearbeiderne er ofte tilstede på legekantoret og der er det en arena for kompetanseoverføring begge veier. I ledige stunder har de fått opplæring i oppgaver de tidligere ikke hadde så mye kompetanse på. Det gjelder opplæring i både sårskift og bruddbehandling samt økt kompetanse i å ta blodprøver og andre prøver.

*«Sårskift på legekantoret. Bruddbehandling. Var med på gipsekurs.» (Intervju 17)*

*«Vi har fått tilført mye gradvis. I starten var det lab-arbeid. Det med prøvetaking, blodprøver og analysing. Det har vi opplæring i nå. Det er nytt. Det har vært veldig bra. Det har fungert. Vi kan ta blodprøver.» (Intervju 19)*

Det å være tilstede i et annet fagmiljø, slik ambulansearbeiderne er når de er på legekantoret, gir mange muligheter for uformell kommunikasjon knyttet til situasjoner som skal håndteres. Ambulansearbeiderne får mulighet til å lære og trene på ting de ellers ikke ville fått noe erfaring med. Dette hever kompetansen hos ambulansearbeiderne og gjør de bedre i stand til å utføre jobben sin og å samarbeide med legene.

*«Fordi vi går med annet personell på legekantoret. Vi får stadig vekk input fra legene. Men også sykepleiere. Sårbehandling som vi er borti. Det er klart det er mye der. Det er uformelt. På legesenteret er det mange profesjoner. Der kan vi plukke opp mye.» (Intervju 19)*

Ute i akutte situasjoner, hvor leger og ambulansearbeidere samarbeider, er det legene som har den diagnostiske ferdigheten. Når de samarbeider på den måten vil ambulansearbeiderne få økt sine ferdigheter i å stille diagnoser. Dette kommer til nytte i situasjoner der legen ikke er fysisk tilstede og ambulansearbeideren må stille diagnosen og avgjøre håndtering.

*«Våre ambulansefolk er mer drillet i akuttmedisinsk prosedyrer, legene kan mer teoretisk akuttmedisin. Det å få dem til å jobbe sammen er gunstig. Det styrker ambulansearbeidere som jobber tetter på legene, de får bedre diagnostiske ferdigheter.» (Intervju 5)*



En konsekvens av helsevakta er at ambulansarbeiderne møter pasienter og brukere i situasjoner som ikke er akutte. De blir mer kjent med pasientene og får en bedre totalforståelse for deres situasjon. Spesielt samarbeidet med psykiaritjenesten har ført til at ambulansarbeiderne har fått mer innblikk og kontakt med en pasientgruppe de ellers bare har møtt i akutte situasjoner noe som gjør dem bedre i stand til å håndtere de akutte situasjonene når de inntreffer.

*«Helsevakta har fått en kraftig økt kompetanse. De ser vanligvis ikke de pasientene som sendes hjem. De får et videre spekter på pasientkategori for å kunne vurdere tilstand. Økt kompetanse innen blodprøvetaking (det tar de vanligvis ikke) Psykiatriske pasienter – tidligere kun transport til Østmarka – nå beroligelse og unngår innleggelse.» (Intervju 17)*

*«Det som løftet kompetansen til ambulansfolkene var lokalkompetansen de fikk om der de driver med utrykning. De kjente etterhvert noen av de tunge brukerne, for der var de inne.» (Intervju 30)*

### *Helsearbeidere sykehjem og hjemmebasert omsorg*

Hos helsearbeidere ved sykehjem og hjemmebasert omsorg var det i begynnelsen en bekymring rundt utviklingen av egen kompetanse. Det var en frykt for at den kompetansen de hadde skulle forvitte ved at ambulansarbeiderne skulle komme og overta oppgaver. Men det var ikke planen, og det har heller ikke skjedd. Bekymringen hos helsearbeiderne har lagt seg. De ser nå at ambulansarbeiderne bidrar med en kompetanse de selv ikke har, og det har bla blitt gjennomført førstehjelpskurs.

*«Blir mer og mer beroliget. Opptatt av kompetanse. Faglighet inne vår egen tjeneste. Denne har blitt styrket. Fryktet at kompetansen forvitret pga. at tjenester ble overtatt. Kompetansen går begge videre.» (Intervju 9)*

*«Mål; Økt kompetanse: JA – Har allerede samarbeid mellom HBO og intermedieravdeling. Helsevakta: Kurs førstehjelp, blodprøvetaking etc.» (Intervju 9)*

*«JA – de har kanskje tilført pleie og omsorg mer enn vi har tilført dem.» (Intervju 12)*

### *Helsearbeidere psykiatri og rus*

De som arbeider i kommunens psykiaritjeneste forteller at de gjennom samarbeidet med helsevakta har fått et utvidet blikk på pasientens behov. Mens de vanligvis er opptatt av de psykiatriske utfordringene har de nå i tillegg fått mer oppmerksomhet på den fysiske helsen til pasienten. De har altså fått er mer helhetlig blikk på pasienten og dennes behov. En psykiatrisk sykepleier sier:

*«Kompetanse: det gir mulighet til å få et mer helhetlig blikk. Som vi vanligvis ikke er så fokusert på. Vi lærer mer om å ivareta fysisk helse i akutte situasjoner også innen psykiatri. Det bør bli mer vanlig å tenke slik.» (Intervju 27)*

### *Om å bli mer kjent med hverandre*

Rørosprosjektet representerer et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og en kommune. Et slikt samarbeid mellom to organisasjoner på tvers av forvaltningsnivå er krevende og kan være utfordrende. En informant trekker fram betydningen av at de som samarbeider i Rørosprosjektet over tid blir kjent både med hverandre og hverandres organisasjoner, og dermed får bedre kompetanse om arbeidsprosesser, rutiner og kultur i den andre organisasjonen. Det å kjenne og forstå de du skal samarbeide med er en viktig forutsetning for å lykkes i samarbeid.

*«Den største kompetanseoverføringen var at vi ble kjent med hverandre – hva er det vi egentlig driver med. I seg sjøl er det kompetanse. Har en opplevelse av at sykehusansatte vet mindre om hva kommunen driver med enn kommunen vet om sykehuset slik at det er en mismatch i den forståelse. Så det største kompetanseløftet var vel at vi forstod hverandre.» (Intervju 30)*

Bortimot alle informantene formidlet at Rørosprosjektet bidro til et kompetanseløft, både for ambulansearbeiderne og de som arbeidet i den kommunale helsetjeneste. Gjennom tverrfaglig samarbeid har det vært både formell og uformell kompetanseutveksling til nytte for aktørene og for befolkningen på Røros.

*Vi spurte informantene om prosjektet har ført til **økt kompetanse i helsetjenestene på Røros**? Informantenes svar på dette er utvetydig: **JA***

#### *5.4.3 Bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomisk nytte*

En av de grunnleggende idéene bak Rørosprosjektet var at den nye måten å samarbeide på skulle føre til bedre utnyttelse av de samlede helseressursene på Røros, og dermed en samfunnsøkonomisk nytte. Vi spurte informantene om Rørosprosjektet har ført til dette.

