



Sluttrapport fra hovedaktivitet 1–4 i prosjektet Helserom Helgeland

Skrevet av Kari Sand, Merete Rørvik, Kjartan S. Anthun og Nina Vanvik Hansen, SINTEF

Jonas Asheim, Inventas

Astri Gullesen, Helgelandssykehuset

Tonje Johansen, Brønnøy kommune

Basert på aktiviteter, funn og fortolkninger i prosjektperioden 2021–2025

Innhold

1	Bakgrunn og mål	5
2	Fremgangsmåte: Designmetodikk.....	7
2.1	Innsikt fra helsepersonell og pasienter/brukere/pårørende	8
	Prioritering av innsikt	9
2.2	Tjenesteforløp: Fire piloter som utviklings- og testarenaer	10
2.3	Tjenestemodell: Samskaping	11
2.4	Evalueringer	12
2.4.1	Kvalitative evalueringer av opplevde gevinster av Helserom; suksesskriterier og barrierer i intervensjonsprosessen	12
2.4.2	Kvantitativ evaluering av effekten av hybride lærings- og mestringskurs	17
2.5	Metode for implementerings-/spredningsarbeid	18
3	Resultater	21
3.1	Innsikt (Hovedaktivitet 1)	23
3.1.1	Innledende innsikt fra alle involverte i prosjektgruppa	23
3.1.2	Innsikt fra helsepersonell	24
3.1.3	Innsikt fra pasienter	47
3.1.4	Resultater av innsiktsprioritering	51
3.1.5	Grafisk profil.....	52
3.2	Forløp/piloter (Hovedaktivitet 2).....	54
3.2.1	Røddøy-piloten: Samhandlingskonsultasjoner ortopedi	54
3.2.2	Dønna-piloten: Samhandlingskonsultasjoner hud	54
3.2.3	Pilot Slagalarm.....	55
3.2.4	Pilot Desentraliserte lærings- og mestringskurs artrose.....	55
3.2.5	Deltakere i tester av Helseromkonsultasjoner	56
3.3	Tjenestemodell (Hovedaktivitet 3)	59
3.4	Evalueringer (Hovedaktivitet 4)	63
3.4.1	Innledningsvis: Hva er et Helserom nå – etter fire år med samskapende utvikling?	63
3.4.2	Deltakernes evalueringer og funksjon/symptom etter deltakelse på artrosekurs	64
3.4.3	Opplevde gevinster for pasienter, helsepersonell og helsevesenet	71
3.4.4	Årsaker til at Helserom-konsultasjonene fungerte (suksesskriterier)	79
3.4.5	Hva mer må til for at Helserom skal fungere permanent.....	92
3.4.6	Hva er fortsatt utfordringer	95
4	Anbefalinger	99

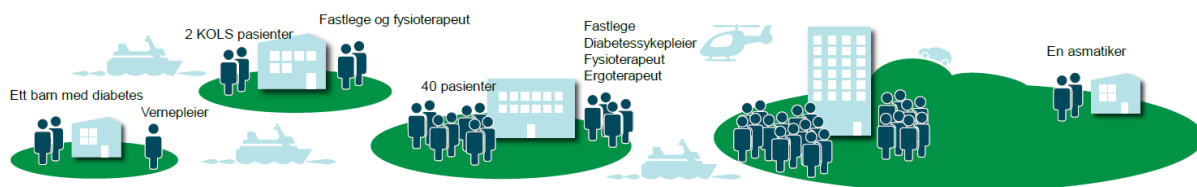
	Finne kontaktpersoner som kan ta Helserom-modellen over fra pilot til drift	99
	Utpeke forløpsansvarlig for hvert enkelt forløp	99
	Bruke felles mål aktivt som styringsverktøy	99
	Bevare delingskulturen	100
	Behandle Helserom som et samhandlingsprosjekt, ikke et digitalt helseprosjekt	100
	Overføre forløp mellom kommuner og settinger	101
	Følge systematisk med på pasientforløp og tjenesteforbruk blant pasienter som har vært på Helserom-konsultasjoner	102
	Vurdere kostnader og nytte av Helserom-konsultasjoner	103
5	Referanser	104

Kapittel 1

Bakgrunn og mål

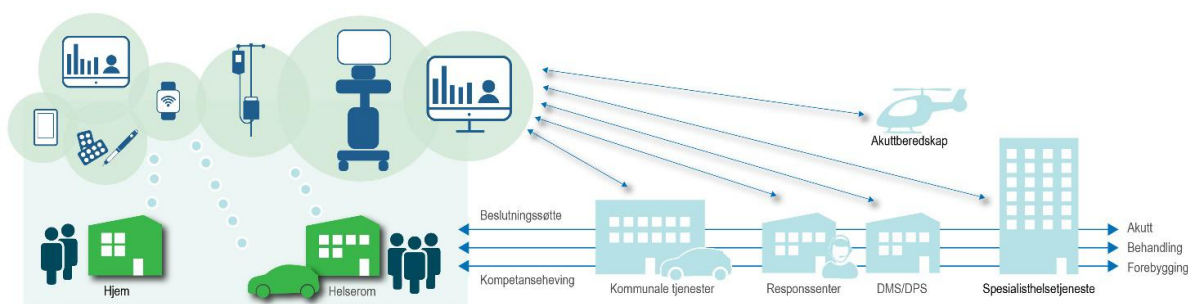
1 Bakgrunn og mål

Bakgrunnen for prosjektet Helserom Helgeland er utfordringer som finnes på Helgeland og i mange andre regioner i Norge: Lang reisevei til både primær- og spesialisthelsetjeneste, og spredt helsefaglig kompetanse på tvers av kommunene. Helgeland strekker seg over et stort geografisk område og er kjennetegnet av spredt bosetning og lange reiseavstander. Mange pasienter må nå sendes til sykehus fordi det ikke finnes et lokalt tilbud som kan gi spesialisert oppfølging og behandling, eller de må flytte til et tettsted eller sykehjem for å få nødvendig helsehjelp. Det finnes ikke et bredt tilbud av helsetjenester i alle kommuner. Helseressurser som diabetessykepleier, kreftsykepleier og til og med fastlege er ikke nødvendigvis tilgjengelig i alle kommuner. På Helgeland er det pasienter som ikke bare har lang reisevei til sykehus, men også til fastlege og legekontor. Med få innbyggere i hver kommune, og på hvert enkelt tettsted eller øysamfunn, varierer også behovet for helseressurser og kompetanse i stor grad. Ett år kan det være tre KOLS-pasienter bosatt i kommunen, fem år senere kan behovet for spesialisert helsehjelp være tilknyttet andre diagnoser. Dette illustrerte vi innledningsvis i Figur 1.



Figur 1 Vår første illustrasjon av utfordringsbildet (illustrasjon Kristine Holbø)

Målet med Helserom Helgeland er å danne grunnlag for å implementere en helt ny tjenestemodell på Helgeland – en ny tjenestemodell for rurale strøk som skal bidra til at pasienter får tilgang til helsetjenester nærmere der de bor i stedet for å reise til sykehus. Kjernen i modellen er *Helserom*. Et Helserom er et konkret rom i et lokalsamfunn, f.eks. i et egnet rom på legekontoret eller sykehjemmet, med medisinsk utstyr og teknologi og helsepersonell som sørger for at pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten kan samhandle på nye måter. Den første måten vi så for oss Helserommet plassert i tjenesten på, er illustrert i Figur 2. Denne rapporten presenterer resultater fra utviklingsprosjektet fra innsikt til evaluering.



Figur 2 Vår innledende skisse av plasseringen av Helserommet i helsetjenesten (illustrasjon Kristine Holbø)

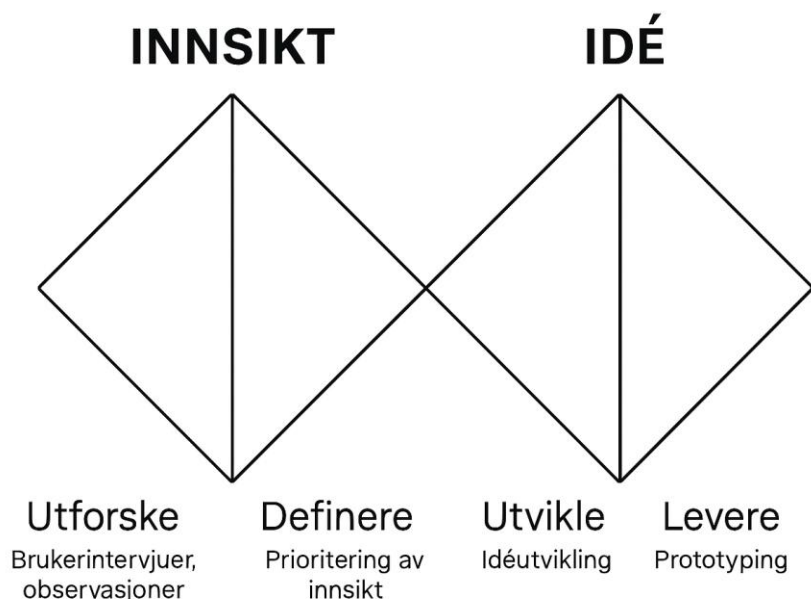
Kapittel 2

Fremgangsmåte

2 Fremgangsmåte: Designmetodikk

Vi har hovedsakelig fulgt prinsipper for tjenstedesignmetodikk i prosjektet. For å utvikle tjenstemodellen tar vi utgangspunkt i tre ulike tjensteforløp, som vi utvikler og tester i det vi omtaler som tre «piloter». Erfaringer med suksessfaktorer og barrierer i pilotene brukes til å utvikle modellen i samskaping med aktører fra helsetjeneste, IKT og merkantile tjenester.

Et av hovedprinsippene i tjenstedesignmetodikk er å skape meningsfulle tjenester med utgangspunkt i brukernes behov (Melles mfl. 2021). Prosessen starter med å kartlegge aktørenes behov. Innsikt hentes inn fra brukergrupper. Metoder vi har brukt i innsiktsarbeidet, er møter, samtaler, workshops, individuelle intervju og gruppeintervju. Intervjuguider blir benyttet for å sikre at både menneskelige, organisatoriske og teknologiske forhold ble belyst, som planlagt i prosjektbeskrivelsen.



Figur 3 Copilot-illustrasjon av den doble diamanten

Designprosessen visualiseres ofte i form av den såkalte doble diamanten (OsloMet. Storbyuniversitetet 2025) (Figur 3) som illustrerer en prosess med to hovedfaser. Diamanten til venstre representerer innsiktsfasen, der man først har en utforskende fase der man åpner opp problemområdet gjennom å samle innsikt bredt, og deretter snevrer inn for å definere de viktigste utfordringene. I den andre diamanten jobber man med å løse problemet gjennom første å åpne opp for idéutvikling og etterpå snevrer inn for å teste og lage løsninger. Modellen hjelper team med å balansere utforskning og fokus, og sikrer at løsninger er forankret i reelle brukerbehov.

Brukermedvirkning har vært en integrert del av prosjektet gjennom hele prosjektperioden. Prosjektet har hatt en fast brukerrepresentant som har deltatt i utviklingsarbeidet fra oppstart til avslutning. Brukerrepresentanten deltok helt fra den fysiske kick-off-samlingen i Brønnøysund ved prosjektoppstart og videre i i digitale workshops, samskapingsaktiviteter og diskusjoner om utvikling og forbedring av tjenesteforløp og tjenestemodell. Brukerrepresentanten har bidratt med innspill fra et pasient- og brukerperspektiv i vurderinger av behov, utfordringer, prioriteringer og forslag til løsninger. Gjennom deltakelse i samskapingsaktiviteter var brukerrepresentanten med på å kvalitetssikre at utviklingen av Helserom-modellen tok utgangspunkt i forhold som er viktige for pasienter og pårørende.

2.1 Innsikt fra helsepersonell og pasienter/brukere/pårørende

Den innledende innsiktsfasen besto av intervju med helsepersonell i perioden mars til desember 2022, og intervju med pasienter/brukere i perioden september 2022 til mars 2023. Dette tilsvarer Utforske-fasen i den doble diamanten, der vi åpnet opp for å samle bred innsikt gjennom intervjuer og tematisk analyse.

Helsepersonell som ble invitert til å delta i intervju, ble valgt ut for å representere alle de tre involverte kommunene, ulike avdelinger på sykehuset og i tillegg erfaring med kurskonseptet Mestringtreff¹. De hadde i varierende grad vært involvert i andre aktiviteter i Helserom Helgeland-prosjektet.

Intervju med pasienter/brukere ble også gjort på Teams. Vi gjennomførte seks individuelle intervju med to intervjuere til stede. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og tematisk analysert.

Tema for intervjuene var erfaringer og behov knyttet til helsetjenester i Helgeland. Guidene dekker pasienters og pårørendes hverdagsliv, tilgang til tjenester, reiseutfordringer, trygghet og bruk av teknologi, samt hvordan pandemien har påvirket tilbudet. For kursdeltakere i Helserom handler spørsmålene om opplevelser før, under og etter kurs, læringsutbytte, praktiske forhold og erfaringer med digitale løsninger. For helsepersonell og andre fagpersoner belyses arbeidshverdag, samhandling mellom kommuner og sykehus, utfordringer i utkantområder og tanker om fremtidens helsetjeneste, med vekt på mer lokal behandling, bedre koordinering og teknologiske muligheter.

Vi dokumenterte innsikt vha. notater, lydopptak og transkripsjoner. Data ble tematisk analysert for å identifisere sentrale behov, utfordringer, barrierer, muligheter og ønskede gevinster som et grunnlag for å utvikle nye pasientforløp og en tjenestemodell som skal sikre et trygt og attraktivt tjenestetilbud for brukere og pårørende. Tematisk analyse innebærer at alle relevante tekstutdrag fra transkripsjonene blir kodet tematisk. Én eller to personer kodet hvert intervju.

Kodene var brede, av typen "Barrierer for effektiv helsetjeneste på Helgeland i dag", "Hva fungerer bra i helsetjenesten i dag?", "Oppfølging av pasienter", "Kommunikasjon", "Om Covid 19", "Samhandling mellom kommuner og sykehus", "Samhandling mellom kommune og kommune" etc. Utdragene fra hver kode ble deretter kondensert og eventuelt sammenslått med andre koder til det vi kan kalle tema (eller kategorier), med undertema (underkategorier).

¹ <https://www.helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helserom-helgeland-lokal-helsehjelp-med-avstandsoppfølging/mestringstreff/>

Prioritering av innsikt

Innsikt fra de innledende aktivitetene i prosjektgruppa og de første intervjuene i innsiktsarbeidet ble analysert og strukturert i ti såkalte innsiktskort før kick-off-samlingen i Brønnøysund i mai 2022. Der gikk vi igjennom alle kortene i plenum (Figur 4), og jobbet deretter med prioritering av disse i grupper (Figur 5).



DET ER BEHOV FOR SYSTEMATISK JOBBING FOR Å FÅ NED ANTALL INNLEGGELSER OG POLIKLINISKE BESØK

Både ansatte på syk kommunene må være henvendte og inn i sykehus. Må finne ut overforbruket skyldes for å kartlegge hvilke faktisk skal til sykehus ikke trenger det

"Jeg mener det er klart at for hver år med de som kaller inn og finne ut av det har sikret å gjøre med både i et samspill, tenner jeg, som gjør at i (sykehus)

"Vi ser jo hvor utfordringene er når de le i kvelden og de har resten av tiden i helsevesen design effektivt, nedre. Så de får legge og har folk med seg, så Det tar veldig på. De blir forresten."

LANGE OG UPRAKTISKE REISER TIL HELSEHJELP ER EN AV DE STØRSTE UTFORDRINGEN FOR PASIENTER PÅ HELGELAND

Lange reiser til syke ressurskrevende. Of bare på en kort kons sykehuset, men må tid på reise, og f.eks ferje for å komme se Lange reiser er svære særlig for eldre pasienter trenger fø helsepersonell fra k bruke mye tid på reise

"Vi har etablert et fast, månedlig møte med det som kalles innstiltet. Vi møtes og gjennom litt felles utfordringer i forhold til pasienter i forhold til helsevesen omsorgssvår på en måte lufte litt frustrasjoner og kanskje snakke sammen gjør at vi samtykker på samhandle og bli bedre forståelse for det."

GOD STRUKTUR OG KULTUR FOR Å SIKRE AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER FÅR RIKTIG TJENESTE TIL RIKTIG TID

På Helgeland finnes det mange eksempler på at det er etablert en god struktur, prosess og kult samarbeidet mellom sykk kommuner om utskrivnings pasienter. Dette ivaretar godt sikrer god kvalitet i

"Vi har etablert et fast, månedlig møte med det som kalles innstiltet. Vi møtes og gjennom litt felles utfordringer i forhold til pasienter i forhold til helsevesen omsorgssvår på en måte lufte litt frustrasjoner og kanskje snakke sammen gjør at vi samtykker på samhandle og bli bedre forståelse for det."

Oppstartsaktiviteter II

MANGE KONSULTASJONER KAN FLYTTES FRA SYKEHUS TIL KOMMUNER

Kommunen utfører allerede en del "sykehusoppgaver", og kan i tillegg ta over mange flere, f.eks. oppfølging av kreftpasienter, hudundersøkelser, neurologiske undersøkelser, oppfølging av brudd og hofte-/kneoperasjoner, psykiatrisk behandling. De kan ta røntgen, ultralyd og EKG. De kan gi cellegift og legge til rette for hjemmedialyse.

"Ni av ti tilfeller kunne vi avklart lokalt. Det å stille et spørsmål om det er operasjonsindikasjon, ja eller nei, hvor vidt man skal behandle kortvarig. Og hvis vi kan avklare konsultativt management lokalt, så har vi ikke behov for å sende dem i taxi til Mo i Rana eller Bodø eller hvor som helst, Sandnessjøen"

Figur 4 Felles gjennomgang av innsiktskortene



1

Stem på to innsikter du mener er viktige å fikse eller beholde slik at pasientene kan få en bedre tjeneste.

2

Basert på stemmene, velg som gruppe de to innsiktene som er viktige å fikse eller beholde - eller lag en ny

3

Presenter som gruppe de to innsiktene dere anså som viktigst + høydepunktene i diskusjonen om verdien dette gir til pasienten

Figur 5 Gruppeoppgave om prioritering

Prioritering av innsikt gjøres for å beslutte i fellesskap hvilke problemområder som får prioritet, slik at den første diamanten i den doble diamanten lukkes ved å konkretisere hvilke behov og utfordring som skal løses i utviklingsfasen.

2.2 Tjenesteforløp: Fire piloter som utviklings- og testarenaer

For å samskape en tjenestemodell valgte vi å utvikle/bruke noen konkrete tjenesteforløp som utviklings-, lærings- og test-arenaer. Vi omtaler disse som «piloter» i prosjektet. Dette tilsvarer Utvikle-fasen i den andre av de to diamantene i Figur 3, hvor ideer og konsepter genereres i samarbeid med så mange ulike relevante aktører som mulig.

Arbeidstittel	Beskrivelse	Bakgrunn
Røddøy-piloten	Ortopediske samhandlingskonsultasjoner der pasienten møter fysioterapeut lokalt i Helserommet, mens ortoped fra Helgelandssykehuset deltar digitalt via video. Konsultasjonen omfatter undersøkelse, dialog og vurdering av videre tiltak.	Utviklet i prosjektet med inspirasjon fra samhandlingskonsultasjoner mellom DMS Brønnøysund og sykehuset, tilpasset lokale forhold uten DMS og uten å måtte ansette samarbeidspartnere fra kommunen i 0 % stilling, for å ha tilgang til felles kommunikasjonsplattformer
Dønna-piloten	Hudkonsultasjoner der pasienten møter fastlege lokalt, mens hudlege fra sykehuset deltar digitalt via video. Lokalt personell utfører prosedyrer som blodprøver eller biopsier etter avtale.	Utviklet i prosjektet basert på behov for trygg bildedeling og rask vurdering av hudproblematikk, samt ønske om å redusere reisebelastning.
Artrosekurs	Desentraliserte lærings- og mestringskurs gjennomført som hybride kurs for personer med mild til moderat artrose i hofte eller kne. Lokale fysisk oppmøtegrupper med kommunale kursholdere/ gruppefasilitatorer til stede, mens spesialister (ortoped, fysioterapeut, ernæringsfysiolog) og brukerrepresentant deltar digitalt og med lokal fysisk gruppe	Utviklet med utgangspunkt i Mestringstreff-modellen og nasjonale retningslinjer, tilpasset desentral organisering og digital samhandling. Ønske om å redusere reise og oppholdsutgifter for pasienter og fagpersoner/foredragsholdere og å gi flere pasienter/deltagere mulighet til å få opplæringstilbudet med bruk av færre fagpersoner og uavhengig av deltagernes egen digitale kompetanse og økonomi.
Slagalarm	Akuttforløp for hjerneslag med fjernstyrt CT og telemedisinsk samarbeid. Ambulanse- og legevaktpersonell på DMS utfører oppgaver som NIHSS-score og administrering av trombolyse etter ordinasjon fra lege via video.	Utviklet som et eget prosjekt i samarbeid med Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune, inspirert av modell fra Finnsnes. Tatt inn i Helserom-prosjektet for å representere akutte tjenester.

2.3 Tjenestemodell: Samskaping

Oppsummering av workshopene

Tabell 1 Samskaping- og erfaringsdelingsaktivitetene i Helserom Helgeland

Dato	Format	Tema/Innhold	Deltakere fra	Antall
22. okt 2021	Digitalt	«Oppstartsworkshop for arbeidsgruppa». Velkomstmøte. Bli kjent med hverandre, prosjektet og metodene. Forventningsavklaring og samarbeidsformer.	HSYK, prosjektledelse, Brønnøy kommune, Dønna kommune, Rødøy kommune, Checkware og SINTEF	n=21
9. des 2021	Digitalt	Ressursgruppemøte	Prosjektledelse og ressursgruppe	n=12
21. jan 2022	Digitalt	“Digital kick off -erstatning” , dvs. erstatning for planlagt fysisk kick-off pga. corona. Omtalte den også som «Ledelsesforankringsworkshop»	HSYK, prosjektledelse, Brønnøy kommune, Dønna kommune, Rødøy kommune, Checkware og SINTEF	n=23
14. mars 2022	Digitalt	Merkevare-workshop	HSYK, prosjektledelse, Rødøy kommune, Dønna kommune, Checkware og SINTEF	n=12
4.-5-mai 2022	Fysiske workshop	Kick off. Oppsummering og prioritering av tilgjengelig innsikt fra oppstart til nå. Presentasjon av designmetodikk. Prioritering av innsikt. Merkevarebygging	HSYK, prosjektledelse, ledergruppe for prosjektet, Brønnøy kommune, Dønna kommune, Rødøy kommune, Checkware, SINTEF, brukerrepresentant, ressursgruppa	n=35
2. mai 2023	Digitalt	Rødøy-piloten: Felles opplæringsdag i bruk av Hololens	Helsepersonell + pilotleder på Rødøy, prosjektleder Helserom, DMS-leder, SINTEF	N=9
18. okt 2023	Digitalt	Rødøy-piloten: Workshop oppstart tjenestemodell-utvikling	HSYK, prosjektledelse, SINTEF, Rødøy, brukerrepresentant	n=12
30. nov 2023	Digitalt	Rødøy-piloten: Mini-workshop for å konkretisere rekruttering av pasienter til Helserom	Rødøy kommune, prosjektledelse, HSYK og SINTEF	n=5
12. feb 2024	Digitalt	Pre-workshop, skissere forløpet med tanke på koordinering IT, timebøker	HSYK, prosjektledelse og SINTEF	n=4
21. feb 2024	Digitalt	Dønna-piloten. Tema: Hvordan vurdere om pasienten skal behandles i helserommet? Hvordan vurdere hvilket helserom pasienten skal sendes til? Hvordan koordinere tidspunkt for timen? Hvordan kommunisere avlysning av time? Hvordan dele nødvendig informasjon om pasient eller time?	Brukerrepresentant; Dønna kommune (lege og helsesekretær); HSYK (hudpoliklinikk, EPJ rådgivere, rådgiver koding, kontortjeneste(merkantil), prosjektleder, SINTEF	n=17

21. juni 2024	Digitalt	Rødøy-piloten , skissere tjenesteforløp for oppfølging og behandling av ortopedipasienter, med særlig fokus på roller, ansvar, informasjonstilgang, informasjonsflyt og samhandlingsbehov	HSYK, prosjektledelse, Pasientreiser, SINTEF, Rødøy kommune	n=7
14. nov 2024	Digitalt	Helhetlig : Workshop om barrierer og hvordan komme over dem	Ressursgruppe og utvidet ledergruppe	n=20
27. juni 2025	Digitalt	Slagalarm -workshop: Helserom-prosjektet lærer av Slagalarm suksesskriterier	Slagalarm-prosjektet og prosjektgruppa i Helserom Helgeland	n=8
25. sept 2025	Digitalt	Helhetlig : Tjenestemodell-workshop: Vi samler deltakere fra alle pilotene for første gang. Alle har testet sine Helserom-tjenester/-konsultasjoner	Aktører fra alle pilotene samlet, inkludert brukerrepresentant	n=15

2.4 Evalueringer

2.4.1 Kvalitative evalueringer av opplevde gevinster av Helserom; suksesskriterier og barrierer i intervensjonsprosessen

Vi har gjort kvalitative evalueringer av opplevde gevinster; og av suksesskriterier og barrierer i intervensjonsprosessen. Evalueringene er basert på følgende datamaterialer:

- Opptak, transkripsjoner og notater fra samskappingsaktivitetene (jf. Tabell 1 for oversikt over aktiviteter og antall deltakere)
- Intervju med helsepersonell som har utviklet og testet Helserom-konsultasjoner, fra Rødøy kommune, Brønnøy kommune, Dønna kommune og Helgelandssykehuset (n=9)
- Skriftlige tilbakemeldinger fra helsepersonell som har utviklet og testet Helserom-konsultasjoner (n=1, som skrev på vegne av flere)
- Intervju med brukere (n=4)

Dataene er analysert ved hjelp av deduktiv tematisk analyse der målet var å identifisere kategoriene opplevde gevinster, suksesskriterier, barrierer og utfordringer. Som rammeverk for å vurdere hvordan kontekstuelle forhold påvirker utvikling og implementering av Helseromkonsultasjoner og -modellen har vi benyttet Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder mfl. 2009, 2022; Reardon mfl. 2025) kombinert med relasjonelle perspektiver (Relational Theory og Relational Coordination Theory).