Svarene er entydige. Informantene opplever at ressursene er bedre utnyttet og at dette har vært god samfunnsøkonomi.

*«Mål nådd? Ja, det synes jeg. Absolutt». (Intervju 19)*

*«Samfunnsøkonomisk: helt klart. Jeg vet jo hvordan bil to var drevet før. Samlet har Helse Midt masse å spare på måten de gjør det på.» (Intervju 13)*

En effekt av Rørosprosjektet som har vært nevnt i ulike sammenhenger er at det har blitt færre sykehusinnleggelser, men det finnes ingen tall på hvor mange innleggelser det dreier seg om, så effekten kan ikke tallfestes. Både representant fra kommunen og fra ambulansetjenesten understreker at det har blitt færre innleggelser:

*«Samfunnsøkonomisk – bedre ressursutnyttelse? Absolutt – har ingen tall. Men både for spesialisthelsetjenesten, som får bedre kunnskap om brukere i kommunen utenom akuttstasjon – gir bedre vurdering hvis akutt. Samarbeid mellom legetjenesten og helsevakta bidrar til å hindre unødig innleggelse. Behandler krevende brukere og diagnoser i egen heim.» (Intervju 9)*

*«Og den største effekten på samfunnsøkonomi er at vi unngår sykehusinnleggelser. Samt all kjøring. Det er dårlig samfunnsøkonomi.» (Intervju 30)*

*«Det som er litt synd er at de ikke klarer å synliggjøre hvor mange turer/innleggelser de sparer oss for. De har ikke noe verktøy for å synliggjøre dette. Det er synd. Klarer ikke å se hva innsparing (effekt) av helsevaktbil kontra en dagbil.» (Intervju 25)*

Så langt har Rørosprosjektet ikke kostet noe for Røros kommune ut over de timene som brukes av de kommunale aktørene som deltar på møter og planlegging. Ettersom helsevakta utfører oppgaver som egentlig er et kommunalt ansvar har Røros kommune fått mye igjen for prosjektet. Så sett fra kommunens side har prosjektet vært lønnsomt.

*«Vårt bidrag her er arbeidstid – men vi har fått veldig mye for pengene. Har vært et verdifullt prosjekt slik sett.» (Intervju 20)*

*«Bedre ressursutnyttelse? Overbevist om det. I verste fall måtte kommunen ansatt flere hvis det ikke hadde vært for oss.» (Intervju 24)*

*«Samfunnsøkonomisk – færre innleggelser og ambulanseoppdrag og fordelt på to ulike budsjett. Pasientgrupper som egentlig ikke ville hatt tilbud etter kl. 16 får det uten at det koster kommunen noe mer.» (Intervju 28)*

Det at helsevakta gjør kommunale oppgaver uten at det koster noe er en problemstilling som kommunen nå står overfor og som de vil komme til å ta stilling til etterhvert. Det blir enklere for politikerne å vurdere eventuelle økonomiske konsekvenser for videreføringen av Rørosprosjektet når en ser nytteverdien av å samarbeide på denne måten.

*«Har diskutert eventuell utfordring med at helsevakta gjør kommunale oppgaver. Kommunen forstår problemstillingen – men det har ikke vært diskutert ennå. Hvis dette hadde kostet penger for kommunen hadde ikke prosjektet startet. Men fordelene og nytten med bilen er så konkret at det å bidra økonomisk i den er mer aktuelt.» (Intervju 9)*

**Vi spurte informantene om prosjektet har ført til *bedre ressursutnyttelse og en samfunnsøkonomisk nytte*? Informantenes svar på dette er utvetydig: JA**

#### 5.4.4 Økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner

Det var et uttalt mål at utvikling av samarbeidet mellom ambulansetjenesten og den kommunale helsetjenesten skulle føre til økt trygghet for alt helsepersonell i

akuttmedisinske situasjoner. I akutte situasjoner er det en trygghet for legene å samarbeide med ambulansesarbeidere som har akuttmedisinsk erfaring. Særlig turnusleger har nytte av samarbeidet med helsevakta.

*«Når det er nye turnusleger som ikke helt vet – så sier vi hva vi tror er best – og så blir det ofte sånn. Vi kan de lokale prosedyrene. Vi vet mye som en ny turnuslege ikke vet.» (Intervju 19)*

I samarbeid med psykiatritjenesten blir helsevakta med ut til akutte situasjoner med krevende brukere. Ambulansesarbeiderne kjenner ofte pasienten gjennom oppdrag med helsevakta og kan berolige pasienten på en bedre måte enn om de var ukjente. En psykiatrisk sykepleier sier:

*«Det er folk vi ikke går hjem til, og det kan vi hvis helsevakta blir med. [...] Hvis det er folk som har vært i aktiv rus har vi brukt dem. Da måtte vi være to, og det har vi ikke bestandig hatt ressurser til.» (Intervju 27)*

I helsevaktbilen er det bare en ambulansesarbeider, mens i en ambulanse er det to. De har opplæring og trening i å være to ute på oppdrag. Når de i helsevaktbilen kjører alene må de ta alle beslutningene selv og har ingen makker å rådføre seg med. Dette kan redusere tryggheten i akutte situasjoner. Forholdet er påpekt som en generell utfordring av en ambulansesarbeider som kun kjører ambulanse og ikke er med i helsevaktordningen.

*«Mer utfordrende hverdag for de som kjører helsevakt. Mange oppgaver. Kjørere alene. Mer sjølstendig.» (Intervju 21)*

Også fagforeningen for ambulansesarbeiderne trekker fram ulempen ved å kjøre alene når en i utdanningen er trent på å jobbe i team.

*«[...] I tillegg ville det bli å jobbe aleine. Ambulansesarbeider er utdannet for å jobbe i team, ikke for å jobbe aleine. Å jobbe alene innebærer ny måte å tenke og jobbe på. Det er egenkontroll på medisiner, og ingen som kontrollerer at du gjør det riktig. [...]» (Intervju 8)*

Men det er verdt å merke seg at ingen av de som kjører helsevaktbilen på Røros har nevnt dette som en utfordring.

**Vi spurte informantene om prosjektet har ført til økt trygghet for helsepersonell i akuttmedisinske situasjoner? Informantenes svar på dette er utvetydig: JA**

#### 5.4.5 Øvrige effektmål

I tillegg til effektmålene nevnt over er følgende effektmål beskrevet i dokumentet "Helsevaktbil Røros - Mobil integrert helsetjeneste" (Dale, 2019):

1. *Styrke det lokale arbeidet med å forebygge sykdom og skade for innbyggerne*
2. *Stimulere til rekruttering av helsepersonell*

Det første målet i lista er bakgrunnen for etableringen av delprosjekt 4, *Forebyggende hjemmebesøk* som er beskrevet i kapittel 4.4. Kommunen er svært fornøyd med det arbeidet som helsevakta har gjort i dette delprosjektet og for ergoterapitjenesten i kommunen har det ikke vært mulig å gjennomføre de planlagte hjemmebesøkene uten at helsevakta hadde bidratt. Dette delprosjektet har styrket det forebyggende arbeidet og målet vurderes å være nådd.

Når det gjelder det andre målet i lista, *Stimulere til rekruttering av helsepersonell*, så har vi i våre intervjuer ikke fått noe informasjon som kan knyttes til rekruttering, og vi kan derfor ikke si noe om dette målet.

## 5.5 Måloppnåelse - oppsummert

Som nevnt innledningsvis i kapitlene 5.1 og 5.2 har målformuleringen stor betydning ved vurdering av om et mål er nådd eller ikke. I vår vurdering av måloppnåelse har vi derfor valgt å fokusere på den bakenforliggende intensjonen i Rørosprosjektet og få informantenes vurdering av i hvilken grad prosjektet har beveget seg i den retning.

Det er satt i gang nytt samarbeid på flere områder, men det er ikke etablert nye konkrete arenaer for samarbeid ut over de som uformelt er dannet ved at det samarbeides. Rørosprosjektet med helsevakt og nye samarbeidsformer har etter informantenes vurdering ført til

- *økt kvalitet på helsetjenestene for innbyggerne på Røros*
- *økt kompetanse i helsetjenestene på Røros*
- *bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomisk nytte*

*Vår vurdering er at **intensjonen med Rørosprosjektet er nådd**, og at prosjektet med sitt arbeid har ført til de effekter som var planlagt*

Samtidig må det avslutningsvis nevnes at noe av grunnen til at målene er nådd er måten målene er formulert på. Som vi har sett i empirikapitlene er det områder flere av aktørene mener Rørosprosjektet kunne gjort annerledes, spesielt med tanke på innførings- og forankringsprosessen. Men ettersom det det har vært misnøye med ikke er noe av det som er blitt formulert som mål for prosjektet, blir dette usynlig i vurderingen om måloppnåelse.

## 6 Fra prosjekt til drift

Et prosjekt er en tidsbegrenset aktivitet som skal avsluttes på et definert tidspunkt. Men det er ikke alltid det skjer og da kan prosjektene fortsette uten noen klar formening om det er fornuftig eller en plan for når det skal være ferdig. Overgangen fra prosjektfase til driftsfase kan være krevende medmindre en har planlagt overgangen og klarlagt økonomiske forhold og ansvar for videre drift. En viktig del av denne overgangen er en evaluering av prosjektet og en beslutning om prosjektet i det hele tatt skal videreføres i en driftsfase. I dette kapitlet beskrives de områder som har kommet frem som det er nødvendig å gi ekstra oppmerksomhet i en overgangsfase fra prosjekt til drift.

### 6.1 Avslutning av Rørosprosjektet

Rørosprosjektet ble ved oppstart beskrevet med en veldefinert prosjektperiode. Underveis har styringsgruppen valgt å forlenge prosjektperioden. Sluttidspunktet har blitt forskjøvet, men er fortsatt konkret.

Rørosprosjektet er et prosjekt som i tillegg til å inkludere en rekke enheter og fagdisipliner også går over flere forvaltningsnivå – både kommune og spesialisthelsetjenesten. I prosjektfasen har en bevisst ikke ønsket å gjøre dette til et tema. En har ønsket å se på hva det er mulig å få til med de tilgjengelige ressursene uten å «presse» aktivitetene inn i systemene og budsjettene til noen av forvaltningsnivåene. Dette har latt seg gjøre fordi St. Olavs hospital i denne prosjektfasen har tatt alle utgifter med helsevaktbilen. Dette har de gjort fordi de har ønsket å prøve ut en modell med mobil integrert helsetjeneste, og fordi utgiftene ikke er blitt så høye på helsevaktbilen ettersom de har spart noe ved å ta bort dagbilen. Dette har gjort at Røros kommune under prosjektperioden ikke har hatt noen økonomiske utgifter på de tjenestene den kommunale helsetjenesten har fått fra helsevaktbilen. Selv om prosjekter som går over flere forvaltningsnivåer enkelt har latt seg håndtere i en prosjektfase, kan det by på større utfordringer når det nå eventuelt skal over i en driftsfase, og da antageligvis må defineres inn i forvaltningsnivåenes budsjetter og systemer på en eller annen måte.

Utfordringene med overgangen fra prosjekt til drift har vært en erkjent utfordring i Rørosprosjektet og det er definert et eget delprosjekt som handler om nettopp dette. Her inngår en kvantitativ og kvalitativ evaluering, som denne rapporten er en del av.

## 6.2 Økonomi

Sett fra kommunens side har ikke Rørosprosjektet vært som andre prosjekter hvor det vanligvis følger med noen prosjektmidler som «forsvinner» når arbeidet går over i en driftsfase. Det fulgte ingen midler med prosjektet, men det har heller ikke ført til ekstrautgifter for kommunen bortsett fra kostnaden med at ansatte bruker tid i møter og samarbeidsaktiviteter. Dette er tid som har vært direkte knyttet til oppgaver i den kommunale helsetjenesten og som uansett måtte ha blitt utført. Ambulansearbeiderne som betjener helsevaktbilen fortsatte å være ansatt i ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge, og ambulansetjenesten tok kostnaden med anskaffelse og drift av helsevaktbilen til erstatning for dagbilen på Røros.

Ambulansearbeidere har utført oppgaver som kommunen har ansvar for og legevaktlegen har disponert helsevaktbilen etter kl. 22. Selv om dette er oppgaver og tjenester kommunen har nytt godt av, har disse kostnadene blitt dekket av ambulansetjenesten nå i prosjektperioden.

Ledelsen i ambulansetjenesten påpeker at klinikken ikke har hatt noen økonomisk gevinst. Lønnskostnadene er de samme og de drifter nå helsevaktbilen i stedet for den ene ambulansen. Men de ser verdien av at dette er samfunnsøkonomiske nyttig og at kommunen får mye igjen.

*«Vi har ikke spart penger på dette. [...] Det er ingen gullgruve for klinikken. Det er nok noe med at kommunen får så mye igjen for det. Videreføres? Ja. Men vi har ikke prosjektmidler per nå, så vi driver det egentlig over driftsbudsjettet.» (Intervju 5)*

De ser også faren for at prosjektet ikke kan videreføres om det blir for kostbart for kommunen, men påpeker at det kan være gunstig for prosjektets fremtid/driftsfasen at kommunen er med og dekker deler av kostnadene med helsevaktbilen.

*«Hvis det blir store endringer i det økonomiske så faller det i grus. De kan være med og dekke leasing på bilen, men de kommer ikke til å være med og dekke lønn. Men det at de er med og dekke bilen kan være positivt, da får kommunene også mer de skulle sagt med tanke på valg av bil» (Intervju 6)*

Som vi ser av sitatet kan det at kommunen er med og dekker noen av utgiftene for helsevaktbilen gjøre at de får mer eierskap til de aktivitetene som nå skal over i drift. Overgangen til en driftsfase avhenger av at St. Olavs hospital og Røros kommune finner en måte å fordele kostnadene på som både er riktig og akseptabel for begge partene. Betydningen av den forpliktelsen som ligger i medfinansiering trekkes fram av en annen informant fra ledelsen i ambulansetjenesten.