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) gir en systematisk struktur for å identifisere kontekstuelle forhold som fremmer eller hindrer implementering av komplekse tiltak. Rammeverket dekker både egenskaper ved intervensjonen, organisatoriske forhold, eksterne faktorer, individuelle karakteristika og selve implementeringsprosessen. Dette gjør CFIR særlig relevant for Helserom-modellen, som krever endringer i arbeidsmåter, teknologi og samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten. **Relasjonelle perspektiver** er valgt som supplement fordi vi i prosjektet så tydelig har sett hvordan vellykket implementering av Helserom avhenger av kvaliteten på relasjoner mellom aktører – tillit, felles mål og effektiv kommunikasjon. Kombinasjonen av CFIR og

relasjonelle teorier gir dermed et helhetlig analytisk rammeverk som fanger både strukturelle og sosiale dimensjoner ved implementeringen.

CFIR er et rammeverk for implementeringsforskning som gir en systematisk tilnærming til å identifisere faktorer som kan fremme eller hindre vellykket implementering. Rammeverket består av fem hoveddomener som består av mange såkalte «konstrukter» (beskrivelsen er fra den oppdaterte versjonen (Damschroder mfl. 2022), basert på originalen (Damschroder mfl. 2009), samt en praktisk veiledning for bruk (Reardon mfl. 2025).

I. **Domene 1. Egenskaper ved innovasjonene:** hvordan selve innovasjonen (Helserommodellen) er utformet og oppfattes:

- *Kilden til innovasjonen:* Hvor kommer ideen fra, og oppleves kilden som troverdig og pålitelig. Innovasjoner som kommer fra aktører med godt omdømme og faglig tyngde (for eksempel anerkjente institusjoner eller samarbeid med brukere) har større sjanse for å bli akseptert.
- *Kunnskapsgrunnlaget:* Hvilken styrke er det i kunnskapsgrunnlaget for innovasjonen?
- *Innovasjonens relative fordel:* Oppleves innovasjonen som bedre enn nåværende praksis?
- *Tilpasningsmuligheter:* Kan løsningen justeres/tilpasses til lokale forhold?
- *Utprøvningsmuligheter:* Kan løsningen testes i liten skala før full implementering?
- *Innovasjonens kompleksitet:* Hvor komplisert er innovasjonen? Hvor komplisert er innovasjonen å forstå og bruke (ikke bare implementere)
- *Innovasjonens design og presentasjon:* Hvordan er innovasjonen presentert, hvordan er kvaliteten på designet?
- *Kostnader:* Hvilke direkte og indirekte kostnader følger med, for eksempel til utstyr, opplæring og tid.

II. **Domene 2. Ytre forhold:** Faktorer utenfor organisasjonen, forhold i omgivelsene som påvirker implementeringen. I CFIR tar dette domenet utgangspunkt i den organisasjonen som implementerer innovasjonen. For Helserom-modellen er det ikke én enkelt organisasjon, men et samarbeid mellom kommune og sykehus. Vi kan definere «organisasjonen» som den primære implementeringsenheten – altså den strukturen som har ansvar for å ta innovasjonen i bruk. I Helserom-modellen kan «organisasjonen» forstås som den samlede helsetjenesten som skal levere løsningen, inkludert samhandlingen mellom kommune og sykehus.

- *Behov og preferanser hos mottakeren/sluttbrukerne:* Pasientbehov og preferanser: Hvor godt møter innovasjonen behovene til dem som skal bruke den? Tiltaket/intervensjonen må oppleves relevant for aktørene og møte behov som aktørene selv opplever som viktige for at implementeringen skal lykkes, for eksempel lett tilgjengelig helsehjelp, kort reisevei, kvalitet i tjenesten, trygghet, kontinuitet.
- *Lokale holdninger:* Hvordan ser lokalsamfunnet og lokale aktører på innovasjonen? For eksempel kan Helserom oppfattes som positivt hvis det gir bedre tilgang til helsehjelp, men skepsis kan oppstå hvis det oppleves som en nedbygging av lokale tjenester.
- *Lokale forhold:* Fysiske, økonomiske og sosiale forhold som påvirker implementeringen. For eksempel kan reiseavstand, demografi, lokal kompetanse og tilgang til bredbånd påvirke hvor lett Helserom kan tas i bruk.
- *Partnerskap og nettverk:* I hvilken grad organisasjonen har etablerte nettverk og samarbeid med eksterne aktører.

- *Finansiering*: Hvorvidt ekstern finansiering (som tilskudd eller refusjoner) er tilgjengelig for å implementere innovasjonen.
- *Eksternt press*: Hvorvidt press fra omgivelsene som påvirker implementering. Dette kan brukes generelt, og i tillegg inneholder modellen tre spesifikke typer ytre press:
 - *Samfunnspress*: Press fra kampanjer, interessegrupper eller sosiale bevegelser som kan påvirke implementering
 - *Markedspress*: Konkurransen med andre aktører som kan føre til enten økt motivasjon for å holde seg konkurransedyktig, eller hastverk og dårlig planlegging hvis en innovasjon føles påtvunget.
 - *Press fra kvalitetsmålinger*: Hvorvidt organisasjonen føler press fordi det finnes etablerte mål eller indikatorer for kvalitet, effektivitet eller resultater som må oppnås.

III. **Domene 3. Indre kontekst**: Dette handler om stedet der innovasjonen skal gjennomføres, for eksempel en klinikk, skole eller kommune. Det kan være flere nivåer (avdeling, team, enhet)

Generelle kjennetegn ved indre kontekst; disse finnes uavhengig av om innovasjonen er i gang:

- *Strukturelle kjennetegn: Infrastruktur og organisering som gjør at stedet fungerer.*
 - Fysisk infrastruktur: Utforming og plassløsning.
 - IT-infrastruktur: Systemer for kommunikasjon, dokumentasjon og datahåndtering.
 - Arbeidsinfrastruktur: Organisering av oppgaver, roller og bemanning.
- *Relasjonelle forbindelser*: Kvaliteten på formelle og uformelle relasjoner, nettverk og team.
- *Kommunikasjon*: Kvaliteten på informasjonsdeling, både formelt og uformelt.
- *Kultur*: Felles verdier, normer og holdninger.
 - Menneskelig likhetsorientering: Tro på alle menneskers like verdi.
 - Brukerorientering: Fokus på mottakernes behov og velferd.
 - Leverandørorientering: Fokus på dem som leverer tjenesten.
 - Læringsorientering: Vekt på trygghet, forbedring og bruk av data.

Disse gjelder når innovasjonen skal innføres:

- *Endringspress*: Opplevelse av at dagens situasjon er uholdbar og må endres.
- *Kompatibilitet*: Hvor godt innovasjonen passer med eksisterende arbeidsprosesser og systemer.
- *Relativ prioritet*: Hvor viktig innovasjonen er sammenlignet med andre initiativer.
- *Insentivsystemer*: Belønninger eller sanksjoner som påvirker implementeringen.
- *Oppdragsforankring*: Om innovasjonen samsvarer med stedets overordnede mål og verdier.
- *Tilgjengelige ressurser*: Ressurser som trengs for å gjennomføre innovasjonen.
- *Finansiering*: Penger til implementering.
- *Plass*: Fysisk rom til å gjennomføre.
- *Materiell og utstyr*: Det som trengs for drift.
- *Tilgang til kunnskap og informasjon*: Opplæring og veiledning som gjør implementering mulig.

IV. **Domene 4. Individene**: Dette domenet handler om aktørene som skal gjennomføre innovasjonen og deres egenskaper. Det er delt i to underområder: Roller og karakteristikker.

Underområde 1: Roller: Hvilke typer roller finnes i implementeringen? Toppledere;

- *Toppledere*: Personer med høy autoritet, som beslutningstakere og direktører.
- *Mellomledere*: Personer med moderat autoritet, som leder mellomnivå og har ansvar for team.
- *Opinionsledere*: Personer med uformell innflytelse på holdninger og atferd hos andre.
- *Implementeringsfasilitatorer*: Ekspertter som gir støtte, coaching og hjelp i implementeringen.
- *Implementeringsledere*: Personer som leder selve implementeringsarbeidet.
- *Implementeringsteam*: Personer som samarbeider med lederne for å gjennomføre implementeringen, ofte inkludert leverandører og mottakere av innovasjonen.
- *Annen støtte*: Personer som hjelper implementeringsteamet, men ikke har hovedansvar.
- *Leverandører av innovasjonen*: De som direkte eller indirekte leverer tjenesten eller tiltaket.
- *Mottakere av innovasjonen*: De som direkte eller indirekte får tjenesten eller tiltaket.

Underområde 2: Karakteristikk

- *Behov*: Har personen behov som innovasjonen skal dekke (f.eks. trygghet, velvære).
- *Kompetanse*: Har personen kunnskap, ferdigheter og evner til å fylle rollen
- *Mulighet*: Har personen tid, ressurser og handlingsrom til å gjøre jobben.
- *Motivasjon*: Er personen engasjert og villig til å bidra til implementeringen

V. **Domene 5. Implementeringsprosessen**: Dette domenet handler om hvordan innovasjonen blir innført – hvilke aktiviteter og strategier som brukes for å få det til å fungere. Det skiller mellom selve innovasjonen (det som skal bestå) og prosessen for å implementere den (aktivitetene som avsluttes når implementeringen er ferdig). Domenet viser hvordan implementering ikke er én stor handling, men en serie med aktiviteter som må tilpasses underveis.

- *Teaming*: Personer samarbeider aktivt, koordinerer og jobber sammen om oppgavene. Når folk samarbeider godt, deler ansvar og har klare roller, øker sjansen for vellykket implementering
- *Kartlegging av behov*: Samler informasjon om hva folk trenger og ønsker. Når man forstår hva leverandører og mottakere trenger, og hvilke barrierer som finnes, kan man tilpasse strategier. Hvis man ikke forstår behovene eller konteksten, kan strategiene bomme.
- *Leverandører*: Hva trenger de som skal levere tjenesten?
- *Mottakere*: Hva trenger de som skal bruke tjenesten?
- *Kartlegging av kontekst*: Identifiserer barrierer og muligheter i omgivelsene. Når man forstår hva leverandører og mottakere trenger, og hvilke barrierer som finnes, kan man tilpasse strategier
- *Planlegging*: Avklarer roller, lager tidsplan, definerer mål og suksesskriterier. Klare mål, tidslinjer og ansvarsfordeling gir struktur og forutsigbarhet, mens uklare roller og mål skaper forvirring og forsinkelser
- *Tilpasning av strategier*: Velger og tilpasser tiltak for å håndtere barrierer og utnytte muligheter.
- *Engasjering*: Får folk med i prosessen. Når man aktivt involverer både leverandører og mottakere, skapes eierskap og motivasjon. Hvis nøkkelpersoner eller brukere ikke blir involvert, kan det oppstå motstand.

- *Leverandører*: Motiverer dem til å delta og levere.
- *Mottakere*: Motiverer dem til å delta og bruke tjenesten.
- *Gjennomføring*: Tester og innfører endringer i små steg, justerer underveis.
- *Refleksjon og evaluering*: Samler og diskuterer data om hvordan det går. Løpende vurdering gjør det mulig å justere kursen før problemer blir store. Uten evaluering oppdages feil for sent.
- *Implementering*: Hvordan fungerer prosessen?
- *Innovasjon*: Hvordan fungerer selve tjenesten?
- *Tilpasning*: Justerer innovasjonen og/eller konteksten for best mulig integrering. Evnen til å justere innovasjonen og konteksten underveis sikrer relevans og bærekraft. Hvis man ikke tilpasser innovasjonen til lokale forhold, kan den oppleves som irrelevant.

I tillegg til CFIR-rammeverket, som gir en strukturert tilnærming til å identifisere kontekstuelle faktorer og prosesselementer som påvirker implementering, anvender vi et **relasjonelt perspektiv** for å forstå hvordan kvaliteten på samarbeid og interaksjoner mellom aktører påvirker suksess eller barrierer i innovasjonsutviklingen. To komplementære teorier ligger til grunn for dette: *Relational Coordination* (Bolton mfl. 2021) og et teamorientert perspektiv på implementering (McGuier mfl. 2024).

Relational Coordination (RC) fremhever at effektiv koordinering av arbeid på tvers av roller og organisatoriske grenser krever relasjoner preget av felles mål, felles kunnskap og gjensidig respekt, kombinert med hyppig, presis, tidsriktig og problemløsende kommunikasjon. Disse dimensjonene er gjensidig forsterkende: gode relasjoner gir bedre kommunikasjon, og god kommunikasjon styrker relasjonene. RC-teorien viser også hvordan organisatoriske strukturer – som felles møter, standardiserte protokoller, felles informasjonssystemer, relasjonelle lederroller og insentivsystemer – kan støtte utviklingen av slike relasjoner. Sterk RC er assosiert med bedre kvalitet, høyere effektivitet, økt trivsel blant ansatte og større evne til læring og innovasjon. Dette gir et analytisk rammeverk for å forstå hvordan relasjonelle mekanismer kan bidra til å realisere CFIR-konstrukt som kultur, kommunikasjon og relasjoner og nettverket i domene 3 Indre kontekst, og hvordan de kan påvirke prosesselementer som Engasjering i domenet Implementeringsprosessen.

Teamwork-perspektivet fra McGuier et al. (2024) bygger på IMOI-modellen (Input–Mediator–Outcome–Input) og gir en mer detaljert forståelse av teamnivået som arena for implementering. Her fremheves betydningen av adaptiv teamfunksjon, karakterisert av positive affektive tilstander (tillit, respekt, tilhørighet), effektive atferdsprosesser (åpen og koordinert kommunikasjon) og delte kognitive tilstander (klare roller, felles mentale modeller og mål). Disse faktorene fremmer implementering og er assosiert med bedre resultater. Motsatt utgjør negative affektive tilstander (spenning, mangel på tillit), problematiske atferdsprosesser (konflikt, dårlig kommunikasjon) og manglende felles forståelse betydelige barrierer. Psykologisk trygghet fremheves som en nøkkelfaktor for læring og tilpasning, ettersom den gjør det mulig for teammedlemmer å si fra og dele erfaringer uten frykt for negative konsekvenser. Strukturelle forhold som teamstabilitet, tilstrekkelig bemanning og fravær av rigide hierarkier er også avgjørende for å skape et klima som støtter implementering.

Disse to perspektivene utfyller hverandre ved at RC gir et nettverks- og systemperspektiv på relasjoner og kommunikasjon på tvers av organisatoriske grenser, mens teamwork-perspektivet gir et mikronivåperspektiv på dynamikken i teamprosesser og psykologisk trygghet. Begge perspektivene er relevante for CFIR fordi de konkretiserer hvordan noen av konstruktene kan forstås i praksis. Ved å kombinere CFIR med relasjonelle teorier kan forståelse mer om hvordan og hvorfor hendelser, situasjoner og rammeforhold er suksessfaktorer og barrierer i Helserom Helgeland.

I analysen av hva som har vært vellykket og hva som har vært utfordrende eller som fortsatt er utfordrende med innovasjonen i Helserom Helgeland, gir denne kombinasjonen et særlig verdifullt blikk: CFIR hjelper oss å kartlegge kontekst og prosess, mens de relasjonelle perspektivene gir innsikt i hvordan kvaliteten på samarbeid påvirker evnen til å utvikle og implementere en ny tjenestemodell. Dette er avgjørende i rurale områder der ressursknapphet, profesjonelle hierarkier og geografiske avstander kan skape ekstra utfordringer for relasjonell koordinering og teamfunksjon.

I analysearbeidet er Microsoft Copilot brukt som støtteverktøy til strukturering av tekst og utvikling av foreløpige beskrivelser av kategorier og tema. Alle kategorier, analyser, fortolkninger og konklusjoner er vurdert manuelt.

2.4.2 Kvantitativ evaluering av effekten av hybride lærings- og mestringskurs

Underveis i testingen av piloten Desentraliserte lærings- og mestringskurs utviklet vi også nye evalueringsskjema for deltakerne, med to formål:

1. Tilbakemeldinger på kursopplegg og -innhold der resultatene kan brukes til å videreutvikle kurset til å passe enda bedre til deltakernes preferanser og behov
2. Selvrappotering av hvordan det går med deltakerne etterpå

Deltakerne fikk spørsmål som prosjektgruppa selv utviklet om:

- Hvordan de fikk vite om tilbudet,
- Tidligere erfaring med lignende tilbud
- Varighet av kurset
- Innkalling og informasjon
- Forventninger
- Lokaler og logistikk, inkl. reisevei og kostnader.
- Å delta i gruppe/størrelsen på gruppa
- Muligheten til å stille spørsmål
- Opplevd nytteverdi
- Timing for tilbud om og deltakelse i kurset
- Forbedringsforslag
- Egen atferd, helse og helsetjenesteforbruk etter kursdeltakelsen

Deltakernes funksjonsnivå og symptomer ble målt vha. benyttet to validerte spørreskjema: Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) og Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) i versjonene HOOS Norwegian version LK 2.0 (Oslo Universitetssykehus 2023) og KOOS Norwegian version LK 1.0 (Haukeland universitetssykehus 2023).

Denne datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av den digitale plattformen CheckWare, som ble benyttet til utsending og innhenting av spørreskjema. Pasientene mottok spørreskjemaene digitalt på mobiltelefon, i form av en lenke på SMS. Spørreskjemaene ble sendt ut i forkant av deltakelse på, samt på nytt seks måneder etter gjennomført kurs. I CheckWare måtte pasientene identifisere seg i systemet før de kunne svare på spørreskjemaene.

Funksjonsnivå og symptomer ble analysert av to masterstudenter ved UiT, Norges arktiske universitet, i masterprogrammet digitale helsetjenester (Kjellmo og Knutsen 2025). Dataene fra HOOS- og KOOS-skjemaene ble vurdert som ordinaldata, og det ble derfor ikke gjennomført tester for normalfordeling. På bakgrunn av dette ble det benyttet ikke-parametriske statistiske metoder. For å analysere endring i pasientrapporterte utfallsmål fra før til etter intervensjonen ble Wilcoxon

Signed-Rank Test benyttet. Ved manglende verdi i et målepar ble både pre- og postverdien for det aktuelle spørsmålet ekskludert fra analysen, i tråd med forutsetningene for testen.

Deltakernes evalueringer av kurset og opplevd nytteverdi beregnet vi frekvenser og prosentfordeling for hele utvalget for de r lukkede spørsmål og kvalitativ tematisk analyse av fritekstsvarene.

Aggregeringen er gjort samlet ettersom vi ikke har spurt deltakerne om hvilken lokasjon de deltok fra.

2.5 Metode for implementerings-/spredningsarbeid

Felles problemforståelse, spredning og implementering har vært en viktig del av prosjektet i hele prosjektperioden og blir viktig i videreutvikling av modellen og i videre spredning av modellen.

Fysisk og digitale workshop: Det har vært arrangert fysisk workshop og flere digitale workshop for å involvere helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og brukerrepresentant i utvikling av modellen og for å lette implementering av nye metoder.

Foredrag og innhenting av ny kunnskap: Prosjektleder, FoU ansvarlig og administrativt ansvarlig har holdt flere foredrag for blant annet brukerutvalg, kommuneoverleger/fastleger, i samhandlingskonferansen, forskningskonferansen, markedsdialog, Gode pasientforløp i regi av KS, åpning av distriktsmedisinsk – senter for Sør-Helgeland med NRK og lokal aviser tilstede, artikkel i Brønnøys avis, foredrag i forskningswebinar og mere.

Felles merkevareprofil: Det ble tidlig utarbeidet felles merkevareprofil for prosjektet for å synliggjøre felles eierskap for prosjektet på tvers av Helgelandssykehuset, deltagende kommuner, Checkware, og Sintef.

Felles nettside: Det er utarbeidet en egen nettside for prosjektet på Helgelandssykehusets internettside for å lettere kunne synliggjøre og informere et større publikum om ideer, piloteringer og fremdrift.

Utvidet ledergruppe: Det ble tidlig opprettet en utvidet ledergruppe for prosjektet der ledere fra deltagende kommuner, Helgelandssykehuset, Sintef og Checkware og denne gruppen har hatt jevnlig møter.

Hos alle prosjektpartnerne har øverste leder underskrevet en forpliktende samarbeidskontrakt. Det har ført til at prosjektet har vært ledelsesforankret og lokal ledelse har vært involvert fra første dag. Ved utskiftning i ledelse har de nye lederne blitt involvert og informert.

Faglig sterk ressursgruppe: Fra dag en i prosjektet har det vært opprettet en ressursgruppe for prosjektet som har bidratt med mange gode innspill fra og som har bidratt til å synliggjøre og ta med seg gode innspill fra prosjektet både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Prosjektet har vært vist til i flere andre søknader som vi har hatt et samarbeid med blant annet Digital hjemme oppfølging (DHO) på Helgeland.

Samhandlingssjefene fra Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland har vært involvert fra første dag av prosjektet for å lettere få implementert og få innspill til prosjektet i Helsefellesskap Helgeland og dermed tilpasse modellen til å passe alle kommunene på Helgeland som ønsker dette

Det har vært involvering fra fagfolk fra alle nivå i kommuner og sykehus for å sikre eierskap til modellen og kvalitetssikring av metodene.

Masterstudenter innen digital helse: det har vært et nært samarbeid med UiT og Nord universitet og Masterstudenter fra UiT har skrevet en masteroppgave med utgangspunkt i en av pilotene i Helserom Helgeland. Resultatene skal publiseres i en vitenskapelig artikkel.

Kapittel 3

Resultater

3 Resultater

Dette kapitlet inneholder resultater fra arbeidspakke 1-4 i prosjektet, og består av hhv. innsikt, utvikling av tjenesteforløp, utvikling av tjenestemodell og kvalitative og kvantitative evalueringer av gevinster. Hovedvekten er på resultatene fra Hovedaktivitet 1 og 4, mens for hovedaktivitet 2 og 3 henviser vi også til den andre leveransen i prosjektet, Veileder Helserom Helgeland.

Den kvalitative evalueringen i Hovedaktivitet 4 er foretatt vha. to rammeverk for å studere implementering, en kombinasjon av Consolidated Framework for Implementation Research og de relasjonelle perspektivene Relational Coordination Theory og Relational Theory.

Resultater fra hovedaktivitet 1: Innsikt

3.1 Innsikt (Hovedaktivitet 1)

Hoveddelen av kapittel 3.1 er innsikt fra helsepersonell i kommuner og sykehus (kap 3.1.2). I kapittel 3.1.1 presenteres innledende innsikt fra oppstartsaktivitetene i prosjektet og i kapittel 3.1.3 innsikt fra pasienter/brukere.

3.1.1 Innledende innsikt fra alle involverte i prosjektgruppa

Planene for oppstarten av prosjektet måtte justeres som følge av sosiale restriksjoner under Covid-19-pandemien. Før vi kunne møtes fysisk, gjennomførte vi tre innledende aktiviteter: en workshop i oktober 2021, et møte med ressursgruppa i desember og en digital kick-off med ledere fra klinikk og kommuner i januar 2022. Deltakere på disse aktivitetene er hovedsakelig helsepersonell, inkludert ledere, men også forskere og en brukerrepresentant. Pasientbehovene nedenfor er dermed hovedsakelig beskrevet fra helsepersonells ståsted.

Den sentrale utfordringen som ble adressert i disse innledende aktivitetene, er pasienters behov for å slippe lange reiser til helsetjenester, særlig for korte konsultasjoner som bare består av å prate. Andre eksempler på tjenester som kan flyttes nærmere hjemmet, var kontroll av syn og hørsel og nettbasert behandling innen psykiatri, der det allerede finnes flere tilbud. Samtidig ble det påpekt at noen pasienter ønsker å reise, og at fleksibilitet må ivaretas. Utfordringer med reiser, er ikke bare at de er lange, men også av transporten kan oppleves unødvendig komplisert. Det ble påpekt et behov for å et regelverk som mer fleksibelt slik at pasienten kan reise på den måten som passer best og er mest effektiv ut fra hvor vedkommende bor og hvilke transportmetoder som er tilgjengelige der

Mange pasienter har sammensatte behov, og kan ha best utbytte av tjenester i nærmiljøet. Prosjektet må derfor identifisere hvilke tjenester som kan gis lokalt, og hvilke som fortsatt krever sykehusnivå for å sikre kvalitet.

Dersom tjenesteutviklingen i prosjektet fører til at pasienter selv må bruke digital teknologi hjemme, ble det understreket at det kan føre til et behov for støtte til å bruke digitale løsninger. Det kom forslag om at denne støtten kan gis til brukere både fra fastlege, sykepleier, noen fra hjemmesykepleien eller pårørende.

For helsepersonell ble behovet for ny kompetanse fremhevet, dvs. kompetanse som trengs for å yte tjenester på nye måter. For å gi tjenester av like god kvalitet, så har også helsepersonell har også behov for opplæring i bruk av digitale løsninger. Hvis tjenesten for eksempel skal gis vha. videokonsultasjon, er det viktig å huske at dette er en annen oppgave enn å ha en fysisk konsultasjon, og helsepersonell generelt har ikke erfaring med og kompetanse til å gi tjenester via video – selv om mange nå har mye mer enn for et par år siden.

Kommunehelsetjenesten ønsker å beholde generalistkompetanse og fleksibilitet, samtidig som de får kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. På systemnivå ble det ytret ønske om å bidra til å sikre sømløse tjenester, avklare strukturelle forhold, finansieringsmodeller og ansvarsfordeling. Før innovasjonen startet, anså deltakerne at det i løpet av prosjektet kan bli nødvendig å utvikle helt nye tjenester, for eksempel et mellomledd mellom kommune og sykehus som legger til rette for jevnlig samhandling, og at pasienter bruker helsetjenester på nye måter, for eksempel gjennom selvbetjeningsløsninger hjemme.

Prosjektdeltakerne identifiserte mange mulige gevinster i disse innledende aktivitetene, som de ønsket at prosjektet Helserom Helgeland skulle oppnå. For pasientene handlet det om bedre kvalitet og tilgjengelighet, likt tilbud uavhengig av bosted og digital kompetanse, redusert reisetid og

kostnader, og økt trygghet. Helserommet skal oppleves som et trygt og naturlig sted å få helsehjelp – et like vanlig sted å få helsehjelp i som sykehuset. For helsepersonell bør Helserom- modellen mulighet til tettere samhandling, kompetanseheving og faglig utvikling. For helsevesenet kan dette bidra til økt rekruttering, innovasjon og færre unødvendige sykehusbesøk. Samfunnet kan oppnå reduserte kostnader og klimautslipp.

Det ble også pekt på barrierer i disse innledende aktivitetene. Uansett om man utvikler Helserom flere steder, så vil fortsatt være lang reisevei for mange; det er en risiko for at en ny modell for helsetjenester kan medføre økt arbeidsmengde for både spesialister og fastleger; Opplæring må ikke bli for omfattende; og kommunene må settes i stand til å ta over oppgaver fra sykehusene. Det ble fremhevet også som en risiko at fastlegene mister generalistperspektivet/breddeperspektivet dersom de også skal jobbe mer ut fra et sykehusperspektiv, noe som er svært viktig å forhindre. På samfunnsnivå må vi adressere risiko for over- eller underforbruk av helsetjenester og sikre at modellen ikke øker kostnadene.

Fra disse innledende aktivitetene utledet vi følgende prinsipper for utviklingsarbeidet: For å lykkes må prosjektet dekke reelle behov hos alle aktører og inkludere brukerrepresentanter med ulik erfaring. Vi må analysere kompetansebehov, utnytte eksisterende løsninger og huske at teknologi er et middel, ikke et mål. Det er avgjørende å skape engasjement i kommunene og jobbe samskapende med rom for læring og testing underveis. Prosjektet må legge til rette for utvikling, utprøving og justering, og akseptere at ikke alt fungerer umiddelbart. Resultatene skal være bærekraftige og kunne videreføres i andre sammenhenger.

Disse prinsippene ble tidlig styrende for arbeidet i prosjektet, det vi ønsket å oppnå og det vi anså som avgjørende for å lykkes. Vi kan forstå dem gjennom rammeverket Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) på denne måten:

- *Outer Setting*: Prosjektet skal være rettet mot å møte pasientenes behov for å slippe unødvendige, belastende lange reiser; helsepersonells behov for faglige utfordringer, kompetanseheving og samhandlingsarenaer; og samfunns mål som bærekraft og kostnadsreduksjon.
- *Inner Setting*: Prosjektet skal lykkes gjennom å skape og beholde engasjement i kommunene og på sykehuset, vektlegge samskapning og lage arenaer for læring
- *Characteristics of Individuals*: Prosjektet må dekke helsepersonells behov for opplæring eller kompetanseheving som er nødvendig for å yte tjenester på nye måter, nye arbeidsoppgaver og/eller nye ansvarsområder.
- *Process*: Selve metoden vi valgte for utvikling av modell, med aktiv involvering av nøkkelpersoner hele veien, testing av nye ideer underveis, og kontinuerlig vurdering av hva som fungerer og ikke

3.1.2 Innsikt fra helsepersonell

Resultater innledende innsiktsarbeid: I perioden mars–desember 2022 ble det intervjuet til sammen 19 ansatte i kommunehelsetjeneste og på sykehus, hvorav 9 jobber på sykehus og 10 i kommunen. Informantene har ulike profesjoner og stillinger, bl.a. fastlege, sykehuslege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. En del stillingstyper nevnes ikke her pga. anonymitetshensyn. I tillegg er ansatte innen IKT representert. Noen av informantene har lederstillinger. Fire av informantene har erfaring fra Mestringstreff, så disse representerer nokså like erfaringer – noe som ble hensyntatt i analysene. Alle intervjuene var individuelle og foregikk på Teams. Det var to intervjuer til stede på hvert intervju. Det ble gjort opptak av intervjuene som ble transkribert og tematisk analysert.

Barrierer for effektiv helsetjeneste på Helgeland i dag

Identifiserte barrierene kan tas inn i arbeidet med å utvikle ideer og konsepter for nye tjenestemodell, dvs. at det bør vurderes i samskapende aktiviteter hvilke barrierer en ny tjenestemodell kan bidra til å overkomme.

Lange avstander og små lokalsamfunn

Intervjuene avdekker flere barrierer knyttet til geografiske forhold på Helgeland, både de lange avstandene til helsetilbud for en del innbyggere og små lokalsamfunn. Lange avstander som fører til lange, belastende reiser for pasienter for å komme seg til helsetjenester, spesielt til sykehus, er en barriere som er adressert gjennomgående i dette innsiktsarbeidet. Lange avstander fører også til ressurskrevende reiser både i form av penger, tid og personale. Det er først og fremst de belastende reisene for pasientene som er en barriere for en god helsetjeneste, men det hender at helsepersonell også må bruke tid på forflytning.

Belastende reiser til helsehjelp for pasientene

At pasientene ofte må reise langt til sykehus blir beskrevet som "fryktelig slitsomt" og "galskap" av helsepersonell i intervjuene. Det fremheves at det er spesielt belastende for eldre å måtte bruke så mye tid på å reise, og de kan måtte bruke tid på å komme seg til hektene igjen når de kommer hjem fordi det har vært så slitsomt.

vi ser jo hvor utslitt de er når de kommer tilbake sent på kvelden og de har reist siden tidlig morgen. Og kan sove i halvannet døgn etterpå, nesten. Selv om de får bårebil og de får ligge og har folk med seg, så blir mange kjempesliten. Det tar veldig på. De blir forvirret (intervju 9, kommune)

Helsepersonell gir uttrykk for at det ikke alltid føles bra å be pasienten reise når de vet hvor ressurskrevende det er for dem på alle måter:

Hvor mye skal vi kreve at de reiser? Dra tidlig på morgenen, komme hjem på kvelden for én times behandling på sykehuset. Det er ikke bare å reise heller. Det er slitsomt, de bruker en hel dag for å komme seg frem og tilbake. Og det føles ikke greit heller (...) Men man blir jo veldig lei seg når man ser at pasienten har mange konsultasjoner, og så sier de «jeg orker ikke reise igjen» (intervju 11, sykehus)

Å måtte vurdere avstand og reisebelastning i møter med pasienter er en balanse mellom å ville gi pasienten best mulig god helsehjelp og samtidig spare vedkommende for unødvendig reising. Det vil for eksempel si at fastleger ikke ønsker å henvise til sykehuset såkalt "unødvendig". Kommunalt helsepersonell uttrykker at de ønsker å bli mer kritisk til innkallinger fra sykehuset, og å kunne være med på å avgjøre om det virkelig er behov for at pasienten reiser. Kommunalt helsepersonell anser at de kan bidra konstruktivt i slike valg fordi de ofte kjenner pasienten mye bedre enn det sykehuspersonalet gjør.

det er lange avstander (...) og lang tid til sykehus, så det blir litt sånn- litt utfordrende for legen og litt vanskelig- men jeg forsøker å gjøre jobben best mulig. At det blir mest effektivt og samtidig, ja, ikke belaste andre som sykehuset for eksempel. Slipper å ha unødvendig innleggelser eller henvisninger til sykehus og samtidig forsikre at pasienten får den beste behandling. Det er litt spesielt i disse små kommuner i Helgeland (intervju 7, kommune)

Vi må ringe de som er innkalt for å høre om behovet er virkelig. For vi opplever at vi reiser med pasienter til Mo og de sitter foran legen og reiser seg og setter seg, og så er de ferdige, liksom (...) jeg tror at vi som helsepersonell, vi som kjenner pasientene godt, vi må bli mer kritisk til spesialhelsetjenesten som driver og kaller de inn til alle sorter (intervju 9, kommune)

En reise til sykehuset kan ofte ta en hel dag, eller også innebære en overnatting fordi det ikke går an å reise så langt som man trenger på én dag når reisen innebærer for eksempel ferje eller hurtigbåt.

Hvis for eksempel pasienten skal til lunge eller røntgen eller til øyelegen, det er noen ganger lang reisetid, så det er ikke alltid pasienten er så fornøyd. Hvis de får time for eksempel, ja i Sandessjøen, så må de fleste reise med kveldsbåt og det er eneste mulighet. Det er eneste mulighet, å ta kveldsbåt som går fra Bodø til Sandessjøen og overnatte der (intervju 7, kommune).

Dårlig vær kan i tillegg føre til ytterligere belastning og tidsbruk på reisen:

Så er det mye dårlig vær her da, ikke sant. Det er noe med å komme seg i tid uansett om du tror du ser i god tid, så kan det blir hindringer på veien (intervju 2, kommune)

I tillegg til at lange reiser kan være belastende for pasientene, er de resurskrevende også i form av faktiske kostnader til transport, samt til lønn for eventuelle ledsagere som i mange tilfeller også er helsepersonell.

Pasienten har kjørt i taxi til 20 000 kroner hver vei, altså 100 000 nesten for å få samme beskjeden som de kunne ha fått her (intervju 3, kommune)

de kommer ofte med drosje (...) vi har et veldig høyt forbruk av taxireiser (...) og det slår meg egentlig hvor lett det er å få taxi til sykehus og hvor- Det er en del ting her vi må se på, men veldig mange pasienter kommer med taxi, for mange, tenker jeg. (intervju 10, sykehus)

Konsekvenser av lang reisevei til sykehus: Informantene forteller at én konsekvens av de lange avstandene til sykehus, og de ressurskrevende reisene det medfører, kan være **at tjenester ikke blir brukt**, fordi pasientene vurderer det dithen at det ikke er verdt å ta den turen eller at det er for slitsomt:

det er veldig lang vei sant for en ungdom, en familie å reise inn til [type spesialisthelsetjeneste], tar jo en hel dag ikke sant og det er jo ikke alle som hverken tar seg tid til det eller kanskje har så mye utbytte av det (intervju 2, kommune)

og vi vet at jo lengre unna sykehuset du bor, så er det færre som tar imot tilbudet (intervju 16, kommune)

En annen konsekvens av tidkrevende og belastende reiser til helsetjenester, er **pasientflukt**, det vil si at pasienter heller velge å reise til større sykehus utenfor regionen.

Og ikke minst er det slik at, vi startet egentlig dette med ambulerings i sin tid, først til Mosjøen, mest egentlig for å stoppe pasientflukt, ikke sant. Vi var kjent med at veldig mange pasienter fra Mosjøen de brukte ikke ortopedene i

Mo i Rana, men dro heller til St. Olavs, Oslo eller Bodø. Det betyr veldig mye aktivitet og dermed også penger ut av systemet (Intervju 13, sykehus)

Helsepersonell reiser også: Informantene forteller at helsepersonell også reiser som en del av jobben sin av og til, enten til pasienten eller til et helsetilbud som ytes nærmere pasienten. Dette kan også være svært tidkrevende, særlig dersom reisene innebærer lange båtturer.

Rekrutteringsutfordringer og vikarbruk

Informantene, særlig fra kommunene, forteller om hvordan det er utfordrende å rekruttere og holde på helsepersonell, selv om de anser det som helt vanlig situasjon at de mangler personell:

Vi har jo alltid mangel på personell. Det er jo en sånn klassiker å ha (intervju 4, kommune)

Men vi ser jo i kommunen at det er manko på folk. I helse og i skole og i butikkene (intervju 15)

Rekrutteringsutfordringene fører til utstrakt bruk av vikarer, som igjen har mange negative konsekvenser. Vikarer kjenner ikke prosedyrer og rutiner like godt som fast ansatte som har jobbet på samme sted over tid, og dette kan føre til flere unødvendige henvisninger til sykehus:

vi har veldig mye vikarer i legetjenesten her, som fører til at de ikke kjenner heller til hvilke type oppgaver, hvem som er hvor og hvilken kompetanse vi har. Så det første de gjør på en måte, hvis de får inn en ryggpasient, uavhengig- eller hva som helst av muskel- og skjelettproblematikk (...), så er det jo å henvise dem til spesialisthelsetjenesten (intervju 3, kommune)

Poliklinisk så ser vi at vi har en fastlegesituasjon på Helgeland som ikke er så ulik det landet for øvrig rapporterer med, men den er nok, spesielt for Rana sin del, så opplever vi at det er fastlegemangel og det vil si at den situasjonen gjør at vi får en del henvisninger som kunne ha vært bedre utredet før de kom til oss, men vi tar det inn her likevel (intervju 10, sykehus)

En annen konsekvens av rekrutteringsutfordringer er at enkelte kommuner eller små steder ikke kan tilby enkelte helsetjenester til innbyggerne.

Det som er utfordrende hos oss er å klare å tilby hjemmetjeneste i alle kretser, det klarer vi ikke (intervju 4, kommune)

Men det som vi mangler, det er jo sånn som ergoterapeut, logoped (intervju 9)

Videre er den utfordring for rekruttering at det er få eller ingen søkere til ledige stillinger i flere av kommunene på Helgeland:

Vi prøver nå å motivere kommunen til å ansette en fysioterapeut til i kommunal stilling, for det vi ser er at vi ikke klarer å strekke til når det gjelder oppgaver i skole, på omsorgssenter (...) Så det er vår hverdag, sånn roughly (intervju 8, kommune)

Utfordringen er jo å ha nok folk hele tiden. Vi har bestandig ledige stillinger, for å si det sånn, enten sykepleiere eller helsefagarbeidere. Det er folk som er ute i permisjon i forbindelse med utdanning, det er folk som er ute i svangerskapspermisjoner, langtidssykemeldinger. Ja, sånne ting. Og så er det

lite søking på stillinger. Vi har hatt noen sykepleierstillinger som blir ledig over tid (intervju 9, kommune)

Små lokalsamfunn – på godt og vondt

Å bo og jobbe på små steder har både positive og negative virkninger for helsetjenestene ifølge informantene i intervjuene. En del tjenester eller nye tilbud er avhengig av ildsjeler eller enkeltpersoner som strekker seg langt for å ivareta innbyggerne, ofte langt ut over arbeidstid og arbeidsoppgaver:

så hun kjenner jo til mye av hvordan det er her så hun er en kjent person her, så hun er veldig på tilbudssiden hun da at de kan kontakte henne utenom å kan komme til Mo hvis de er på bytur å treffe henne der og. Det er jo hennes good will da, det er ikke- det går jo på person igjen, det går ikke akkurat på foretaksnivå det da (intervju 2, kommune)

Hvis tilbud blir for personavhengig eller "ildsjel-avhengig", så er det likevel sårbart på lang sikt fordi man da ofte ikke sikrer at tilbudet forankres hos ledelsen eller i helsetjenestens planer:

Jeg er redd for at det blir veldig personavhengig, at det blir en sånn ildsjel- Ja. Og at man glemmer å dra det i gang, så blir det ikke. Det må være litt fokus på å stå på dagsplanen (intervju 15)

En såkalt "bygdeproblematikk" blir også adressert som en barriere for gode helsetjenester på småsteder. Dette handler for eksempel om konkurranse om tilbud mellom små steder innad i en kommune, og at ett lite sted kan føle seg truet dersom et annet lite sted får et tilbud som de selv ikke har.

Når man jobber på et lite sted, er man ofte del av et svært lite fagmiljø, eller kanskje er man helt alene om arbeidsoppgavene. Dette kan være utfordrende fordi man så ofte blir alene om de avgjørelsene som skal tas og må ta mye ansvar:

Du står så mye mer alene i vurderingene dine, så du er litt avhengig av å være trygg på deg selv og trygg på de avgjørelsene du tar. Det er et lite miljø. Jeg har direktenummeret til legen som kjenner pasientene like godt som meg, så vi har på en måte en helt annen måte å samarbeide på (...) Og så merker en forskjell på den ansvarsfølelsen man har, for da jeg jobbet på sykehus så hadde man den stans-knappen rett over senga til pasientene, søke back up. Her er du mye mer alene om dine og du må på en måte stå i det på en annen måte. (intervju 4, kommune)

Helsepersonells arbeidssituasjon: Arbeidsbelastning og lite tid til nye oppgaver

Mange av informantene forteller om en arbeidshverdag med stor arbeidsbelastning, mange oppgaver og lite tid

Men jeg har jo bare én dag i uken også, så jeg har jo ikke all tid i verden. Det er ikke mange jeg kan ta imot heller på én dag. For det skal jo registreres mye også. (intervju 11, sykehus)

Ja, det er knapt. Knapt ja. Det er jo litt, altså, vi får jo alle mer, stadig nye oppgaver. Men arbeidstida er jo syv og en halv time hver dag. Så nå er det jo ganske heftig (intervju 15, kommune)

Ja, kanskje litt sånn, vi fysioterapeutene vi er jo litt som poteter i kommunen, så vi har ganske mange forskjellige oppgaver, så kanskje litt det der med ressurs, ja, at det kan bli litt travelt kanskje. Det kan være en utfordring (intervju 17, kommune)

En slik arbeidssituasjon gjør det blant annet vanskelig å delta i utviklingsarbeid og å sette i gang nye tjenester og tilbud:

det har alltid med hvor mye tid all ting tar å gjøre. Det er det det går på. For jeg har så mange andre arbeidsoppgaver, men jeg synes jo dette her er viktig. Jeg må bare kjenne på meg selv at jeg ikke tar på meg for mye (intervju 11, sykehus)

Det er jo det praktiske, men ellers så er det det her med tid. Og ta seg tid til det. For selv om jeg sier at vi tenker at vi skal fortsette å gjennomføre, så er det jo ikke sånn at det har vært uproblematisk her heller (...) Fordi at da var det såpass trøkk i tjenesten at vi hadde jo egentlig ikke tid, men vi valgte bare å kjøre på likevel (intervju 16, kommune)

Barrierer for samhandling

I dette delkapittelet presenteres det hvilke barrierer informantene har snakket om når det gjelder samhandling både mellom sykehus og kommune og internt på sykehuset eller innad i kommunen. En del sykehusansatte viser også til barrierer for samhandling med andre sykehus.

Barrierer for samhandling mellom sykehus og kommune

Det er to hovedtyper av barrierer for samhandling mellom sykehus og kommune. Den ene typen barriere handler om manglende eller dårlig kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen, noe flere informanter knyttes til at aktørene ikke kjenner hverandre, ikke kjenner hverandres tjenester og tilbud, eller ikke har tillit til hverandre kompetanse. Den andre barrieren er bruk av ulike digitale verktøy, som journalsystemer.

Dårlig kommunikasjon og manglende tillit til hverandres kompetanse: Både kommune- og sykehusansatte forteller om ulike former for manglende kommunikasjon med den andre parten, eller om hva som er hindringer for effektiv kommunikasjon. Ansatte i kommunen kan ha opplevd at de aldri har hørt noe om hvordan det gikk med pasienten når vedkommende fikk behandling på sykehuset, og at de ikke får beskjed om når pasienten er ferdigbehandlet og tilbake i kommunen. Ansatte på sykehuset forteller at det er vanskelig å vite hva kommunen kan tilby og at de ikke klarer å finne ut hvem de skal kontakte i kommunene. Sykehusansatte har behov for å kommunisere med mange kommuner som har ulikt tjenestetilbud.

Og også når [pasienten] da skrives ut, så opplever vi sjelden at vi får tilbakemelding at «nå er, nå er [pasienten] ferdig hos ss, så nå sender vi det videre tilbake til dere igjen» (intervju 5, kommune)

kommunikasjon og det å vite hvem man skal kontakte i de ulike kommunene. Det er ganske sånn.. Jeg føler ofte at det er litt uoversiktlig hva som finnes av tilbud rundt omkring. Det er også uklart hvem man skal kontakte for å få i gang ulike tilbud til pasienter (intervju 1, sykehus)

Flere vurderer det dithen at en spesifikk barriere for god samhandling er at aktørene ikke kjenner til hverandres kompetanse, og dermed heller ikke er trygg på eller stoler på hverandres kompetanse. Informantene foreslår at dette kan forbedres gjennom å ha faste møtepunkter slik at aktørene fra

sykehus og kommune møtes jevnlig slik at det blir helt vanlig for dem å ha kontakt med hverandre – ikke et ekstraarbeid der man må lete lenge for å finne riktig kontaktperson eller riktig tilbud, eller må vente lenge i telefonen for å få svar hver gang man prøver å ringe til noen i det andre tjenestenivået. [Ingen sitat illustrerer dette generelle poenget om tillit, fordi sitatene ikke kan gjengis uten å avsløre informantenes identitet]

Et konkret eksempel på når samhandlingen er utfordrende dersom aktørene ikke har tillit til hverandre, er kommunikasjonen mellom sykehus og kommune når pasienter skrives ut. Det er en utfordring for partene å bli enige om hvilket omsorgsnivå pasientene skal tilbys når de skrives ut. Sykehuspersonalet kan være skeptisk til de tilbudet som kommunen har, og ikke stole på de funksjonsvurderingene som kommunen har gjort:

Både leger og sykepleiere på sykehuset av og til er skeptisk til det omsorgsnivået pasienten tilbys når den skal skrives ut av avdelingen, og at man på en måte- Vi har jo opplevd at vi har hatt pasienter som er ferdigbehandlet hos oss og som vi ser at når kommunene får et tilbud, så kommer kommunene og sier at pasienten skal hjem, de har et innsatsteam som er inne og ser at pasienten skal hjem, så ser vi at- Da sier sykepleiere og leger stopp, de kan ikke hjem, så, vi overprøver på en måte kommunen sitt tilbud og det har vi jobbet veldig med i avdelingen med sengepost spesielt og si at vi må stole på det tilbudet kommunen gir, for vi vet ikke funksjonsnivået egentlig. Vi ser pasienten når den er hospitalisert hos oss, og det er et viktig poeng å ta her (intervju 10, sykehus)

Bruk av ulike plattformer/journalsystemer: Sykehus og kommuner bruker ikke samme journalsystem, og journalsystemene "prater ikke sammen". Dette er ikke en spesifikk samhandlingsbarriere for Helgeland – dette gjelder hele landet. Ulike kommuner har også ulike journalsystem. Når det er ekstra viktig å kommunisere effektivt digitalt, kan det skje at man lager egne løsninger, som informanten i intervju 14 forteller om i samtale med intervjueren her.

Intervjuer: Kan du utdype litt mer, dere sender bilder mellom hjemmesykepleien og sykehuset?

Ansatt: Ja, for noen ganger ringer de jo hjemmesykepleien, spesielt poliklinikken, for der har vi mye såroppfølging, og sykepleierne er jo gode med sår. Så da ringer de oss også og spør hva skal vi gjøre nå, og da er det jo vanskelig å beskrive såret uten å ha et bilde. Så da ber vi dem gjerne om å sende bilde. Så kan vi sammenligne med det vi har sett tidligere, så kan vi se om det har blitt verre i forhold til hva vi har sett tidligere, og så kan vi gi dem tilbakemelding på hva de bør gjøre.

Intervjuer Men hvordan sender man bilde, da? Mobiltelefon?

Ansatt: Ja, det er jo litt sånn til postmottaket på sykehuset, ikke sant, litt sånn, vi spør jo pasienten om det er greit om vi gjør det sånn, men det er jo ikke helt tillatt, tror jeg. For vi har ikke noen sikker måte å gjøre det på. Det er ikke slik at det er godkjent (intervju 14, sykehus)

Det er også vanskelig å kommunisere digitalt mellom sykehus i noen tilfeller. En av informantene forteller at de er nødt til å sende ultralydbilder på en minnepinne i posten fra Helgelandssykehuset til sykehuset i Tromsø.