*«Fra prosjekt til drift - det største spørsmålet er økonomi: Hva skjer nå? Hvordan beregnes dette? Gevinsten er bedre kompetanse til helseforetak. Kommune bør ta kostnader til bil (som lege kan også bruker), det er ikke mye (ca. 300.000 kr/år). [...] Det handler ikke om penger, men om prinsipper – forpliktelsen – synliggjøre deltakelse. Mer eierskap fra dem hvis de også betale. For at en modell funker man må ha forpliktelse.» (Intervju 7)*

Flere informanter, både kommunalt ansatte og ambulansesarbeidere, mener at kostnadene knyttet til en videreføring kan bli en utfordring.

*«Problemet er bestandig økonomi. Det kan bli en utfordring hvis kommunen må ta den økonomiske biten.» (Intervju 10)*

*«Økonomi kan være en fare. Nå betaler ikke kommunen noe for det ambulansetjenesten gjør for kommunen.» (Intervju 19)*

Det var en forutsetning for prosjektet at det ikke skulle medføre økte personal- eller driftskostnader og økonomi har ikke vært noe tema underveis i prosjektet. Men det er flere som har tenkt på og snakket om hva som kommer til å skje om St. Olav sitt økonomiske bidrag reduseres og at kommunen må betale en andel..

*«Men ressursene kommer fra St. Olav. Vi må snakke om hva som skjer når ressursene blir borte.» (Intervju 20)*

En informant fra kommunehelsetjenesten mener det har vært uheldig at økonomi ikke har vært et tema underveis i prosjektet og er skeptisk til medfinansiering fra sin del av kommunehelsetjenesten. Informanten uttrykker at hvis kommunen må betale for helsevaktbilen så vil ikke vedkommende støtte det.

*«Snakker om det i arbeidsgruppa – hva er føringene. Her er det ingen ting som skulle tilsi at kommunen må betale. [...]. Jeg opplever at når vi prøver å løfte det så er økonomi et ikke-tema. Jeg blir litt redd når økonomibiten er trøkka sånn ned, ikke er et tema. Jeg tenker at helsevaktbilen er et supplement til oss og ikke en nødvendighet. I morgen er det ikke sikkert at vi har den. Vår virksomhet stopper ikke, men det kan bli en forringelse av tjenesten. Hvis det er snakk om delfinansiering så vil jeg komme til å si nei. Hvis vi må betale for den, da sier jeg at vi ikke skal ha den. Når den brukes i legevaktøyemed, da kan de krysse av og tjene. Men i hjemmebasert omsorg trenger vi ikke bilen. Men de må gjøre det de vil i andre delprosjekt.» (Intervju 13)*

Rørosprosjektet har vært gjennomført uten økte personal- eller driftskostnader og økonomi har ikke vært et tema underveis. Det at spesialisthelsetjenesten dekker kommunens kostnader etter at prosjektet er ferdig kan med stor sannsynlighet ikke fortsette. Dette blir et viktig tema ved konkretisering og organisering av driftsfasen.



### 6.3 Ulike forvaltningsnivå – Jus og regelverk

Mens helsevaktbilen og de som arbeider der formelt sett hører inn under spesialisthelsetjenesten, er legevakta en del av kommunehelsetjenesten på Røros. De reguleres derfor av ulike lovverk. Når legevakta og helsevaktbilen nå får et tettere og mer sammenvevd samarbeid kan det oppstå situasjoner som kan være uklare med tanke på hvem som er ansvarlige dersom det skulle oppstå feil. Dette har vært diskutert, og det er bevissthet rundt de utfordringer det kan gi dersom en ikke er bevisst skillene. Samtidig blir de ulike regelverkene og hvordan en skal forholde seg til dem ikke trukket frem som problematisk. En grunn til at det oppleves uproblematisk er at det for det fleste fremgår tydelig hvem som har ansvar for hva i regelverkene.

*«Vi reguleres av ulikt lovverk. Vi (ambulanse og helsevaktbilen) ligger under spesialisthelsetjenesten. I det lovverket oppfatter jeg at ansvarsforholdet er rimelig klart definert. I forhold til legevakt så er det en kommunal tjeneste. Når vi støtter legevakta, så er det allikevel kommunen som har ansvaret. Men våre ansatte som er innunder lov om helsepersonell, det er også ganske tydelig. Jeg mener at det at man ligger under ulike lovverk – det er ikke noe problem. Man kan ha situasjoner der man blir stilt til ansvar. Blir det tilsyn, så vil det bli et tilsyn mot begge. Men legen har et større ansvar.» (Intervju 5)*

En annen grunn til at dette oppleves som uproblematisk kan være at det enda ikke har oppstått uheldige situasjoner der ansvar har måttet fordeles.

Selv om dette så langt har ikke har medført vanskeligheter mht. ansvar, så er det utfordringer når det gjelder tilgang til fag- og journalsystemer på tvers av forvaltningsnivåene. I en driftsfase blir det viktig at utfordringene i dette skjæringspunktet identifiseres og videreformidles til myndigheter og politikere som kan påvirke eventuelle endringer. Informasjonsoverføring og tilgang til fagsystemer på tvers av forvaltningsnivå er eksempel på en slik utfordring.

### 6.4 Ansvar for samarbeidsprosessene

Rørosprosjektet har vært organisert med en styringsgruppe, en prosjektleder samt delprosjektledere, og underveis har det vært tydelig hvem som hadde ansvar for de ulike delene. Ved utfordringer på overordnet nivå på tvers av delprosjektene ble dette håndtert i styringsgruppen, og det var aldri noen tvil om hvem som hadde ansvaret for helheten.

Ved overgang fra prosjekt til drift forsvinner de rollene og arenaene som er tilknyttet prosjektet. Men også i driftsfasen må det finnes arenaer for å håndtere samarbeidet mellom ambulansetjenesten og den kommunale helsetjenesten, både på et overordnet og et operativt nivå. Det er viktig at dette blir håndtert på en slik måte at

det ikke oppstår uklarheter mht. hvem en kan henvende seg til eller hvordan utfordringer skal håndteres. En informant påpeker betydningen av tydelighet når det gjelder ansvar for driften slik at samarbeidet ikke dabber av og dør ut:

*«Må henge bjella på den som har ansvaret. Hvis dette skal gå videre må kommunen opprette en fast representant som sitter i en styringsgruppe eller en arbeidsgruppe som kan handle raskt. Hvis du ikke har bjella på noen, så glir det over. Så skiftes det folk. Så forsvinner det. Har sett det mange ganger. Har hatt så mange gode prosjekter rundt omkring, så byttes det en leder/rådmann som ikke er så engasjert i det. Da glir det tilbake til det gamle. Så glømmer kommunen og sykehuset hverandre. Hvordan sikre linken imellom. Som er annerledes en den linken vi vanligvis har.» (Intervju 30)*

Et prosjekt er definert med resultat- og effektmål samt roller og ansvar. Det er da vanligvis enkelt å få oversikt over hva det styres mot (resultater), hva en ønsker å oppnå (effekter) og hvem som har ansvaret for at det skjer (roller). I en driftsfase må dette oversettes til et *organisatorisk språk*, og det må inngås avtaler mellom aktørene som regulerer samarbeidet. I dette inngår både samarbeidets hensikt, roller og ansvar, organisering av arbeidet samt økonomiske forhold.