Barrierer for intern samhandling innad i kommune: Administrasjonen og de ansatte

Noen av informantene fra kommunehelsetjenesten opplever at samarbeidet med administrasjonen i kommunen er for dårlig, eller at administrasjonen ikke har god nok oversikt over hva som trengs for å få helsetjenesten til å fungere godt eller bedre. Ansatte ønsker seg at kommunen tar de ansatte mer aktivt med i diskusjoner og beslutninger:

Hvis jeg skal gå over til det som kanskje er ei utfordring eller fungerer litt dårlig, så er det samarbeidet med administrasjonen i kommunen, altså. Det syns jeg har fungert veldig dårlig over mange år. De har ikke tatt oss med, syns jeg, i planlegging av for eksempel den der [henviser til en kommunal plan], vi er ikke spurt engang. Vi er ikke tatt med på råd om noen ting (intervju 8, kommune)

Barrierer for samhandling på tvers av kommuner

Det er utfordrende å få forankret samme arbeidsform på tvers av flere kommuner fordi rammevilkårene er ulike fra kommune til kommune:

Intervjuer: Ja. Men har dere tre kommunene, som har jobbet sammen om dette her. Har dere snakket noe om hva dere må gjøre for å få dette inn i, forankret, at dere får den ledertilslutningen og forankringen inn i planer og strategier og sånn, for at dette her skal bli et etablert tilbud, eller er dere ikke kommet så langt, kanskje?

Ansatt: Jeg tror ikke vi er helt der. Vi har snakket litt om det, men har ikke hatt det som tema. Og det tenker jeg jo, at det burde vi jo ha et møte om, når vi er ferdig med dette her. At liksom, er dette her noe? Jeg vet jo, som i Brønnøysund, så var det jo, nå når de startet igjen, så hadde de mange halve stillinger, og det var litt vanskelig å finne plass til det. Og de hadde ikke leder akkurat da, og. Jeg er litt usikker på, om en kommune faller ut, at vi ville fått det til på samme viset, da (intervju 15, kommune)

Endrings- eller forbedringsarbeid i helsetjenesten er utfordrende

Som nevnt i et delkapittel over om arbeidsbelastning, så fører mangel på tid i arbeidshverdagen til at det kan være vanskelig for en del ansatte å ha kapasitet til å delta i endringsarbeid i tjenesten eller å ta i bruk nye arbeidsmetoder og -verktøy. I tillegg blir en del andre barrierer for å gjøre endrings- eller forbedringsarbeid i tjenestene omtalt i intervjuene.

Noen informanter forteller om at de har opplevd manglende vilje blant ansatte i tjenesten til å prøve å utvikle tjenesten, eller manglende forståelse eller interesse fra ledelsen til å prioritere endringsforslag som kommer fra de ansatte.

Hjemmetjenesten utvikler seg ikke, det ansettes ikke flere, eller de prøver ikke noe som helst i forhold til hverdagsrehabilitering (intervju 3, kommune)

Det må settes av tid. Også må du på en måte- Jeg tror vi som jobber med det, må føle at det er på en måte greit. At det er en forståelse i avdelinga og til leder. Og det er vel kanskje, frem til nå at vi har vært litt sånn alene (intervju 15, kommune)

Planer om endring kan bli for overveldende, og da er det lett at planene blir lagt bort heller enn å bli gjennomført.

For sengeposten sin del så har vi en del utfordringer der som vi har lokalisert over tid for så vidt også, men vi har laget oss en sånn ellevepunkts handlingsplan på sengeposten med forskjellige, altså, det er små endrings- I og for seg, hvert punkt er på en måte én ting, men vi har identifisert dem, og så har vi sagt at i stedet for å gjøre én stor, revolusjonerende ting så tar vi et og et punkt som vi kan lykkes med, så er det å sette sammen de riktige gruppene for å kunne jobbe med det punktet og sørge for at dette på en måte- At det går framover det arbeidet, for det har lett for at vi lager oss et punkt så klarer vi ikke å følge opp i hverdagen for at sykefravær og livet kommer og spiser oss, i hvert fall, og da legger vi bort sårne- Har lett for å legge bort sårne type saker, så, det å få strukturer på det jobber vi med (intervju 10)

Å bruke nye tilgjengelig verktøy blir ofte ikke prioritert; det trengs for eksempel en viss oppmerksomhet og innsats for å ta i bruk telefon- og videokonsultasjoner, inkludert nye teknologiske løsninger, som helsepersonell ikke tar seg tid til eller orker å prioritere.

vi er for dårlig på å ha telefonkonsultasjoner med pasienter, det vet vi jo om og det prøver vi å ha fokus på, men vi skriver både brev og vi ringer pasienter med prøvesvar, vi har litt for lav andel med polikliniske konsultasjoner som foregår over video, men, ja, vi vil nok jobbe med det også. Vi jobber litt med det, men vi har ikke hatt superstort fokus på det fram til nå, men vi må jo ta tak i det, for det er noe vi må bli bedre på (intervju 10, sykehus)

Og da har vi, og det skal Helse Nord ha, da har vi fått verktøy til å, og det brukes sikkert alt for lite, (Note; uklart hva som blir sagt, merkenavn) og litt forskjellige foretak. Men vi har muligheten nå til å ha en pasient i en liste i vårt journalsystem, så får de tilsendt en link som de kan trykke på, på sin mobiltelefon. Også har man egentlig en video-oppkobling, én til én. Så vi har utstyret tilgjengelig, men det brukes alt for lite, inkludert meg (intervju 13, sykehus)

Når legen i intervju 13 blir spurt om hva som kan være årsakene til at tilgjengelig utstyr ikke brukes, så foreslår hen "latskap og lite forandringsvilje". I tillegg har helsepersonell opplevd at pasientene ikke klarte å bruke digitalt konsultasjonsverktøy, så da legene funnet det mer effektivt å ringe. Hen legger til følgende om legers subjektive preferanser om pasientmøter:

Det enkleste for legen, hvis man ikke tenker på alt det herket som pasienten må igjennom, så er det jo rommet ditt og du åpner døra og henter pasienten inn og ut. En én til én-samtale, fysisk, og en god fysisk undersøkelse er fremdeles det beste som finns. Det må man ikke glemme, tross alt. Så det sitter nok litt langt inne for mine kolleger altså, å gi den tryggheten og enkeltheten i fra seg altså. Å få servert sin fysiske pasient på sølvfat, på sin poliklinikk (intervju 13, sykehus)

Det hender også at helsepersonell frykter at tjenesten ikke blir like god dersom den skal gis på andre måter eller ved hjelp av ny teknologi, og da kan de vegre seg for å i det hele tatt prøve:

Noen av dem sier jo det på forhånd, at de tror det blir dårligere [i.e. kvalitet på tjenesten], men de har ikke prøvd ennå, og hvis de da prøver det, så kan det hende de får en annen oppfatning av det (intervju 14, sykehus)

Å ta i bruk nye løsninger, enten det er teknologi eller nye arbeidsmetoder, krever grundig opplæring. Hvis opplæring ikke prioriteres, er det større sannsynlighet for at endringen mislykkes.

Ja, det ser vi hele tida. At det må bestandig settes ned nok tid til opplæring og at alle får den opplæringa de trenger, før de begynner å ta i bruk noe, eller så blir det jo feil fra start (intervju 19, sykehus)

Endrings- eller forbedringsarbeid i helsetjenesten oppleves også som utfordrende fordi endringer i helsevesenet generelt tar lang tid. Helsevesenet ligger langt etter andre bransjer når det gjelder å ta i bruk ny teknologi.

Organisatoriske barrierer for effektiv helsetjeneste på Helgeland

Helgelandssykehuset har flere lokasjoner

Sykehuset har mange lokasjoner, noe som kan komplisere samhandlingen mellom kommune og sykehus. Sykehusansatte innrømmer at de kunne ha gjort en enda større innsats for at pasientenes reise skal bli så enkel som mulig selv om noen må besøke flere lokasjoner.

For problemet er at Helgelandssykehuset, de har noen avdelinger i Sandessjøen, noen andre i Mosjøen, noen andre på Mo i Rana. Det er litt vanskelig forbindelse (intervju 7, kommune)

Jo da, visst er det det [noen pasienter som må reise flere ganger pga. komplekse behov]. De kommer jo på poliklinikken, og vi forsøker jo å samle de opp da. Vi ser jo at mange av de pasientene her har jo diabetes også. Så vi kunne sikkert ha gjort en bedre jobb ute hvor vi kunne samlet opp så de slapp å reise inn flere ganger, og at man kanskje hadde jobbet bedre fra sykehuset med Teams ut til dem da. Men det fungerer jo ikke riktig sånn på sykehuset, da, det er mange som sitter på hver sin post og jobber med forskjellige ting (intervju 11, sykehus)

Det fortelles også om hvordan oppdelingen i tre lokasjoner har ført til konkurranse og såkalt "interne kamper" mellom avdelinger:

Det er jo denne samhandlingen mellom de tre enhetene [som er utfordrende] (...) jeg vet jo at helsevesenet, det er et stort tankskip, det er ikke lett å snu det, det har stø kurs og det tar lang tid å få svingt det, men jeg ser jo konturene til at man kan begynne å få noen fagområder til å samarbeide på en bedre måte. Det er vanskelig, fordi det har vært årelange, interne kamper som på en måte påvirker organisasjonen på godt og vondt (...) Samarbeidsklima har ikke vært det beste (intervju 10, sykehus)

Behov for innsparinger kan føre til at man mister gode relasjoner til pasienter

Informanter som har deltatt i endringsarbeid eller jobbet i prosjekt, med gode erfaringer, kan oppleve at arbeidet ikke blir videreført pga. behov for innsparinger:

Men jeg har jo bare et prosjekt fremdeles, jeg vet jo ikke. Nå er det innsparing og innsparing på sykehusene, så jeg får jo ikke en fast tjeneste på dette. Jeg håper jo på- Det føles jo litt trist når man har startet på dette her og så lagt planer, og så legges det ned. Og det verste er jo at man mister sine pasienter som man har bygget tillit til da (intervju 11, sykehus)

Teknologiske barrierer

Dersom helsetjenesten innebærer bruk av teknologi eller digitale utstyr, er det en del barrierer knyttet til selve bruken av teknologien. Når teknologien ikke fungerer godt nok, for eksempel at det ikke er god nok lyd i digitale konsultasjoner eller at internettforbindelsen ikke er god nok, er det frustrerende hinder for gode tjenester. Det hender også at ny teknologi som tas i bruk ikke er kompatibel med teknologi som allerede er i bruk, som journalsystemer.

Det er litt sånn teknisk, sånn lyd og litt sånne ting, det har jo innimellom vært litt utfordrende. Sånn internettforbindelsen. Det kan jo være en utfordring. I distriktene. (intervju 15, kommune)

vi er jo helt avhengig av at det skal fungere, om man skal få en bra opplevelse for deltakerne da (intervju 17, kommune)

Systembarrierer

Mulig overforbruk av sykehustjenester blir adressert, og det blir reflektert rundt hva dette kan skyldes:

Det handler om at vi nok tar inn for mye pasienter, både i poliklinikk og legger nok inn litt for mange i sengepostene. Og, det er en komplisert materie hvorfor det er sånn, det er jo- Det har sikkert noe med både kultur og med demografiske forhold sammen i et samspill da, tenker jeg, som gjør at man har lagt opp som virksomhet der man legger inn pasienter, kanskje fordi at det er lange reiseveier, kanskje for at man har problemer med fastlege, for sikkerhets skyld så legger man inn pasienter som har blitt sendt tilbake til omsorgsnivået de kom fra, da (informant 10, sykehus)

Pasientflukten som ble omtalt over, i forbindelse med lange og belastende reiser er også en systembarriere for gode helsetjenester på Helgeland. Å hindre pasientflukt til andre helseregioner har et økonomisk insentiv for sykehusene

Vi var kjent med at veldig mange pasienter fra Mosjøen de brukte ikke ortopedien i Mo i Rana, men dro heller til St. Olavs, Oslo eller Bodø. Det betyr veldig mye aktivitet og dermed også penger ut av systemet. Så det er et ganske stort økonomisk insentiv i møte pasienten der de er (Intervju 13, sykehus)

Framtidsmuligheter i helsetjenesten på Helgeland

I de tidligste intervjuene ble ikke alltid Helserom-ideen eksplisitt adressert, fordi vi ønsket å være åpne for alle mulige ideer og innspill. I senere intervju, særlig med informanter som hadde deltatt i andre aktiviteter i Helserom Helgeland-prosjektet, ble Helserom-ideen og tilhørende tjenestemodell eksplisitt adressert. Det er en styrke med kvalitative semi-strukturerte intervju at man kan tilpasse intervjuguiden strategisk utover i en intervjuperiode for å tilrettelegge for så rike data som mulig.

Spesialisthelsetjenester kan flyttes nærmere pasientens hjem ved at ressurser overføres fra sykehus til kommune: Oppgaver, utstyr, kompetanse, folk, penger

Det er gjennomgående blant informantene i innsiktsarbeidet så langt at de ser for seg mange muligheter for å flytte spesialisthelsetjenester nærmere pasientens hjem, for eksempel til et helserom, og å yte helsetjenester gjennom ulike former for det vi kan kalle «samhandlingskonsultasjoner», dvs. at flere helsepersonell er til stede i samme konsultasjon, enten for opplæring og instruksjoner, for at tjenesten skal bli mer effektiv ved at flere relevante aktører er

til stede på samme tid slik at beskjeder og annen informasjon ikke blir oppstykket, og for å heve kvaliteten på tjenesten gjennom den økte tverrfagligheten som slike konsultasjoner kan legge til rette for. Begrepet samhandlingskonsultasjoner brukes generelt om tverrfaglige konsultasjoner der helsepersonell med ulik kompetanse deltar samtidig. I kapittelet nedenfor om samhandlingskonsultasjoner på Helgeland, innebærer begrepet at det foregår **en reell samhandling mellom kommune og sykehus** i disse konsultasjonene, og også at minst én av deltakerne deltar uten å være til stede fysisk, dvs. gjennom ulike digitale kommunikasjonsløsninger.

Hvordan samhandlingskonsultasjonene kan gjennomføres i praksis

Informantene ser for seg mange ulike konstellasjoner av aktører som kan være til stede i samme konsultasjon, og da særlig at fastlege eller sykepleier fra kommunen er til stede sammen med pasienten i konsultasjonen og at en lege fra sykehuset deltar digitalt. Lokalt helsepersonell kan ha ulike roller i en slik konsultasjon

- Utføre oppgaver som sykehuset vanligvis har gjort – enten vha. direkte instruksjoner der og da eller på bakgrunn av opplæring som har foregått tidligere (i dette tilfellet kan lokalt helsepersonell være enten fastlege eller sykepleier)
- Hjelp pasienten i dialogen med sykehuset – både med å uttrykke seg og å forstå
- Å bistå pasienten dersom pasienten selv skal bruke digitalt utstyr (I de to siste tilfellene er lokalt helsepersonell sykepleier eller hjemmesykepleier. Slike samhandlingskonsultasjoner kunne også ha vært utført i pasientens hjem)

Men bare det å ha videokonsultasjon i samråd med egen fastlege, for eksempel, at det kunne være noe. At du hadde dratt på ditt eget legekontor og så hadde legen hatt videokonsultasjon med spesialisten mens du var til stede og hørte på, kunne absolutt kanskje vært en veldig god idé. (intervju 4, kommune)

det er sikkert mange ting som kan gjøres over kamera når de har en lege og en sykepleier som kan instrueres til å gjennomføre de tingene som legen ville gjort selv (intervju 9, kommune)

Ja, jeg kunne tenkt først at de kunne vært inne og tatt blodtrykket, noen sykepleiere der inne [dvs. lokalt nært pasienten]. Og at man følger opp også med blodprøver innimellom så pasienten slipper å reise inn hit da. Eventuelt at man kan lære de opp via Teams så man har en kontakt og ikke bare telefonkontakt, sånn at jeg ser pasienten også, som kan fortelle litt om hvordan han har det. Man kan også se på hevelser i beina og sånne ting da. Og man kan hjelpe personalet som kanskje møter pasienten, så man ikke bruker legen, men man kan bruke hjemmesykepleie, andre sykepleiere i kommunen, at man får et samarbeid da (intervju 11, sykehus)

mange av pasientene som kanskje kommer til en konsultasjon på sykehuset, hadde hatt bedre av å få gjort den konsultasjonen hjemme, hvis det hadde vært et helsepersonell der, som kunne oversatt eller hjulpet til, fordi legen vil vite sånn og sånn. Okei, da kan sykepleieren hjelpe til sånn at pasienten får uttrykt det, eller vist fram det såret, eller gjort en test på en finger for eksempel, sånne ting, som man må ha pasienten på, altså kontoret for å

faktisk gjøre, men da kunne sykepleieren hjemme hos pasienten gjort de undersøkelsene (intervju 14, sykehus)

Det at pasientene slipper å reise langt til sykehuset blir trukket fram som en positiv gevinst av slike samhandlingskonsultasjoner, men ikke minst også at konsultasjonene anses å bli bedre ved at flere aktører kan delta samtidig. Tverrfaglige konsultasjoner kan føre til bedre avgjørelser for pasienter, det er for eksempel bedre for hjemmesykepleien som har vært til stede og sett for eksempel utviklingen på et sår, er til stede i samme konsultasjon som sykehuslegen som gjør den neste vurderingen av såret. På den måten er alt involvert helsepersonell hele tiden oppdatert:

Men der tenker jeg jo at hjemmesykepleien tjener mye på å for eksempel det her med såroppfølging, ikke sant. De ser at såret forverrer seg, og så ringer de til oss, og ber oss om å ta en vurdering. Så tar vi en vurdering, uten at de helt vet hva vi har tenkt og gjort når pasienten har vært hos oss. De burde heller være med på den der vurderingen, og kanskje utføre det nye måten å gjøre det på, selv, sånn at de skal lære det (intervju 14, sykehus).

Samtidig tilstedeværelse i samme konsultasjon vil også kunne bidra til at kommunikasjonen mellom pasient og alle involvert helsepersonell blir mer effektiv pga. færre mellomledd, noe som reduserer faren for misforståelser eller forglemmelser – i stedet for å sende med pasienten en lapp med beskjeder fra fysioterapeuten til sykehuslegen som denne kommunalt ansatte informanten forteller om:

Så hun tar jo òg opp andre pasientcaser da. Som ikke handler om dem som kom på poliklinikken den dagen, men andre ting som vi lurte på til [lokale] som vi følger med på. Og det er jo kanskje en ting som kan være mulig i helserom Helgeland også, hvis det blir konsultasjoner i et sånt helserom her, at vi kan ta med lokalt helsepersonell inn i konsultasjoner. For nå når noen reiser til sykehus så hender det at vi nesten sender med en lapp med spørsmål fra fysioterapeuten som vi ønsker at de skal drøfte med dem de skal møte på poliklinikk, men vi kunne ha vært i lag med da, der pasienten ønsker det. Kunne jo det ha vært veldig bra (intervju 16, kommune)

Noen av informantene har allerede prøvd slike samhandlingskonsultasjoner, og har god erfaring med at helsepersonell lærer av hverandre underveis i et slikt tverrfaglig møte:

Det er egentlig en nyttig bieffekt, at det konsultasjonen blir en tverrfaglig, kan du si. Jeg må innrømme at jeg har lært litt av fysioterapeut nå, måten de undersøker pasienten på og de innspill som kommer fra henne (...), så det er jo egentlig, det var en tilfeldig bieffekt (intervju 13, sykehus)

Samme informant minner om at slike samhandlingskonsultasjoner ikke brukes i stor utstrekning i dag. Det vil si at dersom det etableres en tjenestemodell med bruk av slike konsultasjoner, så vil de erstatte mer tradisjonelle konsultasjoner mellom én helseaktør (fastlegen, sykepleieren eller sykehuslegen) og pasienten. Å innføre samhandlingskonsultasjoner vil være en ny måte å jobbe på for helsepersonell.

Helsepersonell vil gjerne samarbeide mer på tvers i framtida

De informantene som har deltatt i dette innsiktsarbeidet uttrykker at de ønsker mer samarbeid mellom sykehus og kommune. De ønsker at det blir tilrettelagt for flere møtepunkter, og at det blir helt vanlig å kontakte hverandre på tvers av tjenestenivåer.

Å tilrettelegge for flere møtepunkter innebærer for eksempel faste strukturer for møter, og ikke minst: Ingen må tape penger på å møtes:

Jeg tenker at det må være noen faste strukturer, i hvert fall, det er helt sikkert, men hvordan dette skal foregå- Det vet jeg ikke om jeg har noe fasitsvar på. Som sagt, det må i hvert fall legges til rette for at det er mulig å møtes, altså, det må være lagt til rette for det at, som sagt, problematisert dette med fastlegene i sted, at de ikke har noe insentiv til å sette av tid til å møtes og da er det klart at da blir det ikke gjort heller, så det må finnes noen- Om det er lovpålagt eller om det- Det må være noen ting der, noen møteplattformer som må etableres og så må det ikke være tapsprosjekt for noen av de som skal være involvert i det. Jeg har ikke noe godt svar på det, men det er noen strukturer som må være på plass her (intervju 10, sykehus)

Det nevnes ulike formål ved å få flere møtepunkter, for eksempel å dele kompetanse og lære av hverandre, å holde seg oppdatert på eget fagfelt, og å holde bedre oversikt over pasientens totale forløp:

Ellers også det her med å, man kunne vært mye flinkere på å hospitere. Vært litt rundt og hatt besøk hos oss og vært på besøk hos andre, og lære av hverandre. Ja. For å dra nytte av, av hvordan andre gjør ting. (intervju 5, kommune)

Vi har savnet et tverrfaglig, mer tverrfaglig samarbeid. Vi har et godt samarbeid med legene, men det hadde også vært bra å ha med sykepleiere og andre hjelpepleier, altså den delen også. For de fanger jo og opp mye av det som skjer, spesielt nå når folk skal bo lengre hjemme (...) så fanger jo de opp de her tingene tidligere. Spesielt de som jobber i hjemmesykepleien, ikke sant, og de som jobber på omsorgssenteret eller sykehjemmet, så man kunne ha hatt en sånn møteplass (intervju 8, kommune)

Både ansatte i kommunen og på sykehuset ser for seg at det burde bli lettere i framtida for fastleger og andre i kommunen å henvende seg til sykehuset.

Jeg skulle jo ha ønsket, som sagt, om man kaller det Helserom eller ikke, men i hvert fall et forum der vi som er ute i distriktene kan nå til kompetansen på spesialisthelsetjenesten, før avklaringsbiten. Fordi at da slipper vi å sende alle sammen. Hadde vi vært samlokalisert, eller at vi hadde en prosedyre i kommunen som sa at alle muskel- og skjelettplager skulle ha snakka med fysioterapeut før de vurderes henvist videre (intervju 3, kommune)

Det kunne man i prinsippet også hatt et kamera på et legekontor, og holdt slike linjer åpne. Du kunne spart mange, mange unødvendige henvisninger, og mye raskere pasientbehandling. Men klart du må ha den ressursen avsatt på sykehuset, da. Sånn konsultativ bistand (intervju 13, sykehus)

Det vises også til et behov for at aktører i ulike nivå av helsetjenesten kjenner hverandre og hverandres tilbud og kompetanse bedre, fordi dette vil kunne føre til at aktørene i helsetjenesten har bedre tillit til hverandre og stoler på hverandres kompetanse – et sentralt premiss for god samhandling:

Så, samarbeidet med kommunen, økonomien må på plass, men det å samarbeide, stole på hverandre og bygge tillit imellom er også veldig viktig for at vi skal lykkes med dette her, tenker jeg, da. Så økonomi er ikke alt, men helt klart en viktig del av det (intervju 10, sykehus)

Eksempler på tjenester som kan gjennomføres lokalt

Informantene foreslår også mange ulike typer helsetjenester som kunne ha vært utført nærmere pasienten i stedet for på sykehuset, gjerne polikliniske tilbud. I tillegg til de eksemplene som presenteres nedenfor, er også forebyggende tjenester og pasientinformasjon nevnt av noen få informanter som aktuelle tjenester som kan gis nærmere eller i pasientens hjem.

Kirurgi/ortopedi: avklaringer og oppfølging

I forbindelse med både planlagt eller akutt ortopedisk kirurgi, er det mange informanter som ser for seg helsetjenester kan tilbys lokalt i stedet for på sykehus. Ved brudd eller mistanke om brudd kan det avklares lokalt – vha. tilgjengelig utstyr til for eksempel røntgen eller gipsing, helsepersonell til stede lokalt som kan gjøre funksjonsundersøkelser og sykehuspersonell til stede digitalt – hvorvidt pasienten trenger å reise til sykehuset eller ikke for videre behandling:

Ni av ti tilfeller kunne vi avklart lokalt. Det å stille et spørsmål om det er operasjonsindikasjon, ja eller nei, hvor vidt man skal behandle konservativt. Og hvis vi kan avklare (...) lokalt, så har vi ikke behov for å sende dem i taxi til Mo i Rana eller Bodø eller hvor som helst Sandnessjøen (Intervju 3, kommune)

Å ha for eksempel sånn ultralyd og røntgenapparat som sikkert mange pasienter slipper å reise hvis de har sånn der mistanke om enkle brudd som kan behandles bare med gipsing og alt, ikke sant. Hvis man slipper å reise til sykehus for å ta en røntgen og heller ta den selv, kommer det til å hjelpe veldig mye. Som du sa også, ultralyd på ganske enkle spørsmål kan også hjelpe også. (intervju 7, kommune)

Det vi leker litt med tanken på, er om vi burde hatt i Sandnessjøen eller Brønnøysund, på sykehuset- for det som skjer av og til er at vi har pasienter som brytter håndledet, ikke sant, da burde man dra det litt på plass. Og så blir pasienten ofte sendt til oss. Og da har vi lekt litt med tanken- om det hadde vært en turnuslege på andre siden, HoloLens på, og vi bistod dem via HoloLens. Det hadde gitt dem en trygghet (intervju 13, sykehus)

Men en sånn fall-poliklinikk kunne kanskje vært gjort digitalt. Men jeg er usikker på hva de har med av funksjonsundersøkelser da. Når man skal gjøre en funksjonsundersøkelse, må man jo være et sted der noen kan utføre den, da. Og det kan jo hende det kan gjøres av sykepleier eller leger på Rødøy legekontor. Og der er det jo å kunne diskutere det med medisinsk klinikk egentlig, som ja. (intervju 14, sykehus)

Også i oppfølging etter behandling for brudd eller for eksempel hofte- eller kneoperasjoner kan også gjøres uten at pasienten trenger å reise:

Men jeg ser jo oppfølging etter brudd og hofte/kne-operasjoner og sånn der de må til Mo. Det er klart at vi skal ha en kontroll med nytt røntgenbilde - det forstår jeg. Men da tenker jeg også at hvorfor må de reise til Mo for å ta

røntgenbilde? Kan de ta det i Sandnessjøen, og så kan de eventuelt få det til Mo dersom det er der de vil de det? På grunn av den reisen (...) Men når det gjelder bare det å se på hvordan det fungerer, hvordan det ser ut og hvor mobil pasienten er, så må man kunne gjøre det over- ja, i et helserom i kommunen (intervju 9, kommune)

Medisin: Alt fra blodtrykksmåling til cellegiftbehandling og dialyse kan gjøres lokalt

Informantene nevner vindere at nevrologiske og revmatologiske undersøkelser og konsultasjoner kan gjøres lokalt via samhandling med sykehuset, samt lungefunksjonstester, blodprøver, blodtrykksmålinger, dialyse og cellegiftkurer. For noen behandlinger eller tester er det ikke tilstrekkelig å bare ha en samhandlingskonsultasjon med sykehuset; det må også være infrastruktur for å sende resultater eller bilder:

hvis man har en sykepleier eller en del type ressurser som kan koble på litt EKG-apparat, blodtrykksmåler, altså, at det blir, ja, så er det en del ting, en del data som kan sendes digitalt så har man spesialist i andre enden av det som kommer ut (intervju 10, sykehus)

Å få behandling lokalt blir ansett som spesielt viktig for eldre og kronikere som er i hyppig kontakt med helsevesenet. Selv om mange er avhengig av ressurskrevende behandling, kan man tenke at man flytter ressursen nærmere pasienten i stedet for at pasienten reiser:

Hvis vi snakker om hjertesvikt så er jo den pasientgruppen gammel, det er jo ofte eldre personer og jeg ser jo helt klart at det hadde gått an å følge disse opp nærmere der de bor. Det er lite ressurskrevende, det er bare at man flytter ressursen (intervju 6, sykehus)

Hud: Sår og utslett

I flere intervju blir det nevnt at ved hjelp av teknologi kan hjelpe legen med å avklare om pasienten trenger å reise til hudlege på sykehus. I tillegg kan samhandlingskonsultasjoner med digital deltakelse fra hudlege e.l. på sykehus kunne hjelpe lokalt helsepersonell med å vurdere hva som skal gjøres med et sår også med selve sårstellet:

Eller hjelpe til med å vurdere et sår. Hvordan man skal- man kan instruere noen i å pleie et sår, som ikke er vant til det ellers (intervju 13, sykehus)

og når det gjelder andre ting, så ser jeg også for meg det her med utslett og sår og de her tingene. For når det gjelder hudlege så må de langt av sted. Så sånne ting er jo også noe som vi godt kan få til (intervju 9, kommune)

Psykatri

Ikke mange av informantene nevner psykiatrisk behandling og oppfølging som aktuelle tjenester lokalt, selv om de kjenner til at det er gjort mer innen psykiatrien når det gjelder digitale behandlingsmetoder enn innen somatikk:

Kan også hjelpe veldig mye med, særlig med, psykiatri pasienter også. (intervju 7, kommune)

Og det er jo kanskje mer der som kan gjøres på digitalt, innenfor medisin og psykiatri. Psykiatri er jo kommet langt (intervju 14, sykehus)

Når det gjelder hvilke typer tjenester som kan utføres lokalt i stedet for på sykehus, så er det overordnet sett viktig at modellen for dette tilrettelegger for mange ulike typer tjenester fordi det er så få pasienter på hvert sted at det ikke vil være bærekraftig å tilby bare én eller noen få tjenester:

Så jeg tror veien å gå er en sykepleier, eller en legesekretær, og ikke bare ortopedi, men blande det litte gran, på formiddagen tar du tre-fire ortopedipasienter, og senere tar du noen kreftpasienter og en medisinsk pasient (intervju 13, sykehus)

Forutsetninger for å utvikle nye løsninger for framtidens helsetjeneste

De fleste informantene som har deltatt i dette innsiktsarbeidet, er optimistiske og kreative når de snakker om hvordan sykehus og kommune kan yte helsetjenester i framtida for å sikre at flere tjenester kan tilbys nærmere der folk bor vha. for eksempel samhandlingskonsultasjoner, kompetanseoverføring, å flytte på utstyr og å ta i bruk ny teknologi. Mange er i tillegg analytiske med tanke på hvilke forutsetninger eller betingelser som må være på plass dersom nye arbeidsmåter skal bli en realitet i framtida.

Personale og utstyr

Det de fleste først tenker på når det gjelder hva som må være på plass for at for eksempel samhandlingskonsultasjoner skal kunne fungere, er tilgjengelig personale og internett. I tillegg kommer medisinsk utstyr til å gjennomføre testing og behandling, og utstyr til kommunikasjon. Sitatene nedenfor er stort sett fra sykehusansatte, så det er først og fremst disse som ser for seg hva som burde vært til stede lokalt for å flytte sykehustjenester.

Ja, som sagt, systemet med å undersøke, og ha vanlig ortopediske planlagte konsultasjoner i Brønnøysund, det fungerer. Og det kan vi egentlig gjøre hvor som helst, så lenge du har en fysioterapeut, eller minst en sykepleier, på den andre siden, og en stabil internettforbindelse (intervju 13, sykehus)

men da må det finnes noen der ute som gjør de kontrollene som vi må ha da, som blodtrykk og kontroller av ulike blodprøver og sånt da. (intervju 11, sykehus)

Når det gjelder personale, så må det lokalt være en tilgjengelig for eksempel sykepleier til stede som har tid til å delta i samhandlingskonsultasjoner, og som vet hvordan utstyr som tidligere har vært forbeholdt sykehus, skal brukes (opplæring er et sentralt aspekt av dette; se eget delkapittel).

hvis man har en sykepleier eller en del type ressurser som kan koble på litt EKG-apparat, blodtrykksmåler, altså, at det blir, ja, så er det en del ting, en del data som kan sendes digitalt så har man spesialist i andre enden av det som kommer ut, og så, ja (intervju 10, sykehus)

Det er videre viktig å sikre kontinuitet i tilgjengelig personell, slik at modellen ikke blir sårbar. Noen er bekymret for dette med tanke på vikarbruk, særlig bruken av mange fastleger på små steder.

Jeg tenker at da må vi i hvert fall ha faste leger på plass. At man er helt sikker på at den lege-biten er god. Ellers så vil det føles utrygt tenker jeg, sånn i utgangspunktet (intervju 4, kommune)

Punkt to er litt kontinuitet, at du har liksom de samme folkene der ute på den, ute i huttiheita, at du trenger ikke lære opp én hver gang man har dette. At man har noen som har vært de siste fem åra, og skal være de neste fem åra.

Kontinuitet, punkt to, altså. Så kommer det til å gå veldig fort altså, jeg ser ikke noen stor utfordring med det altså (intervju 13, sykehus)

Der er jeg litt usikker på hvor god legedekninga er på Rødøy. Fordi at man kunne sagt at det var veldig bra å ha fastlege, men hvis det er stadig nye, så tenker jeg at man kanskje heller skulle si at en sykepleier, eller en leder for (note; uklart hva som blir sagt) sykepleier, men man må jo ha et samarbeid med fastlegen også. Men en sykepleier som er fastboende, vil være mer, da blir det mer kontinuitet, enn at man satser på vikarlege (intervju 14, sykehus)

Selv om det går an å flytte utstyr fra sykehus til for eksempel helserom for at mer helsehjelp kan gis lokalt, trengs det ifølge informantene en del avklaringer om hvor dette utstyret skal plasseres – man kan ikke ha dyrt og avansert utstyr overalt.

dette er et ultralydapparat som koster en og en halv million, så det spørs om man kan sette ut et sånn apparat på hver en fjellknaus og hver en øy på Helgeland, det tviler jeg sterkt på (intervju 6, sykehus)

Enn så lenge for en koloskopi så må du nok reise inn til sykehuset, vi har ikke noen roboter som vi kan tilby som gjør dette desentralisert eller som vi kan styre. Vi kan ikke ha koloskopiutstyr stående på hvert et helserom, for det er det for dyrt til, altså, det må vi sentralisere. Vi har det på tre plasser på Helgeland i dag, så koster det- Både undersøkelsesutstyret blir en slags begrensning her. Det må være fornuft i det, altså, hvor mange plasser skal vi ha dette utstyret? (intervju 10, sykehus)

Videre er det viktig å avklare akkurat hvilket utstyr som trengs for å få gjort jobben bra, sånn at man ikke bruker mer avansert utstyr enn nødvendig:

Men, noen kaller det litt for en gimmick, men, jeg har troen på det der. Men man kan også gjøre mye enklere altså. I en vanlig samtale, i en enkel undersøkelse eller, noe sånt. Da går det greit med godt web-kamera, kanskje i to forskjellige vinkler, så er du like langt altså (intervju 13, sykehus)

Å finne ut hvilke pasienter som kan få behandling lokalt, og hvem som må på sykehus

Men viktigere enn å ha tilgjengelig personell og utstyr er det å ha «de riktige pasientene». Det er en forutsetning å identifisere hvilke pasienter som faktisk kan få spesialisthelsetjenester nærmere hjemme og hvem som uansett må på sykehus. En framtidig modell må sikre at de pasientene som får tjenester lokalt, er de som egentlig hadde trengt å reise til sykehuset, og at man ikke genererer unødige behov.

også må vi sørge for at vi passer på at pasientene som skal innenfor det her, er de som vanligvis hadde trengt å reise til sykehuset, ikke de som kommunen har god kontroll på, under behandling, hos fysioterapeut eller hos hjemmesykepleie, de skal jo ikke inn i dette her. De skal ikke bruke den her tjenesten, for da lager vi en ekstratjeneste og et ekstra behov (intervju 14, sykehus).

Når det skal avklares hvilke pasienter som kan få helsehjelp lokalt i stedet for på sykehuset, må man også ta stiling til pasientens preferanser og medbestemmelse.

Så jeg må nesten også spørre dem om de er villige til å være med på poliklinikken og så må jeg forklare at de må reise en del i begynnelsen, til de er stabilisert. Så man ikke- Ja, det er som du sier. Hva ønsker pasienten selv? (intervju 11, sykehus)

Ansvarsfordeling og finansieringsordninger

Dersom helsepersonell fra ulike nivå i helsetjenesten skal samhandle om behandling og oppfølging av samme pasient, er det behov for å finne ut hvordan dette gjøres i praksis med tanke på ansvar og finansiering – hvem er det sin pasient? Hvordan starter et slikt samhandlingsforløp – er det hos fastlegen eller på sykehuset, eller kan det være begge deler?

Også er det noe med det her å få avklart hvem som har ansvar for hva, og hvordan det skal organiseres hvis man skal yte tjenester sammen? Det var det jo litt spørsmål rundt da hun fysioterapeuten her skulle inn i de her ortopediske konsultasjonene, hvordan skulle det foregå. Hvordan skulle det organiseres? Og skulle hun være ...? Nå ble det jo sånn at hun har en bistilling i Helgelandsykehuset, men skal det være det, eller skal det være noen avtaler med kommunen? (...) da er det jo stadig vekk det der, hvem skal man være lønnet av når man gjør oppgaver? Er det en kommunal oppgave eller en sykehusoppgave? (intervju 16, kommune)

Også da må det avklares, hvilke pasienter skal man gjøre noe med? Er det pasienter som har stått på våre ventelister, i spesialisthelsetjenesten, eller er det noen som fastlegen tenkte, at det kunne vært interessant å ha en teamskonsultasjon med en ortoped da? (intervju 13, sykehus)

I tillegg er selvfølgelig finansiering et sentralt aspekt av denne ansvarsavklaringen – hvordan skal dette løses dersom pasienten behandles av kommunen og sykehuset samtidig?

Bare sånn helt enkelt at vi bruker vår spesialist og trenger jo da å få refusjon og egenandel fra pasienten, og så bruker jo kommunen sin, og skal ha egenandel og refusjon fra pasienten. Så det er jo helt elementært, hvordan løser man sånn der ting (intervju 14, sykehus)

Kompetanse og kvalitet

Når informantene adresserer behovet for opplæring og kompetanse i dette innsiktsarbeidet handler først og fremst om at lokalt helsepersonell, for eksempel kommunalt ansatte sykepleiere, må få opplæring i nye arbeidsoppgaver og i å bruke utstyr de ikke er kjent med for å kunne utføre oppgaver som sykehuspersonalet tidligere har gjort.

men det er klart at da må det jo være personer som kjenner til både apparatet og den teknologiske utviklinga som sitter på, altså som sitter på begge kantene av møtet da, de må i hvert fall være godt opplært, og, i de teknologiske løsningene som skal benyttes. Og selvfølgelig utstyr og sånt som skal kobles opp og alt sånt (intervju 19, sykehus)

Så akkurat dialysebehandling kunne vært flyttet nærmere kommunen, eller nærmere pasienten. Men som sagt, det er avhengig av et visst kompetansenivå (intervju 10, sykehus)

Opplæringen kan gis med tanke på at oppgaver skal kunne overføres komplett til kommunen, eller opplæring kan gis underveis i en samhandlingskonsultasjon.

Så tar vi en vurdering, uten at de helt vet hva vi har tenkt og gjort når pasienten har vært hos oss. De burde heller være med på den der vurderingen, og kanskje utføre den nye måten å gjøre det på, selv, sånn at de skal lære det (intervju 14, sykehus)

Det blir framhevet at opplæringen ikke bare skal sette lokalt helsepersonell i stand til å utføre spesialisthelsetjenesteoppgaver, men også til at de opplever seg trygge i rollen – noe som kan sikres ved at oppgavene gjøres ofte. Enkelte peker på at helsepersonell gjerne holder seg til sine foretrukne måter å jobbe på, eller er redde for å ta i bruk noe nytt, men også at helsepersonell ser at for eksempel ny teknologi kan fungere veldig bra når de først får litt erfaring («I begynnelsen er jo alt som er ukjent litt skummelt», intervju 14, sykehus). Dersom oppgaver utføres for sjeldent, kan det gå utover kvaliteten i tjenesten:

du skal jo lære opp noen sykepleiere til å drifte dette, du må ha noen som er litt kompetente, og de må jo være trygge på faget de skal gjøre og hvis det blir for sjeldent så- Det er jo noe med det og, ting vi gjør for sjeldent er det ikke sikkert at vi skal desentralisere så veldig, men, man kan opprettholde en viss kvalitet på det vi skal tilby ute (intervju 10, sykehus)

Jeg har tenkt på det i forhold til min egen del også, hvis jeg skulle få kreft i tarmen i morgen, og var nødt til å opereres innen en måned, så hadde jeg ønsket å opereres av en kirurg som opererer mer enn to i året. "Jeg ønsker å bli operert av en kirurg som har mengdetrening på akkurat min type operasjon. Så kan jeg på en måte heller reise litt for å få akkurat den tjenesten da (intervju 4, kommune)

Temaet kompetanseoverføring mellom kommuner er sjeldent adressert i disse intervjuene.

Samarbeid om utvikling av nye løsninger

For å utvikle en ny modell som innebærer å flytte sykehustjenester nærmere pasientenes hjem og at de skal utøves i samhandling mellom kommune og sykehus er det behov for involvering av alle aktører helt fra starten og at alle jobber for pasientens beste:

For vi kan jo ikke bare se det fra sykehusets del. De har jo også veldig mye i sin jobb, om det er hjemmesykepleien eller annen sykepleier på sykehjemmet. Bor pasienten langt derfra? Skal man dra hjem til pasienten eller kan pasienten selv komme seg-? Det kommer an på nærmiljøet, tenker jeg. At man ikke legger til en byrde, men at man kan hjelpe hverandre så det blir enklere og positivt for alle. For jeg tror mange ganger i kommunen også at de skal gjøre mer og mer, og så renner det over. Så dette må være et samarbeid, tenker jeg, som gjør at det blir positivt for dem også. Og at de er med på arbeidsprosessen. Er man med i en prosess så er man mer delaktig enn om man får alt tredd over hodet. Det tror jeg er viktig (intervju 11, sykehus)

Og kanskje hadde det vært en fordel, for nå er de jo her og kjører hjerteskolet selv, og vi har ikke vært noe involvert i det. Jeg tror kanskje det kunne ha vært en fordel hvis vi hadde vært med litt inn. For det er jo vi som skal gi dem et tilbud her i byen etterpå (intervju 16, kommune)

Det er lett å se økonomiske gevinster av å pasientene slipper å reise så ofte til sykehuset, sier informantene, men økonomi kan ikke være hovedbegrunnelsen for å utvikle nye helsetjenester; det må være å yte gode og sikre tjenester til pasientene.

Når det økonomisk også følger en del pasientsikkerhetsaspekter, så blir det enklere for klinikerne å være med på dette, for økonomi er ikke alt, men vi må også se at det har en effekt for pasienten, så

man må også underbygge det med at dette er det beste for pasienten, for å få en lege eller alle egentlig, de som jobber i en ekspertorganisasjon som et sykehus er, der må vi være obs på at her er det pasienten som står i fokus og vi får dem ikke til å gjøre noe som ikke er sikkert, så vi må være trygg på at dette er til det beste for pasienten (intervju 10, sykehus)

Med tanke på implementering av nye tjenester blir det også nevnt at det er viktig å formidle til alle innbyggere at dette er et like trygt tilbud som å reise på sykehuset.

Systemendringer

For å få til alt dette som bør være på plass, er det nødvendig å etablere faste strukturer for ansvar- og arbeidsfordeling, finansiering samt prosedyrer for praktisk gjennomføring av selve helsetjenesten.

Men om at det er, hvem som på en måte, om det skulle vært noen egne stillinger, eller egne prosenter, eller. Litt sånn. At det må settes litt mer i system. At noen må få et ansvar, og så må det stå i kalenderen din. I juni så må du tromme sammen et møte (intervju 15, kommune)

Gevinster av å flytte sykehustjenester nærmere der folk bor

Pasienten slipper på reise

Den gevinsten som nevnes oftest er at pasientene slipper å reise dersom flere sykehustjenester tilbys nærmere der de bor (Her er det interessant å legge merke til at mange informanter bruker nettopp frasen «slippe å reise», noe som antyder at dette også er noe pasientene ønsker):

Enkelte tilstander er ikke å ressurskrevende å flytte ut av sykehuset. Det handler bare om å flytte ressursen nærmere pasienten, og det kunne vært godt for gamle pasienter å slippe å reise (intervju 6, sykehus)

Å ha for eksempel sånn ultralyd og røntgenapparat som sikkert mange pasienter slipper å reise hvis de har sånn der mistanke om enkle brudd som kan behandles bare med gipsing og alt, ikke sant. Hvis man slipper å reise til sykehus for å ta en røntgen og heller ta den selv, kommer det til å hjelpe veldig mye (intervju 7, kommune)

Men selvfølgelig skal vi se på om vi kan møte pasienten nærmere der de bor, det er vi veldig for, og der vet vi at helserommet er en utmerket ting og det har vi stor tro på for å forhindre reise, for det tenker jeg at på en del punkter så kan vi absolutt møte pasienten mye nærmere hjemme enn at den skal reise inn på sykehuset, på de områdene der det er mulig (intervju 10, sykehus)

Så slipper pasienten å reise så mange ganger inn, og så kan vi trappe opp sånn at de kanskje bare trenger å komme innom en gang i måneden istedenfor to eller tre ganger i måneden. (intervju 11, sykehus)

Én av informantene minner om at det ikke bare er pasienter som bor veldig langt unna sykehus som har nytte av å slippe å reise:

Også er det jo litt sånn, med tanke på digitale konsultasjoner, at det er jo nå mye fokus på det at de som bor langt unna ikke skal trenge å reise til konsultasjonen, men de som bor i nærheten her trenger jo ikke nødvendigvis å reise til, det tar jo kortere tid for de også. Om de kan ta en digital konsultasjon når de er på jobb, i stedet for å dra til sykehuset, å dra fra jobben. Vi ser jo at det er lettere å planlegge, spesialistene syns det er lettere å planlegge en telefonkonsultasjon, med en som bor langt unna, enn de som

bor nærme. For de som bor nærme kan jo bare stikke innom når det passer, for de har jo ikke langt å reise. Men egentlig skulle man jo hatt samme holdning til, alle, hvis man kan gjøre en telefonkonsultasjon, eller video, så bør man jo gjøre det uavhengig av hvor pasienten bor (intervju 14, sykehus)

Som en forlengelse av gevinsten «slippe å reise» kommer ulike former for ressursbesparing.

Vi sparer masse tid og energi og ikke minst vil pasienten få det bedre (intervju 9, kommune)

Særlig med, vi har ny teknologi og dekning og 5G som kommer snart her også, så alt det her kan spare veldig mye også på ressurser. Kan hjelpe også å korte ned ventetid og behandlingstid i sykehus (intervju 7, kommune)

Jeg tenker at kommunen kan ha en masse ansvarsoppgaver som de ikke har i dag. Det spørs jo bare, altså, for AS Norge så er det jo bedre å behandle pasienten så nært pasienten som mulig, for da slipper man den reisekostnaden som jeg var inne på, dette med taxi, det er uhorvelig store økonomiske ressurser som forsvinner ut for å frakte pasienten til og fra sykehusene (intervju 10, sykehus)

I tillegg adresserer informantene hvordan de ser for seg at selve behandlingen blir bedre dersom helsehjelp kan gis nærmere der pasienten bor og med større bruk av samhandling mellom kommune og sykehus:

Kortere ventetid og raskere behandling

Særlig med, vi har ny teknologi og dekning og 5G som kommer snart her også, så alt det her kan spare veldig mye også på ressurser. Kan hjelpe også å korte ned ventetid og behandlingstid i sykehus. (intervju 7, kommune)

Det kunne man i prinsippet også hatt et kamera på et legekontor, og holdt slike linjer åpne. Du kunne spart mange, mange unødvendige henvisninger, og mye raskere pasientbehandling. Men klart du må ha den ressursen avsatt på sykehuset, da. Sånn konsultativ bistand (intervju 13, sykehus)

Får utnyttet helsepersonells kompetanse bedre dersom de kan bidra selv når de ikke kan være til stede fysisk

Ja, det er jo at man kan bruke personellet, selv om de ikke er til stede der som vi er (intervju 14, sykehus)

Kan nå flere pasienter

Min praksis er vel ikke så mye sånn videooverføring i forhold til trening og den biten, men det er jo litt av den biten jeg skulle ønsket med Helsesom, at man kunne hatt en form for litt mer proff kommunikasjon ut, for å rekke de vi ikke når (intervju 3, kommune)

Bedre behandling og bedre helseutfall for pasienter

Hjemmedialyse tror jeg vi har mye å hente på, og det er jo pasienter som er høyaktuelle å få behandlet hjemme eller nærmest hjemme, for de er her tre dager i uka, de er helt avhengig av det, det er en behandling som ikke kan utsettes noe særlig, og så vet vi jo og at de pasientene som er i stand til å gjøre hjemmedialyse, de har mye bedre livskvalitet og mye- Altså, bedre

prognoser også, fordi at behandlingen blir bedre. På sykehuset tilbyr vi tre dager i uken stort sett hos de fleste pasientene og det er nok minimum av det man kan klare. Kunne pasienten dialysert seg selv hjemme fem dager i uken så er det mye bedre for pasienten og mye mer skånsomt for kroppen (intervju 10, sykehus)

«Dette får vi til, det er ikke så vanskelig»

Et siste deltema i kategorien «Framtidsmuligheter i helsetjenesten på Helgeland» har fått et såkalt kunstig sitat som overskrift, det vil et sitat som ikke stammer direkte fra noen av informantene, men som gjenspeiler det mange av dem sier: «Dette får vi til, det er ikke så vanskelig». Det er gjennomgående stor optimisme i intervjuene i denne delen av innsiktsarbeidet.

Det er en god idé å tilby sykehustjenester i kommunene

Både i intervjuene der vi tok opp Helserom-ideen direkte og i de intervjuene der vi snakket generelt om muligheten for å flytte flere helsetjenester fra sykehuset og ut vil kommunene, uttrykte informantene at dette er gode ideer for å gi bedre helsetjenester, nettopp gjennom at pasientene skal slippe å reise så mye.