Arbeidet med samarbeidsavtaler og oppfølging av disse vil være en viktig del av oppgavene for den som har ansvaret for samarbeidsprosessene.

## 6.5 Opprettholde fleksibel utvikling av oppgaver

Når Rørosprosjektet skal over i drift er det avgjørende å ikke strukturere bort det som har vært en av hovedgrunnene til at en har lyktes med Rørosprosjektet, nemlig fleksibiliteten. Det at delprosjektene ikke fra starten av har vært tydelig definerte har gjort at flere av dem har bestått av oppgaver som skal dekke behov som har oppstått underveis hos ulike helseaktører og flere av tjenestene helsevakta har tilbudt har fylt «gap» - vært oppgaver som ellers ikke ville blitt gjort av andre. Vi ser også at i perioden prosjektet har vart har oppgavene variert. Noen oppgaver har kommet til, mens andre har det blitt mindre av. Det er nødvendig at denne fleksibiliteten blir ivaretatt i en driftsfase, og derfor kan ikke oppgavene eller fordeling av tid helsevakta bruker på ulike aktører være forhåndsdefinert.

Et eksempel på dette er at samarbeidet mellom helsevakta og hjemmebasert omsorg har økt i omfang, noe både HBO og helsevakta mener det har vært behov for. Men helsevakta har kun et gitt antall timer på vakt. Når noen oppgaver øker i omfang er det kanskje andre oppgaver som må reduseres?

I oppstarten av prosjektet ble helsevakta sin tid fylt opp med oppgaver kommunehelsetjenesten selv ikke hadde kapasitet til å gjennomføre. Forebyggende hjemmebesøk (delprosjekt 4) er et slikt eksempel. Dette var en tilleggsoppgave for helsevakta, og den ble sett på som hensiktsmessig i oppstarten.

Det er helsevakta som har den egentlige hovedrollen i dette prosjektet. For at dette initiativet skal være vellykket må det oppleves som meningsfullt for denne aktøren. For helsevakta er det forskjell på kjerneoppgaver og tilleggsoppgaver. Noen av tilleggsoppgavene oppleves å styrke dem med tanke på kjerneoppgavene, mens andre oppleves – ja – kun som tilleggsoppgaver. Og dette kan endre seg underveis.

*«Når det gjelder forebyggende hjemmebesøk, der er vi kun med for å ha den praktiske gjennomføringen. [...] Jeg vet ikke om noen fordeler ved at vi gjør det fremfor kommuneansatte. Det er goodwill fra vår side opp mot kommunen.» (Intervju19)*

Ettersom helsevakta blir mer og mer brukt av andre aktører der helsevakta opplever at de får brukt sin spesialkompetanse, har en kanskje kommet til et punkt der noen av de andre oppgavene ikke lenger skal være en del av helsevakta sine oppgaver.

Ved overgang til drift må samarbeidsavtalene være formet på en slik måte at oppgavene som utføres til enhver tid er de som er mest hensiktsmessige med tanke på å «fylle hull» og også for å utnytte helsevakta sin kompetanse på best mulig måte.

## 6.6 Kompetansekrav for helsevakta

I dag er helsevaktbilen bemannet med ambulansesarbeidere som har videre- eller tilleggsutdanning som sykepleier og/eller paramedic. Det er noe uklart om dette var et krav eller at de som var interessert i å kjøre helsevakt tilfeldigvis hadde den bakgrunnen. Selv om helsevakta selv mener det er tilstrekkelig med fagbrev som ambulansesarbeider for å betjene helsevaktbilen, mener de fleste aktørene rundt, både fra kommunale helsetjenesten og St. Olavs hospital, at minimumskrav til utdanning bør være paramedicutdanning. Som vi har sett tidligere, mener HBO (hjemmebasert omsorg) at helsevaktbilen må være betjent av sykepleiere for at de skal ha full nytte av dem.

I perioder med behov for vikarer har ambulansesarbeidere som ikke har vært paramedic bemannet helsevaktbilen.

*«Vanskelig å gi instruks om at det skal være paramedic for på sommeren må vi bruke vanlig ambulansepersonell. Det er fortrinnsvis de som jobber fast i ambulansetjenesten som får mulighet med helsevaktbilen.» (Intervju 19)*

Fra våre intervjuer virker det som om det er noe ulikt syn på hva som kreves og hva som er ønskelig. I en videreføring må det lages en beskrivelse av kompetansekrav, både for ordinær bemanning og vikarbemanning av helsevaktbilen.

## 6.7 Informantenes betraktninger om videreføring

Vi spurte informantene om deres syn på om prosjektet bør videreføres til en driftsfase. Dvs. om prosjektet bør fortsette og hvilke erfaringer som var nyttige å ta med seg videre. Både blant informanter fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunen er det en klar oppfatning at prosjektet har vært bra og bør videreføres. Ledelsen i ambulansetjenesten uttrykker det slik:

*«Ville hatt dette i drift for lenge siden. Det å utnytte ledig beredskapstid kan umulig være negativt. Jeg ser ikke noen vei tilbake. Det å legge ned dette og få tilbake dagbilen vil være et stort tilbakeskritt.» (Intervju 6)*

Også ledelsen i Røros kommune ser verdien av helsevaktbilen på Røros og håper at den fortsetter å være der etter at prosjektet er avsluttet.

*«Overføring til drift. Håper helsevaktbilen fortsetter å være der. Selv om en kunne tenke seg en bære til. Men skjønner jo at den ikke kommer tilbake. Mye snakk om dette. De fleste håper helsevaktbilen blir permanent.» (Intervju 12)*

Ambulansearbeiderne sier at til tross for at det er en bærebil mindre vil helsevaktbilen være et bra tiltak for befolkningen på Røros, og at prosjektet absolutt videreføres.

*«Hvis de viderefører det slik det er i dag er det fortsatt et veldig bra prosjekt for befolkningen på Røros synes jeg. Dette bør absolutt videreføres [...] Men i det lange løp, og spesielt som forebyggende tiltak så er helsevaktbilen helt enestående. Den biten der er noe vi verken ønsker eller har mulighet til å følge opp i den rene ambulansetjenesten.» (Intervju 25)*

En av representantene fra kommunen ser ingen vanskeligheter med å få prosjektet over i en driftsfase. Helsevakta og samarbeidet med den kommunale helsetjenesten har hittil vært et supplement, men det planlegges at samarbeidet skal bli en del av den ordinære driften, og ikke være et tillegg til tjenesten.