Jeg synes jo det høres veldig spennende ut, og vi har jo utrolig dyktige sykepleiere her. Men det er klart at vi har jo også en rekrutteringsutfordring. Og om det kan løses ved at det blir flere spennende stillinger kan jo hende (intervju 4, kommune)

Det er veldig bra ide. Det, altså, den største problemet, utfordring her i Helgeland er at det, at man, at pasienten tar lang tid å reise til sykehus, ikke sant (intervju 7, kommune)

så det tror jeg må bli kjempegreier for alle sammen (intervju 9, kommune)

Men selvfølgelig skal vi se på om vi kan møte pasienten nærmere der de bor, det er vi veldig for, og der vet vi at helserommet er en utmerket ting og det har vi stor tro på for å forhindre reise, for det tenker jeg at på en del punkter så kan vi absolutt møte pasienten mye nærmere hjemme enn at den skal reise inn på sykehuset, på de områdene der det er mulig (intervju 10, sykehus)

Men så er det jo, man har mange flere muligheter enn det er begrensningen, tror jeg da, hvis man bare ser mulighetene og bare tar de i bruk. Sånn som hjemmesykepleien, skulle jo ha vært kommet i gang med det her (intervju 14, sykehus)

Det er ikke så vanskelig

Som vist i delkapittel 2.2.2 ser informantene en rekke forutsetninger som må være på plass for å utvikle og implementere nye måter å gi helsetjenester på, inkludert nye måter å samhandle på, men disse forutsetningene oppleves jevnt over ikke som store hindre, bare som forhold som må avklares. Overordnet sett er holdningen «dette er ikke så vanskelig, for det er ikke så mye som skal til av utstyr og lokaler for å komme i gang:

ja, jeg ser det virkelig for meg at det må gå an å få til. Vi har jo pratet om det på nesten alle.. Vi har sånn der møtte med legene og sånn en dag i uka, en time på morgenen. Så vi har snakket om det fordi det er mange ganger vi er overgitt over hvor langt vi sender pasientene og de får så lite igjen for. Om

man kunne hatt et helserom der legen, sykepleieren og pasienten satt og så kunne man- (intervju 9, kommune)

Hvis man skal tenke den hjertesviktbiten så trenger man egentlig ikke så mye, man trenger et stetoskop, man trenger et blodtrykksapparat, man trenger tilgang på blodprøver for å gjøre en klinisk vurdering så det er en bit som er ganske enkel å ta stedsnær (intervju 6, sykehus)

Disse tingene kan også organiseres gjennom samarbeid mellom lokalsykehus og helsetjenesten i kommunen. Jeg tror det blir ikke så store problemer, hvis for eksempel, vakthavende lege eller sykepleier som får opplæring om hvordan skal for eksempel ultralyd brukes, eller røntgenapparat brukes, det man kan fikse også med IT-ressurser (intervju 7, kommune)

Informantene er utviklingsvillige («Vi er nødt til å utvikle oss hele tiden. Endring er på en måte en del av det vi skal holde på med, det er en del av premissene av vår eksistens og da må vi være med på det nyeste», intervju 10), men holder samtidig fokus på realitetene når det gjelder hva vi faktisk kan få til: **«Vi kan ikke ha fødestue på hver tue, og ultralydapparat på hver fjellknaus»** (et sammensatt sitat fra intervju 6 og intervju 10).

3.1.3 Innsikt fra pasienter

Dagens helsetjeneste sett fra brukerens perspektiv

Informantene beskriver at grunnleggende helsetjenester oppleves som velfungerende når de er nært der man bor og når relasjonen til fastlegen er stabil. Der fastlegen har fulgt pasienten over lang tid, fremheves kontinuitet og kjennskap til historikk som en klar styrke. Enkel tilgang til legevakt og mulighet for røntgen på distriktmedisinsk senter (DMS) trekkes også frem som positivt der dette er etablert.

I øysamfunn formidler informantene trygghet knyttet til ambulansebåt og helikopter ved akutte hendelser. Lokale frivillige med førstehjelps- og hjertestarteropplæring, varslet av AMK, oppleves som en ressurs som kan bidra til rask førsteinnsats. På skoler beskrives helsesykepleier som til stede med jevne mellomrom og ved behov, blant annet for vaksinasjoner.

Vi har hatt fastlegen vår i 30 år. Han kjenner oss og vi kjenner han veldig godt (Informant 2)

Den ambulansebåten er kjempeviktig. Ved ekstremvær har vi helikopteret (Informant 5)

Vi har helsesøster som er på skolen. Hun kommer utover og setter vaksiner (Informant 5)

Tilgangen til ordinær legekontakt varierer betydelig geografisk. I flere øysamfunn beskrives endringer i tjenestestrukturen som en svekkelse av tidligere praktiske ordninger, spesielt at «legebåten» som fungerte som lokalt legekantor én dag i uken er erstattet av ambulansebåt uten lege. Det medfører mer reising, planlegging og tidsbruk for pasientene.

Informantene beskriver også at fastlegekrisen gir brudd i oppfølging og kontinuitet. Når fastlegen forsvinner eller byttes hyppig, oppleves det som krevende å få fulgt opp henvisninger og epikriser, og enkelte må «jakte» midlertidige leger. Feil i innkallinger (oppmøte på feil sted) og uklar kommunikasjon bidrar til ytterligere belastning.

*Folk savner båten som lå til kai og som fungerte som legekantor en dag i uken
(Informant 5)*

*Jeg fikk beskjed om at jeg ikke hadde fastlege lenger (...) måtte hoppe fra
turnuslege til innleid lege. (Informant 1)*

Informantene uttrykker ønske om mer lokal tilstedeværelse for ordinære konsultasjoner, og peker på verdien av ordninger som minner om tidligere legekantordager i nærmiljøet. Det fremheves som ønskelig å beholde og sikre lokale legekantor som en kilde til trygghet for både eldre og barnefamilier.

Flere etterlyser tydeligere informasjon og bedre koordinering av innkallinger, slik at pasienter slipper å korrigere sted og tidspunkt selv. Der fastlegeordningen er ustabil, uttrykkes behov for varig kontaktpunkt som følger opp epikriser og vurderinger.

*For tryggheten er det viktig at vi får beholde legekantoret ... man vet jo aldri.
(Informant 5)*

*Det hadde vært bedre om jeg kunne fått smertestillende og kommet igjen
neste dag lokalt (Informant 1)*

Reiser til helsehjelp – i noen tilfeller lange, upraktiske og belastende, men ikke hver gang

Helseekspressen beskrives som et godt tilbud med kompetent personell, mulighet for bære og trygg oppfølging underveis. Når reiser koordineres godt, opplever pasientene at logistikk kan fungere, med ordninger som pasienthotell ved behov for overnatting før inngrep.

Noen informanter forteller også at hurtigbåt, når den er tilgjengelig, kan korte ned reisetid sammenlignet med bussferjeruten.

*Helseekspressen skal få all mulig skryt. Fantastiske folk som tok seg av alle
(Informant 3)*

*De ordnet overnatting ved sykehuset. Så jeg kunne møte tidlig neste morgen
(Informant 1)*

Informantene beskriver at mange kontroller og mindre prosedyrer utløser svært lange reiser, ofte en hel dag og i enkelte tilfeller opp mot 13 timer. Kombinasjoner av buss, ferje, drosje og venting oppleves belastende, særlig for nyopererte eller skrøpelige pasienter. Rutebusser som settes inn kan være fysisk uegnede etter inngrep.

Det fortelles om rigide ordninger i pasientreisesystemet, hvor løsninger som fly – selv når de er raskere og billigere – ikke uten videre prioriteres. Informantene opplever at «sunn fornuft» i enkeltsaker ikke alltid får gjennomslag, og at reiser kan bli lengre og mer strevsomme enn nødvendig.

*Vi må bruke 13 timer for å reise til sykehuset for å klippe av en gips og ta sting
... når vi har et DMS her (Informant 3)*

*Da satt jeg der nyoperert. Jeg hadde det ikke noe godt på den turen
(Informant 3)*

*Å være lojal til systemene blir så viktig at de kobler ut all fornuft (Informant
1)*

Informantene uttrykker et tydelig ønske om at enkle prosedyrer og kontroller skal kunne utføres lokalt på DMS, slik at heldagsreiser unngås. Flere peker på behovet for mer fleksible reiseopplegg, der mest hensiktsmessig transportmiddel velges ut fra totalbelastning, tid og situasjon.

Det uttrykkes også ønske om bedre samkjøring av pasienttransport og koordinering av reisetider, samt mulighet for ledsager der situasjonen tilsier det.

*Såne småting som å ta noen sting og skifte gips må vi kunne få utført her.
(Informant 3)*

Jeg tok flyet. Det kostet en tiendedel av drosjen (Informant 1)

Det viktigste for pasientene: Å føle seg trygg

Informantene fremhever trygghet når fastlegen er tilgjengelig og sykehuset oppleves nært nok ved behov. Godt møte med helsepersonell – der de viser omtanke og inkluderer pasienten i samtalen – beskrives som avgjørende.

I akutte situasjoner gir ambulansebåt, helikopter og rask respons fra legevakt og hjemmesykepleie en opplevelse av at hjelpen kommer når det trengs.

Det er enkelt og raskt å komme til fastlege, og sykehuset er her om det skulle skje noe. (Informant 6)

På den andre siden kan endringer i struktur og beredskap skaper uro: diskusjoner om ambulanse- og fødetilbud, usikkerhet rundt legekantor og organisering gir bekymring i befolkningen. For enkelte oppleves manglende kontinuitet (fastlegebytter) og uklar ansvarslinje som en svekkelse av tryggheten.

Informantene beskriver også situasjoner der pasienter har lang vei til akutt hjelp eller opplever logistikk rundt transport som belastende, noe som kan påvirke følelse av sikkerhet i hverdagen – særlig for eldre og barnefamilier i distriktene.

Sykehus og legetjenester og ambulansetjenester er alfa omega ... du blir usikker og redd hvis ikke det fungerer (Informant 3)

Man har vært redd for at vi ikke får beholde legekantoret (Informant 5)

Informantene uttrykker ønske om tydelig og forståelig informasjon ved endringer, og om å bli inkludert i konsultasjonen – også ved digitale møter – slik at de forstår hva som sies og besluttes. Det pekes på betydningen av et fast og kjent kontaktpunkt i tjenesten.

Noen beskriver at én navngitt kontaktlege på sykehus hadde vært ønskelig for å samle tråder og sikre at avtaler og oppfølging blir gjort slik det er planlagt.

Det er de personene som jobber der ... hvordan de møter deg og at de bryr seg (Informant 6)

En kontaktlege ... en som har ansvar for at du får den behandlingen du skal ha (Informant 6)

Mulighetene ved å bruke teknologi i helsetjenesten

Informantene beskriver at videokonsultasjoner kan fungere godt når de erstatter lang reise for korte konsultasjoner, særlig når lokalt helsepersonell deltar og kan gjennomføre funksjonsvurderinger

underveis. Noen er fornøyde med at slike løsninger sparer dem for lange etapper og oppleves som effektive.

Bruk av HelseNorge for timebestilling, resepter og journalinnsyn er utbredt blant flere, og kan oppleves som praktisk i hverdagen når systemet virker.

Det fungerte veldig bra med videokonsultasjonen ... jeg hadde en fysioterapeut sammen med meg (Informant 3)

En veldig fin opplevelse som sparer pasientene for 25 mil (Informant 4)

Jeg bruker HelseNorge til å bestille ... og det fungerer (Informant 3/6)

Teknisk kvalitet er et gjennomgående tema. De som har prøvd videokonsultasjoner eskriver dårlig lyd og utfordringer med å få formidlet hvor smerten sitter eller hva som skal vises på video. Noen opplever HelseNorge som tregt eller vanskelig til tider – og enkelte trenger støtte fra familie for å løse digitale oppgaver.

Det fremkommer også usikkerhet knyttet til dokumentasjon etter digitale konsultasjoner: pasienter ønsker at det som sies og avtales digitalt faktisk blir journalført og gjort tilgjengelig.

Jeg synes det var veldig dårlig lyd, det var vanskelig å høre (Informant 2)

HelseNorge, jeg synes den er litt treg. (Informant 6)

Informantene uttrykker at teknologien må fungere godt – særlig lyd – for at opplevelsen skal være god. De ønsker å bli inkludert i samtalen, høre og forstå det som sies, og at det som avtales under digitale møter blir dokumentert og tilgjengelig for dem i etterkant.

Det uttrykkes også ønske om at video brukes som et supplement der det er praktisk, og at lokal helsepersonell deltar når det er behov for undersøkelser eller funksjonsvurderinger.

Teknologien i helserommet må fungere ellers blir det en dårligere pasientopplevelse (Informant 2)

Video er greit som supplement ... ikke erstatte legekontoet (Informant 5)

Holdning til digitale tjenester / videokonsultasjoner

Informantene beskriver at digitale konsultasjoner kan være et godt alternativ når de hindrer lange og belastende reiser for korte samtaler. Telefon og chat oppleves for noen som lette kanaler for enkle beskjeder og avklaringer, og videomøter kan gi rask kontakt når fysisk oppmøte ikke er nødvendig.

Videokonsultasjon var et bedre alternativ enn 13 timers reise (Informant 3)

Telefon og chat, da har du det skriftlig også (Informant 6)

Flere informanter opplever at digitale konsultasjoner ikke gir den samme kontakten som fysisk møte, spesielt med fastlegen. Eldre kan være skeptiske til teknologi og foretrekker oppmøte, og i mange situasjoner er fysisk undersøkelse nødvendig (blodprøver, sår, palpasjon).

Tekniske problemer – særlig lyd – kan hindre god dialog, og enkelte er usikre på om innholdet i digitale samtaler blir dokumentert og bevart.

Det blir ikke det samme som å sitte der ... til fastlegen vil jeg komme fysisk (Informant 3)

Jeg vet jo eldre som nekter å få seg smarttelefon (Informant 5)

Informantene uttrykker at digitale løsninger bør være et supplement, ikke en erstatning for legekantoret. Det uttrykkes ønske om tydelig informasjon om hva som passer digitalt og hva som krever fysisk oppmøte, og at pasienter inkluderes og får skriftlig oppsummering etter digitale konsultasjoner.

Det fremheves at lokalt helsepersonell kan bidra under videomøter når undersøkelser er nødvendige, og at teknisk kvalitet – særlig lyd – må være på plass.

Vi kan ikke kun ha video, vi kan ikke ta blodprøven interaktivt (Informant 5)

Hvis du snakker med legen digitalt ... at det blir tatt vare på ... slik at man vet i ettertid hva som ble sagt (Informant 6)

3.1.4 Resultater av innsiktsprioritering

Resultatene fra gruppearbeidet viste at alle gruppene hadde valgt innsiktskortet som beskrev lange og upraktiske reiser til helsehjelp som en av de største utfordringene for pasienter på Helgeland. I tillegg til overskriften var innsikten oppsummert slik: *Lange reiser til sykehus er svært ressurskrevende. Ofte skal pasienten bare på en kort konsultasjon på sykehuset, men må likevel bruke lang tid på reise, og f.eks. vente lenge på ferje for å komme seg hjem igjen. Lange reiser er svært belastende særlig for eldre pasienter. Dersom pasienten trenger følge, må helsepersonell fra kommunen også bruke mye tid på reise, og illustrert med sitatet*

Vi ser jo hvor utslitt de er når de kommer tilbake sent på kvelden og de har reist siden tidlig morgen. Og kan sove i halvannet døgn etterpå, nesten. Selv om de er i ambulanse og de får ligge og har folk med seg, så blir mange kjempesliten. Det tar veldig på. De blir forvirret



Oppstartsaktiviteter II

Prioritering

Alle gruppene valgte denne:

«Lange og upraktiske reiser til helsehjelp er en av de største utfordringen for pasienter på Helgeland»

De valgte i tillegg:

- «Det er behov for systematisk jobbing for å få ned antall innleggelser og polikliniske besøk»
- «Det er vanskelig å få ansatte med høy/riktig kompetanse til å søke jobb på små steder»
- «Større kompleksitet – lite fagmiljø - står alene i avgjørelsene»
- «Fokus for alt samarbeid internt på sykehus og mellom sykehus og kommuner må være pasientenes beste, ikke økonomisk gevinst»

Figur 6 Resultatet av prioriteringene

I tillegg var det som vist på Figur 6 fire andre innsiktskort som ble prioritert.

3.1.5 Grafisk profil

Parallelt med de innledende aktivitetene innsiktsarbeid, presentert først i dette kapittelet, jobbet vi sammen med å utvikle merkevareidentitet og grafisk profil for Helserom Helgeland i perioden november 2021 til september 2022. Utviklingen foregikk delvis i separate workshops og møter og delvis inkludert i opplegget i andre samskappingsaktiviteter, som på kick-off-samlingen i Brønnøysund i mai 2022 (jf. kap 2.3). Samskapingen av merkevare tok utgangspunkt i målet med Helserom Helgeland og hvilke verdier alle de involvert aktørene ønsket at prosjektet skulle gjenspeile.

I utforskningen av hvilke verdier aktørene ønsket at merkevaren skulle representere, foretok vi i fellesskap et valg mellom to hovedretninger som hovedsakelig oppsummeres vha. ordene trygghet og modig, der trygghet ble stemt fram som det flertallet ønsket å gå for. En merkevare som representerer tillit, støtte, forutsigbarhet og lokalsamfunn.

Av designelementene som ble utviklet, er det særlig denne forsiden til Power Point presentasjoner som har blitt hyppig benyttet etterpå når prosjektet har blitt presentert i ulike fora, for eksempel på Helsetjenesteforskningskonferansen i 2023 (Sand 2023) og 2025 (Sand mfl. 2025) og på konferansen DigitalHelse24 (Sand 2024).



Det ble utarbeidet en [felles nettside](https://www.helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helserom-helgeland-lokal-helsehjelp-med-avstandsoppfolging/)² for å synliggjøre fremdrift i prosjektet.

² <https://www.helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helserom-helgeland-lokal-helsehjelp-med-avstandsoppfolging/>

Resultater fra hovedaktivitet 2: Tjenesteforløp

3.2 Forløp/piloter (Hovedaktivitet 2)

I prosjektet har vi utviklet, videreutviklet, justert og brukt fire tjenesteforløp (som vi altså omtaler som «piloter», jf. kap. 2.2) som grunnlag for å utarbeide en helhetlig tjenestemodell for helsetjenester i rurale strøk. Forløpene representerer ulike typer helsetjenester og har hatt forskjellig utgangspunkt og grad av nyutvikling. Ett forløp ble utviklet helt fra grunnen av (Dønna-piloten), mens et annet tok form med inspirasjon fra et eksisterende samhandlingsforløp. Det tredje forløpet bygger på et etablert lærings- og mestringskurs, som vi har tilpasset til desentral organisering og digital samhandling. Det siste forløpet, Slagalarm, ble utviklet i et annet prosjekt parallelt med de øvrige og har vært benyttet i arbeidet med å teste og justere elementer i tjenestemodellen underveis.

Gjennom disse pilotene har prosjektet fått praktisk innsikt i planlegging, koordinering og gjennomføring av digitale og hybride helsetjenester, og vi har generert felles prinsipper og krav som må ligge til grunn for en varig modell, samtidig som vi har identifisert utfordringer og suksessfaktorer knyttet til teknologi, organisering og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. I dette delkapittelet presenteres forløpene kort, mens i neste delkapittel viser vi hvordan vi har brukt av tjenesteforløpene til å samskape en tjenestemodell.

3.2.1 Rødøy-piloten: Samhandlingskonsultasjoner ortopedi

Rødøy-piloten hadde som mål å utvikle et tjenesteforløp for ortopediske samhandlingskonsultasjoner i Helserommet på Rødøy, med digital synkron deltakelse fra ortoped ved Helgelandssykehuset i Mo i Rana. Modellen bygger på erfaringer fra Brønnøy kommune, der tilsvarende konsultasjoner har vært gjennomført siden 2019 der kommunalt helsepersonell var ansatt i 0%stilling i sykehus i samarbeid med Distrikt medisinsk senter (DMS) for å få tilgang til felles journalsystem og der man har brukt HoloLens briller i konsultasjonene.. Målet i prosjektet var å undersøke om man kunne lage en modell som ikke krever at helsepersonell må ansettes i 0 % stilling for å samhandle i Helserom. Dvs uten kombinerte stillinger mellom sykehus og kommune og uten tilgang til et DMS.

I tjenesteforløpet møter pasienten en fysioterapeut lokalt i Helserommet, mens ortopedien kobler seg opp digitalt via videoløsning, typisk Teams eller HoloLens. Konsultasjonen omfatter undersøkelse, dialog og vurdering av videre tiltak. Lokalt helsepersonell har ansvar for praktiske oppgaver som oppkobling, observasjon og dokumentasjon i kommunens journalsystem, mens ortopedien har det medisinske ansvaret og journalfører i sykehusets system. Denne arbeidsdelingen gjør det mulig å gjennomføre konsultasjoner uten at pasienten må reise langt, samtidig som faglig kvalitet ivaretas. Formålet med samhandlingskonsultasjonene er å gi pasienter med muskel- og skjelettplager en rask og faglig vurdering nær der de bor.

3.2.2 Dønna-piloten: Samhandlingskonsultasjoner hud

Dønna-piloten startet med et behov fra en lokal lege om å kunne sende bilder av hudproblematikk på en trygg måte i henvisninger til sykehuset, slik at hudlege kunne avgjøre om pasienten måtte reise for videre vurdering. Dette utviklet seg til et tjenesteforløp for samhandlingskonsultasjoner mellom lege i kommunen og hudlege med støtte fra hudsykepleiere ved Helgelandssykehuset.

Hudkonsultasjoner i Helserom-modellen gir pasienter tilgang til spesialistkompetanse lokalt. Pasienten møter fysisk på legekontolet, mens hudlegen deltar digitalt via videoløsning fra sykehuset. Denne modellen gjør det mulig å gjennomføre vurderinger og behandling uten at pasienten må reise langt, og gir samtidig faglig støtte til lokalt helsepersonell.

Gjennomføringen skjer via Teams med kamera, dermatoskop koblet mot mobil og mikrofon. Lokalt personell har ansvar for oppkobling, praktisk tilrettelegging og dokumentasjon i kommunens journalsystem, samt prosedyrer som blodprøver eller biopsier etter avtale. Hudlegen har det medisinske ansvaret og dokumenterer i sykehusets system. Erfaringene viser at teknisk kvalitet og tydelig informasjon til pasienten er avgjørende for en god opplevelse. Hensikten med hudkonsultasjonene er å redusere reisebelastning og sikre rask tilgang til spesialistvurdering.

3.2.3 Pilot Slagalarm

Slagalarm er et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune, inspirert av en tilsvarende løsning i Finnsnes og finansiert som «overføring av innovasjon». Målet er å flytte slagbehandling nærmere pasienten og redusere tiden fra symptomdebut til diagnostikk og behandling. Hjerneslag er en tidskritisk tilstand, og ved blodpropp kan trombolyse være effektiv dersom den gis innen et tidsvindu på ca. 4,5 timer. For å avgjøre om slaget skyldes blodpropp eller blødning, må det tas CT-bilder før behandling. Slagalarm gjør dette mulig lokalt ved Distriktsmedisinsk senter (DMS) Brønnøysund gjennom fjernstyrt CT og telemedisinsk samarbeid.

Modellen bygger på prinsippet fra Finnsnes, der CT-maskinen fjernstyres av radiograf ved Universitetssykehuset Nord-Norge, og nevrolog samarbeider med ambulanse- og legevaktpersonell via videoløsning. På Helgeland fjernstyres CT-maskinen av radiograf ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, mens lege deltar via video. Ambulanse- og legevaktpersonell på DMS utfører oppgaver som klargjøring av pasient, blodprøvetaking, NIHSS-score sammen med lege via video, og administrering av trombolytisk medikament etter ordinasjon.

Tjenesten krever teknisk infrastruktur for fjernstyring av CT, høyoppløselig video- og lydkommunikasjon (VAKE-system), samt prosedyrer for oppgavefordeling og opplæring av personell. Implementeringen (januar–september 2024) inkluderte hospitering ved Finnsnes, tilpasning av prosedyrer til lokale forhold og omfattende ferdighetstrening og simulering. Slagalarm ble satt i drift ved DMS Brønnøysund i september 2024 og er forankret i Helgelandssykehuset som en del av akuttberedskapen. Videreutvikling (fase 2) planlegges med kontrastundersøkelser for bedre kartlegging av blodårer og mulighet for direkte triage til trombektomisenter.

3.2.4 Pilot Desentraliserte lærings- og mestringkurs artrose

Artrosekurset er et strukturert lærings- og mestringstilbud for personer med mild til moderat artrose i hofte eller kne. Kurset bygger på prinsippene fra Mestringstreff-modellen³ og nasjonale retningslinjer, med mål om å gi deltakerne kunnskap om sykdommen, behandlingsalternativer og mestringsstrategier. Hensikten er å styrke helsekompetanse og egenmestring, slik at deltakerne kan håndtere hverdagen bedre, opprettholde funksjon og redusere behovet for kirurgiske inngrep.

Organiseringen kombinerer fysisk oppmøte og digital samhandling. Pasientene samles i lokale grupper nær eget hjem, med kommunale kursholdere/fasilitator fysisk til stede for å sikre teknisk oppkobling, legge til rette for dialog og gi støtte underveis. Samtidig holder spesialister – ortoped, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog – og en brukerrepresentant foredrag fra en sentral lokasjon via videoløsning. Denne modellen gir pasienter i distriktene tilgang til spesialistkompetanse, reduserer reisebelastning og ivaretar trygghet gjennom lokal tilstedeværelse. Pasientenes møte med lokalt helsepersonell gir økt mulighet til lokal oppfølging og kunnskap om lokale mestringstilbud de

³ <https://www.helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helserom-helgeland-lokal-helsehjelp-med-avstandsoppfolging/mestringstreff/>

kan delta på etter avsluttet kurs. Modellen styrker også lokalt helsepersonell ved å gi dem tilgang til et større faglig nettverk og kompetanseheving.

Kurset varer én dag og er strukturert rundt fire hovedtemaer: (i) Informasjon om artrose og behandlingsalternativer, (ii) Trening som medisin, (iii) Kostholdsråd og (iv) Erfaringsdeling fra brukerrepresentant.

Dagen inkluderer introduksjon, faglige foredrag, oppsummering og evaluering. Det legges vekt på praktiske råd og verktøy som kan bidra til økt fysisk aktivitet, bedre livskvalitet og trygghet i valg knyttet til egen helse.

For å delta kreves henvisning fra fastlege, manuell terapeut eller kiropraktor. Dersom tilstanden er avklart som mild til moderat artrose, kan kurset være første møte med spesialisthelsetjenesten. Hvis henvisningen er uklar eller symptomene gir mistanke om andre tilstander, innkalles pasienten først til poliklinisk konsultasjon. Basert på vurderingen kan pasienten: (i) Henvises til kurset dersom artrose bekreftes og kirurgi ikke er aktuelt eller (ii) Henvises til kirurgisk vurdering ved langtkommen artrose

Denne fleksibiliteten sikrer riktig oppfølging og bidrar til at pasientene får kunnskap og mestringsverktøy tidlig i forløpet.

Eksempel fra piloten der fire lokale grupper deltar i sanntid om et desentralt artrosekurs.

Gruppe 1 Røddøy:

2 fasilitatorer : to fysioterapeuter med driftstilskudd da de ikke har kommunale fysioterapeuter

Gruppe 2 Mosjøen:

2 fasilitatorer fra HSYK

Gruppe 3 i Brønnøysund:

2 kommunale fasilitatorer og brukerrepresentant.

Brukerrepresentanten holder digitalt foredrag til alle gruppene i sanntid og er med i utvikling og evaluering av tilbudet. Han fungerer også som en fasilitator som er med hele dagen

Medisinsk ansvarlig for tilbudet

Gruppe 4: Hsyk Mo i Rana der egen, fysioterapeut, ernæringsfysiolog holder foredrag i sanntid til alle gruppene digitalt og har egen gruppe med fysisk oppmøte.

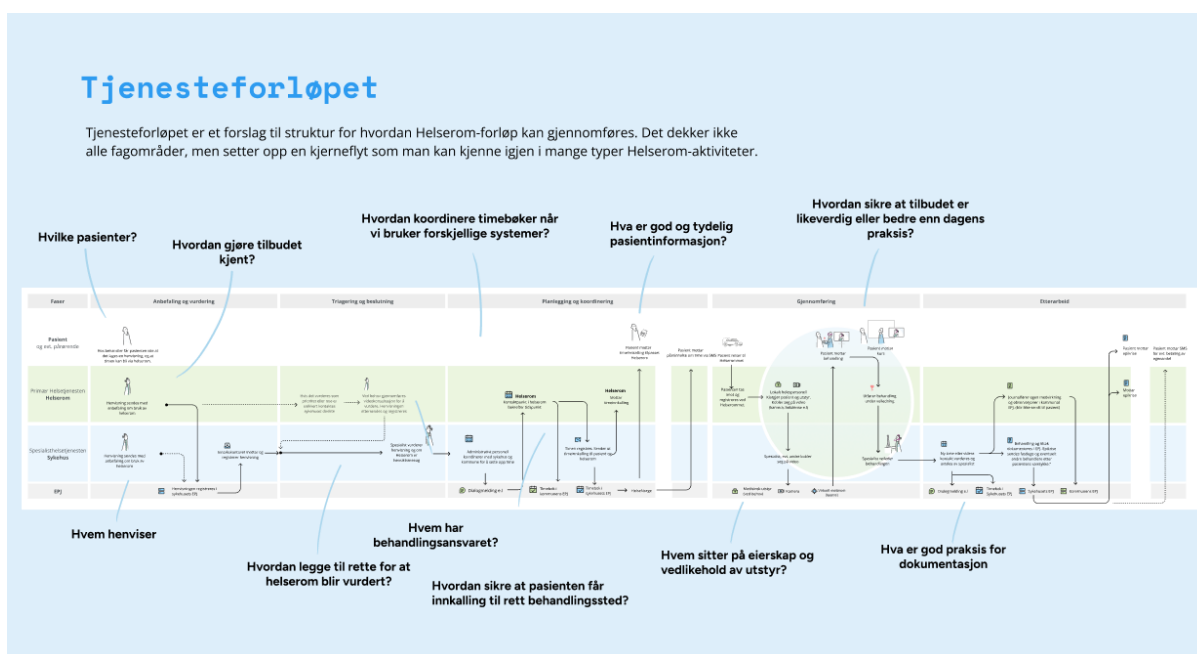
3.2.5 Deltakere i tester av Helseromkonsultasjoner

Det har variert hvor mange deltakere som har vært involvert og faktisk testet Helserom-konsultasjoner i de ulike pilotene fram til FoU-perioden av prosjektet var ferdig 31.desember 2025. Tabellen nedenfor viser hvor mange pasienter som har deltatt i en samhandlingskonsultasjon, på hybrid lærings- og mestringskurs eller vært igjennom akuttførsløpet Slagalarm:

Pilot	Testet	Antall pasienter	Antall helsepersonell
Røddøy-piloten	Des. 2023	n=3	Per konsultasjon: HSYK n=1 Kommune n=1–2
Dønna-piloten	Mai–Sept. 2025	n=7	Per konsultasjon HSYK: n=1–2 Kommune: n=2

Desentralt hybrid Lærings- og mestringskurs artrose	2024-2025	N=83	Per kurs HSYK n=5 Kommune n= 4 Brukerrepresentant n=1
Slagalarm		N=14	Har hatt opplæring: HSYK: n=4 Kommune: n=9

Å utvikle og teste de ulike tjenesteforløpene i det vi omtaler som piloter, har vært et helt sentralt arbeidsverktøy på vei mot å utvikle modellen. Nedenfor er et eksempel på en underveis-illustrasjon som er resultat av samskapingsaktiviteter og gjenstand for videreutvikling i ytterligere prosesser (Figur 7). For øvrig viser vi til leveransen **Veileder Helserom Helgeland** for flere resultater fra Hovedaktivitet 2 og 3 utviklingen av tjenesteforløp og modell.



Figur 7 Illustrasjon av tjenesteforløp som arbeidsverktøy i modellutviklinga. Illustrasjon Jonas Asheim.

Resultater fra hovedaktivitet 3: Tjenestemodell

3.3 Tjenestemodell (Hovedaktivitet 3)

For å møte de geografiske og kompetansemessige utfordringene ved å tilby tilgjengelige og tilpassede helsetjenester nær der folk bor, er det behov for en ny måte å organisere helsetjenestene på – der roller, ansvar og samspill mellom kommune – og spesialisthelsetjenesten inngår i en felles struktur, og der teknologi, kompetanse, økonomi og organisering sees i sammenheng. Dette er utgangspunktet for arbeidet med å utvikle en helhetlig tjenestemodell for Helserom Helgeland.

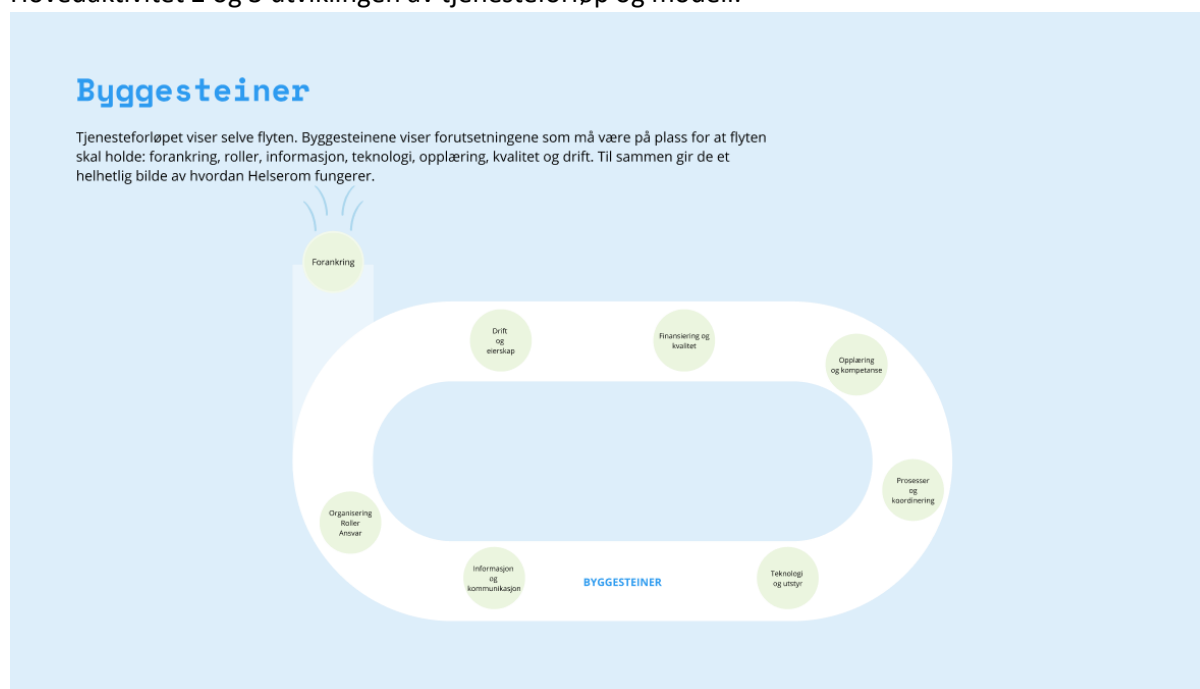
Utviklingen av tjenestemodellen har vært en samskapende prosess basert på erfaringer fra tre pilotprosjekter i Helgeland: ortopedisk behandling i samarbeid mellom ortopedisk avdeling ved Helgelandssykehuset og fysioterapeut i Rødøy kommune, sårbehandling mellom hudavdelingen og fastlege i Dønna, samt et desentralisert lærings- og mestringstilbud i Brønnøy, Rødøy, Vefsn og Mo i Rana. Arbeidet har vært kunnskapsbasert og iterativt, med innsikt innhentet fra et bredt spekter av aktører – både før, under og etter pilotene. Det inkluderer helsepersonell i kommune og spesialisthelsetjeneste, administrativt og teknisk støtteapparat, samt brukere og pårørende.

Det er viktig å understreke at Helserom ikke er utviklet som en ortopedi-, hud- eller slagmodell. Pilotene har fungert som utviklings- og testarenaer for en generisk samhandlingsmodell som skal kunne tas i bruk for ulike typer helsetjenester i rurale områder.

For hvert pilotforløp er det utviklet detaljerte tjenestekart (service blueprints) som har blitt brukt aktivt i workshoper for å belyse konkrete utfordringer og identifisere forbedringspunkter. Dette verktøyet har vært sentralt i arbeidet med å visualisere sammenhenger og ansvar på tvers av nivå og profesjoner, og har dannet grunnlag for diskusjon og samskapning.

På tvers av pilotene har vi løftet frem overordnede temaer som informasjonsdeling, koordinering før, under og etter tjenesteforløp, samarbeidsmodeller, barrierer for utviklingsarbeid i kommunene, bruk av teknologi (bl.a. HoloLens og Jodapro), samt spørsmål knyttet til finansiering. Innsiktene har vært avgjørende for å forme en tjenestemodell som tar høyde for reelle behov, praktiske rammer og organisatoriske forutsetninger.

Som omtalt i kap. 3.2: Vi viser til leveransen **Veileder Helserom Helgeland** for flere resultater fra Hovedaktivitet 2 og 3 utviklingen av tjenesteforløp og modell.



Figur 8: Illustrasjon Jonas Asheim

Eksempler på hvordan Helserom-tjenestene ble forbedret gjennom testing og justering

Erfaringene fra pilotene viser at utviklingen av Helserom-modellen har vært en kontinuerlig læringsprosess. Gjennom testing, evaluering og dialog med pasienter og helsepersonell ble det gjort en rekke justeringer underveis for å forbedre brukeropplevelsen, sikre kvalitet og gjøre tjenestene enklere å gjennomføre i praksis. Eksempelene nedenfor illustrerer hvordan konkrete erfaringer fra pilotene ble omsatt til forbedringer i tjenestene.

Tydeligere informasjon og bedre innkallingsrutiner

Flere av pilotene viste at det var behov for å forbedre informasjonen til pasientene før konsultasjoner og kurs. Enkelte deltakere var usikre på hvor de skulle møte opp, hvorfor de var innkalt til Helserom i stedet for sykehuset, eller hvordan konsultasjonen skulle foregå. Dette førte til justeringer i innkallingsbrev, informasjonstekster og muntlig informasjon før oppstart.

Målet med endringene var å sikre at pasientene møtte forberedt til konsultasjonene og hadde realistiske forventninger til hvordan tjenesten skulle gjennomføres.

Tilpasning av innhold og program til deltakernes behov

Erfaringene fra de første kursene viste at enkelte deler av undervisningen ble lagt for sent på dagen. Kurslederne opplevde at deltakerne ble slitne og hadde vanskeligere for å ta til seg omfattende informasjon på slutten av programmet.

På bakgrunn av tilbakemeldingene ble deler av innholdet flyttet til tidligere tidspunkt på dagen. Denne typen justeringer bidro til å gjøre kursene bedre tilpasset deltakernes kapasitet og behov.

Justeringer for å sikre likeverdig deltakelse mellom lokasjoner

De første desentraliserte kursene ga viktige erfaringer med hvordan digitale og fysiske lokasjoner kunne fungere sammen. Det ble blant annet oppdaget behov for tydeligere rutiner for lyd, mikrofonbruk, spørsmål fra salen og teknisk koordinering.

Før senere kurs gjennomførte derfor alle lokasjoner felles tekniske tester på forhånd og ble enige om felles rutiner for bruk av lyd, bilde og presentasjoner. Dette gjorde det lettere å sikre at alle deltakerne fikk samme mulighet til å høre, delta og stille spørsmål uavhengig av hvilken lokasjon de satt på.

Endringer i gjennomføring for å gi best mulig pasientopplevelse

Flere justeringer ble gjort for å sikre at både pasienter og helsepersonell fikk best mulig utbytte av konsultasjonene.

I Dønna-piloten viste erfaringene at 30 minutter ikke alltid var tilstrekkelig for fastlegen når det også skulle tas prøver, gjennomføres prosedyrer og planlegges videre oppfølging. Løsningen ble å sette av lengre tid til konsultasjonen, samtidig som spesialistens deltakelse kunne begrenses til den delen av konsultasjonen hvor deres kompetanse faktisk var nødvendig.

Pilotene viste dermed at samhandlingskonsultasjoner ikke nødvendigvis bør organiseres etter samme mal som tradisjonelle polikliniske konsultasjoner.

Teknologi og fysisk utforming ble tilpasset formålet

En rekke erfaringer handlet om hvordan teknologi og fysisk miljø påvirket læring og deltakelse.

I de første lærings- og mestringskursene ble fysiske øvelser demonstrert direkte foran kamera. Dette viste seg å fungere dårlig fordi deltakerne enten mistet oversikten på skjermen eller i kursrommet. Løsningen ble å lage korte instruksjonsvideoer som ble vist under kurset, mens fysioterapeuten kommenterte og forklarte underveis.

Tilsvarende ble møbleringen av kursrommene endret etter erfaringer fra de første kursene. Deltakerne satt først i tradisjonell klasseromsoppsett, men erfaringene viste at samtaler og erfaringsutveksling fungerte bedre når deltakerne satt samlet rundt et bord.

«Det var litt lettere for dem å ha den samtalen når de kunne se på hverandre.» (lokal kursholder)

Disse erfaringene illustrerer hvordan små praktiske justeringer kan ha stor betydning for deltakelse, læring og opplevelse av kvalitet.

Resultater fra hovedaktivitet 4: Evalueringer

3.4 Evalueringer (Hovedaktivitet 4)

Hvordan har det gått, hva har gått bra/mindre bra og hvorfor? Dette kapitlet presenterer funn fra ulike evalueringer av Helserom-modellen. Kapitlet har først en overordnet innledning som oppsummerer de sentrale prinsippene ved helserom etter fire års med samskapende utvikling og testing. Deretter oppsummeres resultatene fra en kvantitativ evaluering av desentraliserte lærings- og mestringskurs om artrose. Deltakerne fikk tilsendt evalueringsskjema og symptom- og funksjonsmålinger vha. Checkware før og etter kurset. Resultatene av analyser av tilgjengelige data fra disse skjemaene presenteres i to delkapitler før kapitlet fortsetter med en gjennomgang av opplevde gevinster, utfordringer og suksesskriterier slik de beskrives av pasienter og helsepersonell. Her er analysene basert på intervjuer og skriftlige tilbakemeldinger, og analysen er tematisk strukturert. Sitater brukes for å illustrere og underbygge sentrale funn, men teksten er primært analytisk og sammenfattende. Til slutt adresserer vi hva som må på plass videre for at Helserom-modellen skal fungere permanent, og hva som fortsatt er eller vil være utfordringer.

Ettersom flere av deltakerne i prosjektet har hatt roller og ansvarsområder som kan være gjenkjennbare for andre involverte, er det gjort aktive vurderinger av anonymisering i resultatpresentasjonen, spesielt av helsepersonell som har deltatt i mange aktiviteter av ulikt format, både møter, workshops og intervju. En del sitater er forkortet eller erstattet av parafraserte framstillinger som oppsummerer innholdet i flere utsagn, og vi har valgt å ikke bruke ID-er på sitatet fra de 10 ansatte som vi har transkriberte innspill fra. Som vist i metodekapitlet, er kategoriene i evaukeringen utviklet fra både opptak, transkripsjoner og notater fra samskapingsaktivitetene.

3.4.1 Innledningsvis: Hva er et Helserom nå – etter fire år med samskapende utvikling?

Helserommet er fortsatt et fysisk rom i lokalsamfunnet, eller nærmere der pasienten bor enn sykehuset. I Helserommet mottar pasienten helsehjelp i en eller annen form for samhandling mellom helsepersonell i kommunen og på sykehuset. Samhandlingen kan foregå før konsultasjonen, underveis i selve konsultasjonen og/eller etterpå, avhengig av hva helsepersonell anser som avgjørende for at helsehjelpa skal ha god nok kvalitet og oppleves som trygg for pasienten.

Helsehjelpen som gis i Helserommet, kan ha ulike formål: Oppfølging av behandling/situasjon som er kjent for helsepersonell fra tidligere, avklare en nyoppstått situasjon for eksempel hudforandringer, veiledning for egenmestring og økt helsekompetans og tidlig behandling av akutte tilstander.

De to mest sentrale elementene en pasient møter dersom han/hun har en konsultasjon i Helserommet er: 1) folk og 2) kompetanse – noe som til sammen fører til at helsehjelpen i Helserom er trygg og av god kvalitet.

Folk: En Helserom-konsultasjon kjennetegnes av at pasienten møter lokalt helsepersonell og/eller likepersoner dersom konsultasjonen er et gruppetilbud. Der vil si at dersom du kommer til en Helserom-konsultasjon, så er det noen som tar imot deg, noen som henter deg på venterommet, håndhilser og ser deg i øynene. For mange pasienter vil det å møte lokalt helsepersonell også innebære å møte noen man kjenner, på et kjent sted, og dermed representere trygghet. Hvis det er noe teknologi som skal benyttes i konsultasjonen, er det ikke nødvendig at pasienten selv har høy digital kompetanse og håndterer dette på egen hånd; det er fagpersoner til stede som enten utelukkende selv bruker teknologien uten at pasienten trenger å tenke på det, eller som bistår pasienten i å delta i selve samhandlingen vha. teknologi – for eksempel i form av videosamtale med en behandler på sykehuset. I de desentraliserte lærings- og mestringskursene kunne for eksempel

lokale kursholdere bistå deltakerne slik at alle fikk stilt de spørsmålene de hadde, til foredragsholdere som deltok fra sykehuset via skjerm.

Kompetanse: I Helserommet får pasienten helsehjelp av god kvalitet, og i de fleste tilfeller av Helserom-konsultasjoner som har vært gjennomført i eller i tilknytning til prosjektet, har det ikke vært behov for ekstra konsultasjoner på sykehuset i tillegg (dette er likevel en variabel som anbefales fulgt systematisk opp ved etablering og implementering av Helserom for eksempel gjennom innhenting av registerdata om henvisninger og sykehusbesøk (jf. MILA-prosjektet⁴(Helsedirektoratet 2025)) og/eller pasientrapportert helsetjenesteforbruk som kan gjøres slik vi har etablert et system for vha. Checkware i dette prosjektet).

Kvalitet: Kvaliteten i Helserommet sikres gjennom kombinasjonen av lokal kompetanse og spesialiststøtte. Evalueringene viser at pasientene opplever helsehjelpen som faglig forsvarlig og at formålet med konsultasjonen oppnås uten behov for ekstra sykehusbesøk. Tilbakemeldingene fra deltakerne på artrosekurs underbygger dette: flertallet oppgir at forventningene ble innfridd, at temaene var relevante, og at de vil anbefale tilbudet videre. Helserom gir dermed en tjeneste som oppleves likeverdig med sykehusbesøk, men med bedre tilgjengelighet og mindre belastning for pasienten

Trygghet: Helserommet gir dermed en trygg ramme for helsehjelp, der pasienten både får nærhet og spesialistkompetanse. Trygghet for pasienten skapes gjennom fysisk tilstedeværelse av lokalt helsepersonell, faglig kompetanse, kjent miljø og god informasjon. I tillegg bidrar samhandlingen med spesialisthelsetjenesten til at pasienten føler seg ivaretatt, selv når deler av konsultasjonen skjer digitalt, og selv om ikke alle pasientene er helt fortrolig med å kommunisere med sykehuset digitalt. I tillegg gir Helserommet rom for sosial støtte og erfaringsdeling i gruppeformat, noe som kan forsterke opplevelsen av å være ivaretatt.

3.4.2 Deltakernes evalueringer og funksjon/symptom etter deltakelse på artrosekurs

Symptomer, funksjon og livskvalitet før og etter deltakelse

Effekten av det desentrale lærings- og mestringskurset artrosekurs ble som nevnt i kap. 2.4.2 gjennomført av to masterstudenter og publisert i deres masteroppgave som er tilgjengelig i Nasjonalt vitenarkiv⁵ (Kjellmo og Knutsen 2025). Av 33 påmeldte pasienter fullførte 27 pre-målingen, mens 19 besvarte både pre- og postmåling og inngikk i analysen (15 med kneartrose og 4 med hofteartrose). Utvalget bestod hovedsakelig av kvinner (82 %) og flertallet var i aldersgruppen 60–79 år, noe som samsvarer med epidemiologiske data for artrose.

Dataene ble analysert med Wilcoxon Signed-Rank Test, og signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$. Resultatene viste at det for pasienter med kneartrose var statistisk signifikant bedring i to spørsmål i dimensjonen Symptomer/stivhet:

- «Har kneet ditt vært hovent?» ($p = 0,033$)
- «Hvor stivt er kneet ditt senere på dagen etter å ha sittet, ligget eller hvilt?» ($p = 0,020$)

Disse funnene indikerer at kurset kan ha hatt en positiv effekt på opplevd hevelse og stivhet, som er sentrale symptomer ved artrose. I tillegg ble det observert endringer nær signifikansnivået i tre

⁴ MILA-Mitt liv, mitt ansvar er et samarbeid om digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter og felles oppfølgingstjeneste for Helsefellesskapet Ahus og kommunene

⁵ <https://nva.sikt.no/registration/0198f4c275ff-1ec2d165-6e46-41ae-8294-d17c18b06897>

spørsmål: ett i dimensjonen Smerte («grad av smerte ved stående aktivitet», $p = 0,080$) og to i Funksjon i hverdagen («stå stille», $p = 0,070$ og «gå på flatt underlag», $p = 0,080$). Selv om disse ikke oppnådde statistisk signifikans, kan de tyde på en tendens til bedring.

For pasienter med hofteartrose ble det ikke funnet statistisk signifikante endringer i noen av spørsmålene. Alle p -verdier var $\geq 0,102$, noe som kan forklares med det svært lave antallet deltakere ($n = 4$), som gir lav statistisk styrke.

Når gjennomsnittsskår ble beregnet for hver dimensjon (0 = ekstreme plager, 100 = ingen plager), viste pasientene med kneartrose små endringer:

- Symptomer/stivhet: fra 65,9 til 64,5 (–1,4 poeng)
- Smerte: fra 58,9 til 57,2 (–1,7 poeng)
- Funksjon i hverdagen: fra 70,5 til 65,6 (–4,9 poeng)
- Funksjon, sport og fritid: fra 34,3 til 39,7 (+5,4 poeng)
- Livskvalitet: fra 41,7 til 40,0 (–1,7 poeng)

Ingen av disse endringene nådde terskelen for minste klinisk relevante endring (8–10 poeng for KOOS). Det er verdt å merke seg at dimensjonen Funksjon, sport og fritid viste en positiv endring, selv om den ikke var stor nok til å være klinisk relevant.

Hos pasientene med hofteartrose var endringene derimot betydelig større, og alle dimensjoner oversteg terskelen for klinisk relevans (6–10 poeng for HOOS):

- Symptomer/stivhet: +12,5 poeng
- Smerte: +15 poeng
- Fysisk funksjon: +13,2 poeng
- Funksjon fritid/idrett: +15,7 poeng
- Livskvalitet: +12,5 poeng

Disse resultatene tyder på at hofteartrosegruppen opplevde en klar forbedring, men funnene må tolkes med stor forsiktighet på grunn av det minimale utvalget.