*«Jeg ser ingen utfordringer med å få dette ut i drift. Struktureringen utført av (prosjektleder) var avgjørende. Vi har fått koplet på de riktige personene. Dette er nå et supplement til kommunale tjenester. Hvordan få hjelp av hverandre. Skottene er brutt ned. St. Olav har tatt et ansvar [...] Å jobbe sammen på denne måten har vi fått bra til. Absolutt noe å hente for andre her.» (Intervju 9)*

*Informantenes syn på dette er helt tydelig, uavhengig av rolle:  
**Helsevaktbilen må fortsette og prosjektet bør absolutt overføres til drift.***

## 7 Overføringsverdi til andre kommuner

Rørosprosjektet har fått stor oppmerksomhet både i fagmiljøet og blant politikere og helsemyndigheter. Erfaringer med utprøving av *Mobil integrert helsetjeneste* og *Kommuneparamedic* er interessant med tanke på kunne bruke større eller mindre deler av modellen i andre kommuner og regioner.

Vi spurte informantene om deres vurdering av om samarbeidsmodellen som prøves ut på Røros kan overføres til andre kommuner. Svarene avhenger noe av hvor godt informanten kjenner detaljene i prosjektet. Det er ingen som sier at modellen ikke kan anvendes andre steder, men det trekkes fram noen forutsetninger som vurderes som viktige.

Helsevakta på Røros samarbeider tett med legevakta, og fysisk nærhet til legevaktkontoret var avgjørende ved ny lokalisering av vaktrommet for ambulansetjenesten. Flere informanter framhever betydningen av nærhet til legevaktkontoret som en forutsetning for den samarbeidsformen som er etablert på Røros.

*«Dette fungerer på Røros, du kan ikke ta denne pakken og innføre den et annet sted. For eksempel på Frøya er legen i Orkdal og da fungerer ikke helsevaktbilen. Det er en suksess å legge det til Røros.» (Intervju 6)*

*«Røros har sine unike forutsetninger – ikke alt er overførbart uten videre. Hovedutfordring kan være å få det til å fungere på steder som ikke er nærme doktoren. Men da kan telemedisin kanskje være en løsning.» (Intervju 4)*

Informantene trekker også fram størrelse og lokalisering av kommunen samt avstand til spesialisthelsetjenesten som betydningsfulle forhold ved Rørosprosjektet.

*«Opplegget har størst effekt i distriktskommuner der avstander er store og der det er avstand til spesialisthelsetjenester. Mer i distrikts-Norge enn i byer. Jeg tror det er en fremtidig måte å styrke lokal beredskap i samarbeid.» (Intervju 29)*

*«Det har litt å si hvordan kommunene er utformet geografisk. Og hvordan det er med ambulansetjenesten fra før. Også om de har legevaktkontor.» (Intervju 18)*

Andre igjen er opptatt av at idéene kan overføres men at det må tilpasses stedet det skal innføres.

*«Ingen grunn til at det ikke kan overføres. Lokal tilpasning trengs nok - men prinsippene kan nok overføres. Kanskje bedre egnet for små kommuner. Men kan nok også brukes i Trondheim eller Oslo. De har andre utfordringer hvor en slik tjeneste kunne vært brukt.» (Intervju 3)*

På Røros var det stasjonert to ambulanser men det var en risiko for å miste den ene. Løsningen med helsevaktbil ble derfor et alternativ til å miste den ene bilen. Dette

hadde betydning for hvordan ambulansearbeiderne forholdt seg til det nye prosjektet. For at dette prosjektet skal fungere andre steder må involverte aktører være positivt innstilt. Hvis de opplever at dette er en dårligere løsning enn det de har fra før, vil det ha mye mindre sjanse for å lykkes. Det vil bli skepsis til modellen hvis det kun er en bårebil på ambulansestasjonen og helsevaktbilen erstatter denne. Både nærhet til ambulansestasjon og situasjonen i tjenesten forøvrig vurderes å ha betydning for prosjektet på Røros.

*«Uansett, det var fare for å miste en bil, og det var veldig viktig for å gjøre folk å bli positive til å teste ut. Hvis det ikke er denne premissen det kan være veldig vanskelig.» (Intervju 8)*

*«Ja absolutt. Men ikke så lurt hvis det går på bekostning av døgnbil, der den var eneste bårebil.» (Intervju 21)*

Rørosprosjektet handler om samarbeid, og for å lykkes med et slikt prosjekt er det en forutsetning at dette samarbeidet fungerer, både mellom organisasjoner og mellom mennesker. Denne forutsetning er ikke knyttet til geografi eller andre fysiske forhold, men likevel viktig å gi stor oppmerksomhet ved implementering av tilsvarende prosjekt andre steder.

*«Dette er en modell som kan fungere over store deler av landet. De menneskelige ressursene er kjernen. Vi var heldige som hadde folk med gode faglige og menneskelige egenskaper.» (intervju 17)*

Den samarbeidsmodellen som er utviklet på Røros og de tjenestene som inngår gjelder spesielt for Røros kommune. Et tilsvarende prosjekt i en annen kommune må utvikle en ny modell og nye tjenester som er tilpasset behovene og situasjonen i den aktuelle kommunen. Samarbeid med kommunen er helt sentralt. Erfaringene fra Rørosprosjektet gir økt kunnskap, og med henvisning til Røros vil det være enklere å selge inn en slik modell til politikere i andre kommuner.

*«Nye kommuner må analyseres, det må gjøres et godt stykke arbeid i forkant. Ta folk på Røros på signingsferd.» (Intervju 6)*

*«Må se på hva de har av helsetjenester: erfaring, avklaring med kommune, interesse til å bli med å teste ut. Men nå har vi mer kunnskap om dette på grunn av Rørosprosjektet. Bedre å henvise til Røros i stedet for å be dem om å lese en rapport om et konsept fra utlandet.» (Intervju 7)*

Selv om det ikke er mulig å lage en blåkopi av selve modellen som er utviklet gjennom Rørosprosjektet vil det være nyttig å se på metodene som er brukt – måten å jobbe på for å utvikle og innføre lokalt integrerte mobile helsetjenester.

## 7.1 Overførbarhet - Oppsummering

Informantene har tro på at modellen er overførbar i prinsippet. Men selv om man skal gjøre noe som har vært prøvd andre steder er det allikevel ikke mulig å hoppe bukk over de innledende prosessene som sikrer forståelse, forankring og forpliktelse til det som skal igangsettes. Ettersom denne prosessen vil bli formet av medvirkning fra lokale aktører, kan modellen komme til å se annerledes ut enn den som har kommet ut av Rørosprosjektet.

Samtidig er det noen forhold som er tilstede på Røros og som har vært avgjørende for at prosjektet har lyktes her:

- Legevakt sentralt lokalisert i kommunen
- Ambulansestasjon i kommunen med 2 bårebiler
- Liten kommune, stor utstrekning og lang avstand til sykehus
- Godt samarbeid med kommunen

Alle disse forutsetningene trenger ikke være til stede i andre kommuner som ønsker å innføre mobilt integrerte helsetjenester etter modell fra Rørosprosjektet. Det er derfor avgjørende at det gjøres lokal tilpasning som tar hensyn i kontekstuelle og demografiske forhold i hver enkelt kommune.

## 8 Rørosprosjektet

### – et svar på helse-Norges samhandlingsutfordringer?

Denne rapporten er en kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet – en mobilt integrert helsetjeneste. I gjennomgangen av prosjektprosessen og delprosjektene har kommet frem mest positive resultater, men også områder som kan endres eller tas hensyn til ved nye prosjekter og i videreføringen av dette prosjektet til drift. I analysen av måloppnåelsen ser vi at så og si alle mål en hadde da en startet opp med Rørosprosjektet er nådd. Aktørene mener Rørosprosjektet har ført til færre innleggelse, mer sømløse tjenester, bedre beslutningsstøtte og økt kompetanse blant alle aktørene og høynet kvaliteten på helsetjenestene til Røros sinne innbyggere.

Suksesskriteriene for prosjektet har vært:

- Kompetente aktører på alle nivå med både formell, relasjonell og lokal kompetanse
- At konseptet som skulle innføres har vært dynamisk – aktører har kunnet bidra i utformingen og fylle det med behov de har hatt og behov som har oppstått underveis.
- Det har vært preget av både tålmodighet og noen ildsjeler som har tatt rollen som «motorer», deriblant prosjektledelsen.
- Det har vært høy motivasjonen for å lykkes med prosjektet blant alle involverte aktører, noe som blant annet kom av den situasjonen Røros kommune var i på oppstartstidspunktet.

I tillegg til å avhjelpe de utfordringene Rørosprosjektets mål avspeiler, ser vi også at det kan være et svar på samhandlingsutfordringer helse-Norge står ovenfor i dag. Kommunehelsetjenesten i Norge har gjennom mange år blitt betydelig mer kompleks, noe som fører til nye utfordringer for organisering og arbeid. Overføring av oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten og høyere krav til helse- og omsorgstjenestene gjør at kommunene må levere på effektivitet og kvalitet i større grad enn tidligere (Nakrem 2011). Disse økte kravene i helsetjenestene, har kommet samtidig med, eller på grunn av, inntoget til styringsprinsipper som New Public Management (NPM), det vil si at «... *arbeid, saksgang, mål og måloppnåelse beskrives på standardisert og kvantifiserbart vis slik at det kan kontrolleres ved revisjon (...)*» (Almklov, m.fl. 2017). Ironisk nok har denne økte kompleksiteten i tjenestene ført til behov for slike styringssystemer som gir oversikt, og som med det forenkler oppgaver og tjenester på en slik måte at de lar seg måle og telle. Vi får silobaserte tjenester som



styrer mot det de blir målt på og får belønning på bakgrunn av, nemlig standardiserte og kvantifiserbare indikatorer. Det som ikke kan måles, slik som samordning mellom tjenester og omsorgsrelaterede oppgaver som gir økt livskvalitet, blir usynlig og mister sin verdi. Tjenestene snakker ikke sammen og det blir vanskeligere å gi innbyggere sømløse tilbud med kvalitet og innhold som kun helhetlige tilnærminger til mennesket kan gi.

Jo mer vi går i retning av NPM-lignende styringssystemer, jo større og flere «gap» oppstår i tjenestene. Dette ser vi i helsesektoren så vel som i andre sektorer i Norge. Men det at «hullene» ikke er synlige og det ikke blir gitt noen verdi av å jobbe med dem på papiret, vil ikke si at de ikke finnes. Hvem er det som skal fylle disse hullene som er blitt usynlige og som ikke gir utslag på kvaliteten til en tjeneste (ettersom det ikke kan måles og verdsettes på den måten)? Hvordan skal vi få på plass ordninger eller tjenester som ivaretar det som «faller mellom stolene»?

Det oppstår med jevne mellomrom lokale initiativ i Norge for å bøte på dette. Disse er gjerne uformelle og avhengige av ildsjeler, og organisasjoner som gir ildsjelene et handlingsrom. På ett vis kan vi si at Rørosprosjektet også er et slikt initiativ, selv om det i utgangspunktet startet som et ønske fra den sentrale ambulansetjenesten om å prøve ut et internasjonalt konsept. Rørosprosjektet har vist seg å være et svar på de utfordringer helse-Norge står overfor med å tette «hullene» mellom tjenesteytere. Helsevakta har såpass mye frihet i sitt virke at de kan steppe inn og gjøre de oppgavene som har falt utenfor de moderne styringssystemene, som tetter «gapene».

NPM-styring gjør at vi verdsetter tjenester etter bedriftsøkonomiske parametere. Rørosprosjektet har i prosjektperioden greid å løfte seg over denne NPM-logikken og heller styrt etter samfunnsøkonomiske mål.

Til slutt et lite varsko: For at helsevakta skal inngå som en permanent del av den daglige driften til kommune- og spesialisthelsetjenesten på Røros, må det på plass en eller annen form for formalisering for å rettferdiggjøre og sikre videre drift. En skal i denne prosessen vokte seg vel for å tvinge ordningen inn i eksisterende styringssystemer. Helsevakta kan da fort ende opp med å bli nok en «silo» som etterlater seg nye hull som må tettes.

## Referanser

Almklov, P. G., Ulset, G., & Røyrvik, J. O. D. (2017). *Standardisering og måling i barnevernet. Trangen til å telle. Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis.*

Juvkam, P. Chr., Dale, J., m.fl. (2019). *Konsept Mobilt integrert helsetjeneste En samarbeidsmodell for beredskap, ø- hjelp, omsorgstjenester og forebygging.*

Dale, J. (2019). *Helsevaktbil Røros - Mobil integrert helsetjeneste. Status og videre fremdrift – 2019*

Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Levin, M., og Klev, R. (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner.* Bergen: Fagbokforlaget.

Gjøsend, G., Almklov, P., Halvorsen, K., Storesund, K. (2017). *Vulnerability and prevention of fatal fires*, In: Walls, Lesley, Matthew Revie & Tim Bedford: *Risk, Reliability and Safety: Innovating Theory and Practice: Proceedings of ESREL 2016.* Taylor & Francis Group, CRC Press.

Nakrem, S. (2011). *Measuring quality of care in nursing homes – what matters?* Trondheim: NTNU

Schiefloe, P.M. (2011): *En modell for samfunnssikkerhet.* Oslo. 22 juli kommisjonen, Notat 10/12

Storesund, K. m.fl. (2015). *Rett tiltak på rett sted - Forebyggende og målrettede tekniske og organisatoriske tiltak mot dødsbranner i risikogrupper.* Rapport SP Fire Research og NTNU Samfunnsforskning, for DSB.



## Vedlegg 2 – Intervjuguide

### Intervjuguide – Alle aktører

#### Bakgrunnsinformasjon

- Hvilken fagbakgrunn og stilling har du?
- Hvor lenger har du arbeidet i denne kommune?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?
- Hva vet du om Rørosprosjektet?
- Hvordan har du vært involvert
- Hvilke deler har du vært mest involvert i?

#### Delprosjekt 1: Beredskap og ø-hjelp

- Fakta om delprosjektet
- Hva har fungert bra? Hvorfor?
  - o Samhandling (innenfor egen enhet, med andre enheter og andre forvaltningsnivå)
  - o Ledelse
  - o Ansvar (koordinering)
  - o Kompetanse/læring
  - o Medvirkning og tilbakemelding
  - o (Formell struktur)
- Hva har ikke fungert? Hvorfor? (Barrierer)
  - o Samhandling
  - o Ledelse
  - o Ansvar (koordinering)
  - o Kompetanse/læring
  - o Medvirkning og tilbakemelding
  - o (Formell struktur)
- Hvordan løse opp i disse barrierene?
  - o Samhandling
  - o Ledelse
  - o Ansvar (koordinering)
  - o Kompetanse/læring
  - o Medvirkning og tilbakemelding
  - o Formell struktur
- Hvilke aktører kan være med på å gjøre delprosjektet bedre?
  - o Helseaktører på Røros
  - o Forvaltning på Røros
  - o Helseforetakene (ambulansen)
  - o Helseforetakene (beslutningstakeren)
  - o Prosjekt- «igangsetter» (akuttmedisinsk fagavdeling på St. Olav)

### **Delprosjekt 2: Samarbeid med HBO og sykehjem**

- Underpunkt tilsvarende *Delprosjekt 1*

### **Delprosjekt 3: Individuelle pasientforløp og planer**

- Underpunkt tilsvarende *Delprosjekt 1*

### **Delprosjekt 4: Forebyggende hjemmebesøk**

- Underpunkt tilsvarende *Delprosjekt 1*

### **Rørosprosjektets mål:**

- Resultatmål
  - o Nye samarbeidsformer (mellom organisasjoner og på tvers av forvaltningsnivåer)
  - o Nye arenaer for samarbeid (ambulansesarbeidere og helsepersonell)
- Effektmål
  - o Økt kvalitet på helsetjenester for innbyggere i Røros
  - o Økt kompetanse i helsetjenestene på Røros
  - o Samfunnsøkonomisk – bedre ressursutnyttelse

### **Avslutning**

- Alt i alt – hvordan vurderer du prosjektet?
  - o Hva er annerledes for deg i din jobbhverdag etter at Røros prosjektet ble innført?
  - o Bør det videreføres til drift?
  - o Kan de overføres til andre kommuner?
- Er det noe du vil tilføye?

## Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Forespørsel om deltakelse i kvalitativ evaluering av *Rørosprosjektet*.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å gjennomføre en kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet – Mobilt integrert helsetjeneste. I dette skrivet gir vi deg informasjon om hensikten med evalueringen og hva deltakelse innebærer for deg.

#### **Formål**

Bakgrunnen for Rørosprosjektet er å etablere en mobilt integrert helsetjeneste som kan bidra til å utvikle og styrke lokal helsetjeneste og -beredskap. Dette gjøres ved å videreutvikle medisinskfaglig og operativ kompetanse i ambulansetjenesten. Berørte aktører er ambulansetjenesten, legevakt, fastleger og helse- og omsorgstjenesten i Røros kommune, samt enkelte aktører ved St. Olavs Hospital. Prosjektet startet i begynnelsen av 2018 og holder fremdeles på, og er et samarbeidsprosjekt mellom Røros kommune og St. Olav Hospital.

Denne kvalitative evalueringen du blir spurt om å delta i skal inngå i en samlet evaluering av Rørosprosjektet og gi innspill til beslutninger som skal gjøres rundt prosjektets videre utvikling. Det kan også bli aktuelt å publisere resultater fra den kvalitative evalueringen nasjonalt eller internasjonalt ettersom Rørosprosjektet er interessant med tanke på ny organisering av helsetjenester.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU Samfunnsforskning er ansvarlig for den kvalitative evalueringen av Rørosprosjektet, og St. Olavs Hospital HF er oppdragsgiver.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du er valgt ut til å være med i intervju ettersom du har kjennskap til og/eller er en aktør som er berørt av Rørosprosjektet. Grunnen til at vi tar kontakt med akkurat deg er at prosjekteiere (St. Olavs Hospital HF og/eller Røros kommune) har informert oss om at du er involvert i Rørosprosjektet på en eller annen måte.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I løpet av første halvår 2020 vil vi gjennomføre ca. 10 gruppeintervjuer og 20 enkeltintervjuer med aktører som er involvert i eller berørt av Rørosprosjektet. Gruppeintervjuene vil gjennomføres av forsker(e) på et sted der det er mest hensiktsmessig for de(n) som skal intervjues. Med enkeltpersoner vil vi gjøre en blanding av personlige intervjuer og telefonintervjuer. Enkeltintervjuene vil ta rundt en time mens gruppeintervjuene vil ta ca. halvannen time. Vi vil gjøre lydopptak av intervjuene.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun

forskere ved NTNU Samfunnsforskning som arbeider med denne kvalitative evalueringen som vil ha tilgang til selve datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opptakene vil innen to dager etter at intervjuet er gjennomført bli overført til et sikkert lagringssted med tilgangskontroll og samtidig slettes fra opptaksutstyret. Ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i eventuelle publikasjoner basert på intervjumaterialet.

### ***Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?***

Prosjektet skal etter planen avsluttes etter juli/august 2020. Lydopptak og personopplysninger vil da bli slettet fra sine respektive lagringssteder.

### ***Dine rettigheter***

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### ***Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?***

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU Samfunnsforskning har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### ***Hvor kan jeg finne ut mer?***

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU Samfunnsforskning ved seniorforsker Gudveig Gjøsund, på epost [gudveig.gjosund@samfunn.ntnu.no](mailto:gudveig.gjosund@samfunn.ntnu.no) eller telefon: 918 97 239.
- Vårt personvernombud: Ragnhild B. Øverland på epost [ragnhild.overland@samfunn.ntnu.no](mailto:ragnhild.overland@samfunn.ntnu.no) eller telefon 918 97 727
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

---

### ***Samtykkeerklæring***

Jeg har mottatt og forstått informasjon om den kvalitative evalueringen av Rørosprosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4 – Oversikt over respondenter

Oversikt over ulike kategorier av respondenter som vi intervjuet.

***Prosjekteiere:***

Intervju nummer: 4 - 5 - 6 - 7 - 24

***Kommuneadministrasjon:***

Intervju nummer: 3 - 9 - 30

***Lokale helsearbeidere:***

(Omfatter også enhetsledere og leger)

Intervju nummer: 2 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 20 - 27 - 28 - 29

***Ambulansepersonell og Helsevakt på Røros:***

Intervju nummer: 19 - 21 - 22 - 23 - 25

***Andre:***

Intervju nummer: 1 - 8 - 26