Analysen av medianverdier og interkvartilbredde (IQR) viste små endringer for kneartrosegruppen, med 1 poeng forskjell i Smerte og 3 poeng i Funksjon i hverdagen. For hofteartrosegruppen var endringene også små når median ble brukt (1–2,5 poeng), til tross for store gjennomsnittsendringer. Dette illustrerer hvordan enkelte deltakere kan ha hatt betydelig bedring, mens andre ikke opplevde endring.

Artrosesyntomer som smerte og stivhet kan variere med årstid, og forskning viser at plager ofte øker i kaldt vær. I denne studien ble kurset gjennomført om sommeren, mens oppfølgingsmålingen fant sted om vinteren. Dette kan ha påvirket resultatene, fordi endringer i smerte og funksjon ikke nødvendigvis skyldes intervensjonen alene, men også temperaturforskjeller. For å ta høyde for dette ble det laget et estimat for sesongkorrigering basert på tidligere studier: Iconaru et al. (2024) dokumenterte tydelig forskjell i smerte mellom sommer og vinter, målt med VAS-skala (Iconaru mfl. 2024), og Arliani et al. (2014) viste sammenheng mellom VAS og KOOS (Arliani mfl. 2014). Ved å bruke disse funnene ble KOOS-smerteverdiene justert med $\pm 4,7$ poeng. Etter korrigering økte skåren fra 54,2 til 61,9, en forbedring på 7,7 poeng ($p = 0,088$). Dette ligger nær både klinisk relevant nivå og statistisk signifikans, og understreker at sesongvariasjoner kan påvirke opplevd smerte og bør tas i betraktning i fremtidige studier.

Det er verdt å merke seg at ettersom artrose er en kronisk, progredierende tilstand som normalt forverres over tid kan også fravær av forverring eller små forbedringer tolkes som positiv effekt, og at resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av lav statistisk styrke pga. det begrensede utvalget med bare 19 deltakere med fullstendige data.

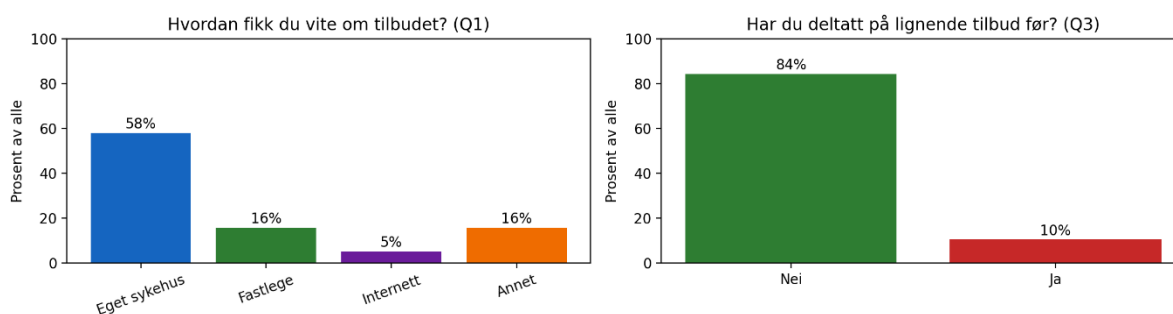
Pasientenes vurderinger av desentralisert artrosekurs

Dette delkapittelet presenterer resultater fra evalueringen av respondentenes erfaringer med deltakelse på artrosekurset nærmere bestemt praktiske forhold rundt gjennomføring og tilgjengelighet; respondentenes vurderinger av innhold, kvalitet og nytteverdi, samt hvordan kurset kan ha påvirket atferd, helse og bruk av helsetjenester etter gjennomført kurs. Resultatene presenteres i form av figurer med tilhørende forklarende tekst, og suppleres der det er relevant med fritekstsvar. Figurene nedenfor er generert ved hjelp av et KI-verktøy på datasettet i Excelformat. Vi henviser ellers til masteroppgaven «Desentrale lærings- og mestringstilbud. Effekten av et digitalt artrosekurs for pasienter på Helgeland.» (Kjellmo og Knutsen 2025).

Evalueringsskjemaet ble sendt til de som deltok på artrosekurs 5.mai, og de fikk det tilsendt 1.juli. De har besvart mellom 1. juli og 22. juli. Det var 19 deltakere som besvarte, av 24 påmeldte. Av disse var det 14 kvinner og fem menn, og de er født mellom 1949 og 1977 (median 1964). Av disse var det én av deltakerne som bare svarte på ett spørsmål. I figurene nedenfor er prosent beregnet av alle respondenter (n=19) for hvert svaralternativ, mens antallet per stolpe er basert på dem som faktisk har besvart det aktuelle spørsmålet.

Respondentene ble spurt om det var tydelig av innkallingen hvor de skulle møte opp. Det var 17 av 18 som svarte ja på dette, mens én skrev i fritekst at innkallingsbrevet ikke kom i tide, og at det bør informeres mer presist i innkallingen på Helsenorge.

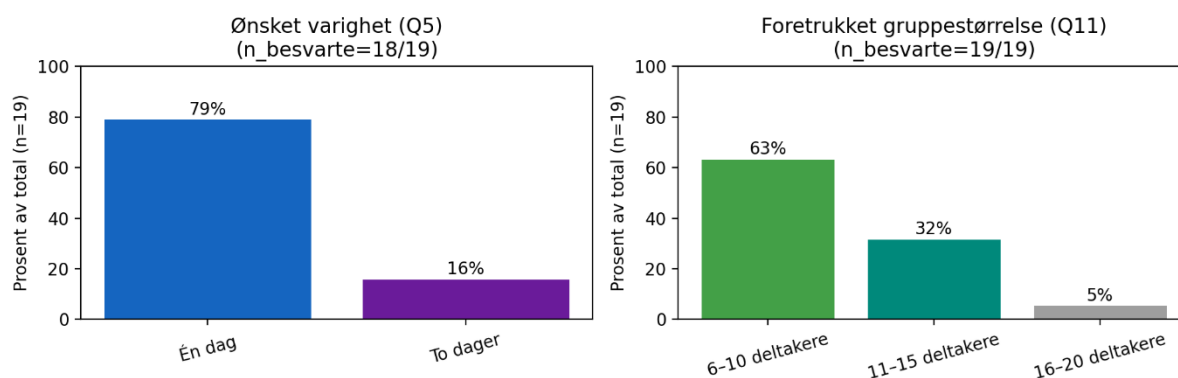
De fleste respondentene hadde fått vite om tilbudet fra sykehuset (n=11), og majoriteten hadde ikke deltatt på lignende tilbud før (Figur 9).



Figur 9 Rekruttering og tidligere erfaring

Deltakernes preferanser om varighet og gruppestørrelse

Respondentene ble spurt om sine preferanser når det gjelder varighet på kurset og gruppestørrelse. Figur 10 viser at de fleste foretrekker én dags kurs, og en gruppestørrelse på 6-10 deltakere.



Figur 10 Preferanser varighet og gruppestørrelse

Deltakernes vurderinger av format og gjennomføring

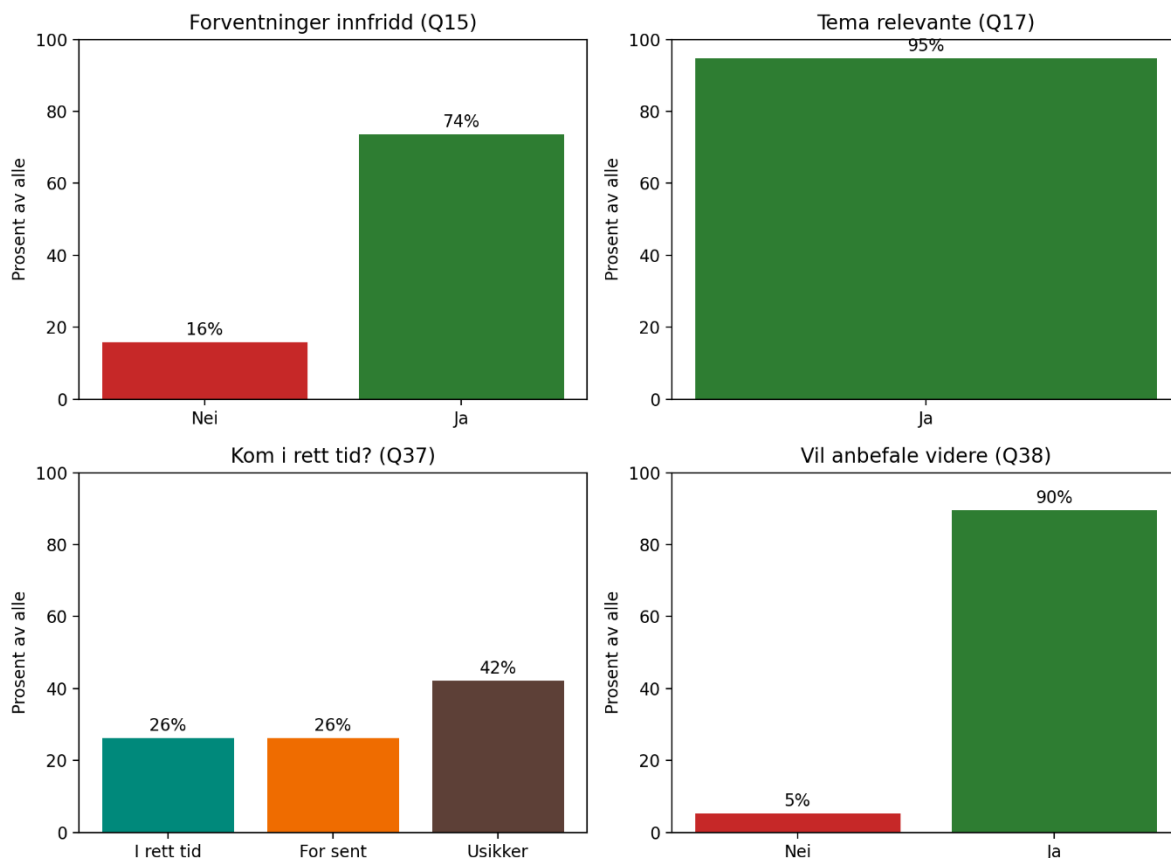
Nesten alle deltakerne opplevde at det var lagt til rette for å få svar på egne spørsmål (17 av 18 svarte ja på dette spørsmålet). Samtidig viser fritekstsvarene at noen fortsatt ønsker mer tid til individuelle spørsmål, særlig når flere lokasjoner deltar samtidig.

Respondentens svar på fire fritekstspørsmål om gruppe- og individuell opplæring kan oppsummeres i følgende tema:

- **Tid til egne spørsmål:** Ønske om bedre mulighet til å stille spørsmål og få utdypende svar.
- **Konkrete øvelser og trening:** Flere etterlyser praktiske øvelser og tydelige treningsopplegg som kan gjennomføres hjemme.
- **Informasjon om lokale tilbud:** Behov for oversikt over tilbud i ulike kommuner, slik at deltakerne kan følge opp lokalt.
- **Sosialt og erfaringsdeling:** Mange fremhever verdien av å dele erfaringer og få tips fra andre.
- **Varighet og struktur:** Enkelte foreslår å dele kurset over flere kortere dager for å gi tid til å fordøye innholdet.
- **Teknisk kvalitet:** Noen nevner utfordringer med lyd og teknikk ved digital overføring.

Deltakernes vurdering av kvaliteten på kurset

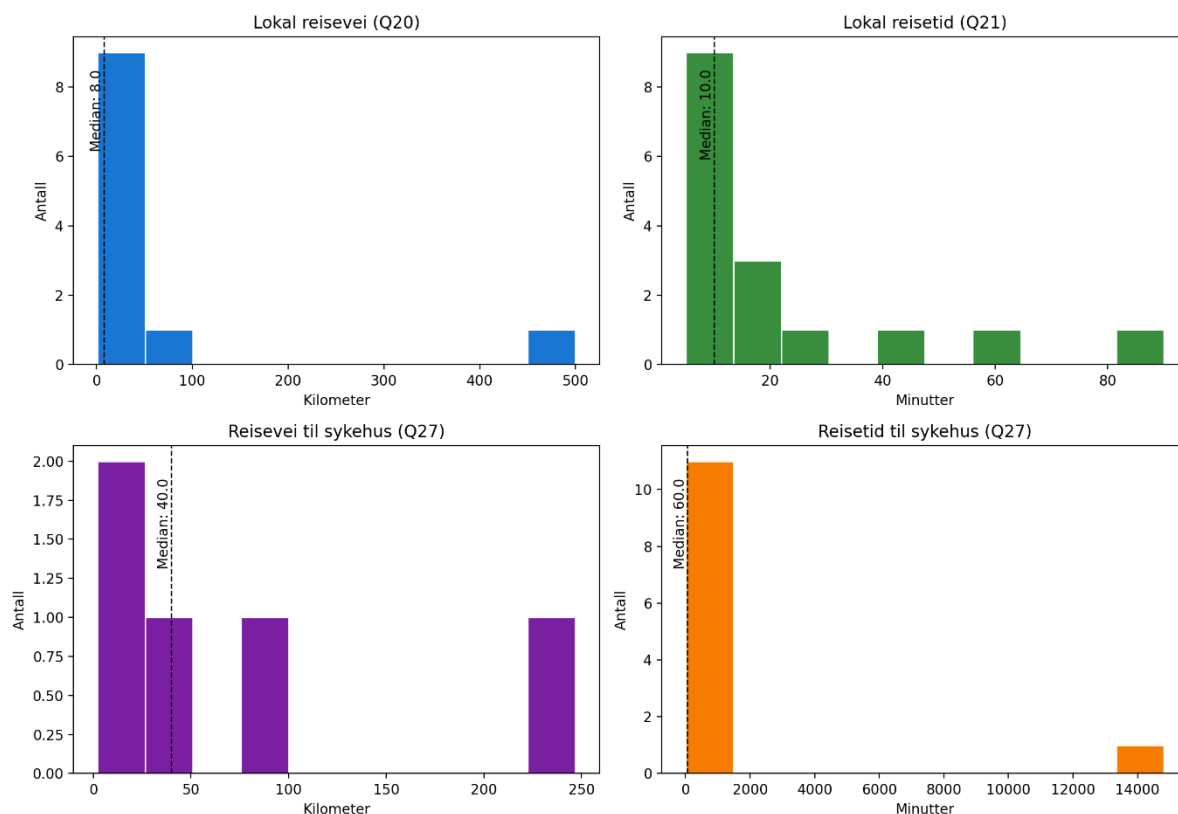
Basert på spørsmål om hvorvidt forventningene ble innfridd, om temaene opplevdes relevante, om opplæringstilbudet ble gitt til riktig tid og om deltakerne vil anbefale tilbudet. Som diagrammene i Figur 11 nedenfor viser, så oppgir flertallet at forventningene til kurset ble innfridd. Alle respondentene var enige om at temaene som ble adressert på kurset, var relevante, og de fleste vil anbefale kurset videre. Når det gjelder tidspunktet for kurset, så var 42 % usikre på om det kom til rett tid, mens like mange opplevde at det kom til rett tid (n=5) som for sent (n=5). At vurderingene er noe delt angående timingen for kurset, kan indikere at deltakerne befant seg i ulike faser av sykdomsforløpet når de ble henvist.



Figur 11 Deltakernes vurdering av kvalitet på kurset

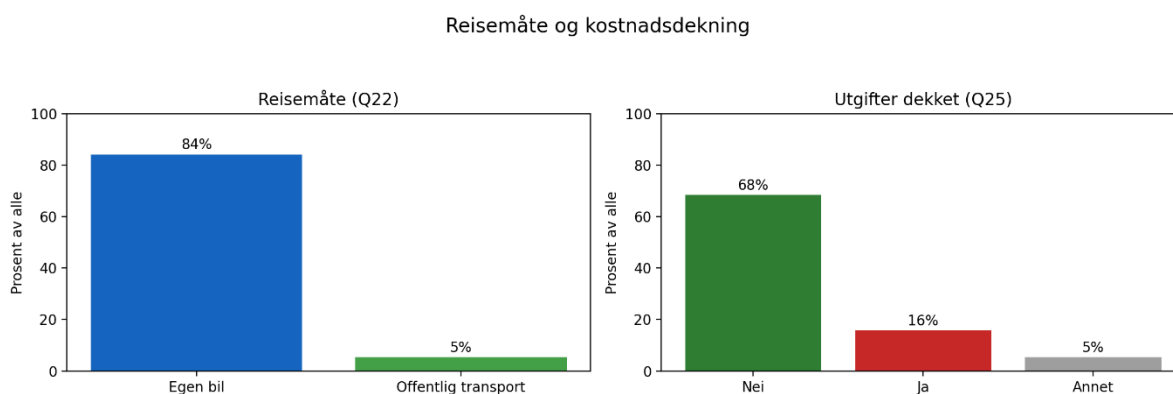
Tilgjengelighet og reise

For evaluering av tilgjengelighet og reise har vi brukt svar på spørsmålene om lokal reisevei, lokal reisetid, reisevei til sykehus og reisetid til sykehus. Figur 12 nedenfor viser at det lokale kurstilbudet gir gjennomgående kortere reisevei og kortere reisetid, med liten spredning i svarene. Til sammenligning viser svarene om reise til sykehus betydelig større variasjon og høyere medianverdier, der enkelte deltakere oppgir flere timers reisetid. Dette understreker betydningen av desentraliserte tilbud for å redusere belastningen knyttet til reise, særlig i geografisk spredte områder.



Figur 12 Tilgjengelighet og reisevei

Vi har også her sett på spørsmålene om reisemåte og hvorvidt deltakerne får utgiftene refundert (Figur 13). Resultatene viser at de fleste respondentene benyttet egen bil for å komme til kurset. Videre fremkommer det at mange enten fikk dekket reiseutgiftene eller opplevde kostnadene som lave. Dette kan bidra til å senke terskelen for deltakelse og gjøre tilbudet mer tilgjengelig for flere pasienter.

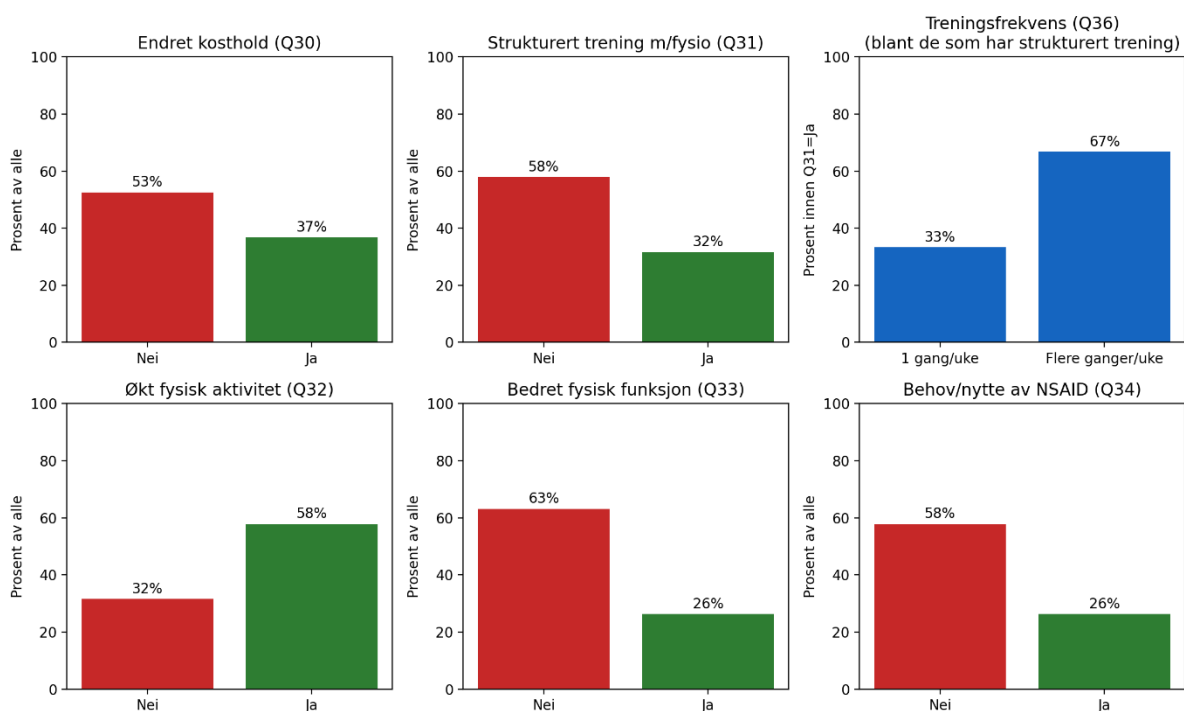


Figur 13 Reisemåte og kostnadsberegning

Endringer i atferd og helse etter kursdeltakelse

Resultatene her er basert på spørsmålene om endret kosthold, fysisk aktivitet, bedret fysisk funksjon, behov for eller nytt av NSAIDs, strukturert trening med fysioterapeut og ev. frekvens på denne. Resultatene indikerer at flere deltakere opplever positive endringer, særlig knyttet til økt fysisk

aktivitet og bedre fysisk funksjon Figur 14. Dette kan peke i retning av at deltakelse kurset kan ha bidratt til økt mestring og bevissthet rundt egen helse og sykdomshåndtering.

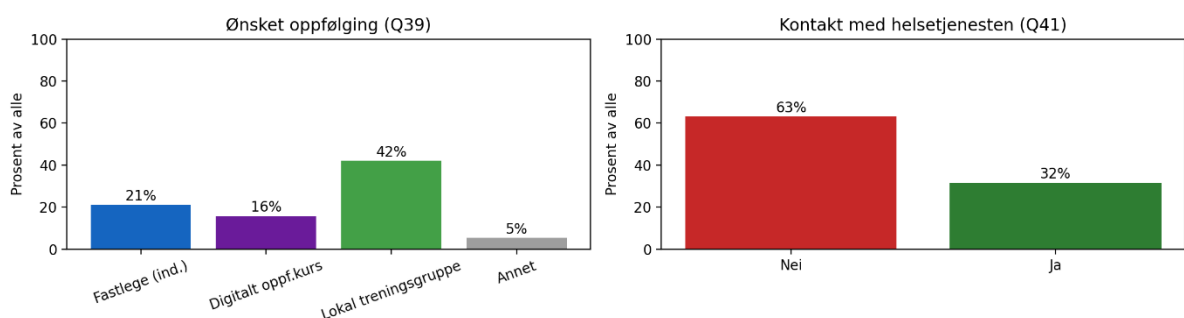


Figur 14 Endring i atferd og helse etter deltakelse på kurs

Bruk av helsetjenester etter kurs

Figur 15 nedenfor belyser respondentens behov for og bruk av helsetjenester etter gjennomført kurs. Figuren viser både hvilken oppfølging deltakerne i etterkant skulle ønske seg, og hvilken kontakt de faktisk har hatt med helsetjenester. Slike funn gir innsikt i hvordan artrosekursene kan påvirke pasientenes videre behov for helsetjenester, og kan bidra til å identifisere områder der det er behov for tydeligere oppfølging eller bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Oppfølging og kontakt etter kurs



Figur 15 Ønske om og bruk av helsetjenester etter kurs

3.4.3 Opplevde gevinster for pasienter, helsepersonell og helsevesenet

Opplevde gevinster for pasienter

Pasienter som har fått helsehjelp i Helserom, har fått en tjeneste som er vurdert å være av god kvalitet som samtidig reduserer reisebelastning. Målet med konsultasjonene har blitt oppnådd slik at helsepersonell sjelden har opplevd at det er behov for en ekstra bruk av helsetjenester etterpå, dvs. at Helserommodellen ikke fører til økt belastning på helsetjenesten.

Pasientene vurderer digital kontakt som et godt alternativ når reisebelastningen ellers ville vært stor, selv om det ikke gir helt samme opplevelse som fysisk møte på sykehuset. I ortopediske samhandlingskonsultasjoner har for eksempel pasientene opplevd at kombinasjonen av å møte fysioterapeut lokal og spesialist digitalt har gitt trygghet og kvalitet, fordi funksjonstester kan gjennomføres riktig og spesialisten får god observasjon – selv om de egentlig ville ha foretrukket å møte spesialisten ansikt-til-ansikt.

Helsehjelp av tilstrekkelig kvalitet

Flere informanter vurderer at Helserom-konsultasjoner gir pasientene helsehjelp av god kvalitet uten at det oppstår behov for ekstra oppfølging på sykehus etterpå. Aktørene oppnår det som var målet med konsultasjonen uten at det fører til ekstra bruk av helsetjenester i etterkant. Dette fremheves både som en gevinst for pasientene og som en effektivisering av tjenesten.

Dersom det under konsultasjonen avdekkes behov for videre utredning eller behandling som ikke kan gjennomføres lokalt, blir pasienten henvist videre på samme måte som etter en ordinær sykehuskonsultasjon. Helsepersonell som deltok i pilottester av Helserom-konsultasjoner, vurderte derfor at konsultasjonene i de fleste tilfeller ga tilstrekkelig grunnlag for beslutninger og videre oppfølging.

Det ble også pekt på at det sjelden oppstår situasjoner der helsepersonell ikke kommer fram til en tilfredsstillende vurdering gjennom videokonsultasjonen. Erfaringene fra de ortopediske samhandlingskonsultasjonene var at behovet for etterfølgende fysisk spesialistvurdering bare oppstod unntaksvis. Når spesialisten likevel vurderte at en pasient burde undersøkes fysisk, ble vedkommende innkalt til videre vurdering på sykehuset. Erfaringene fra prosjektet tilsier derfor at denne typen konsultasjoner kan brukes for en stor andel av pasientene innenfor de aktuelle tjenesteområdene.

Pasientenes egne erfaringer peker i samme retning. De beskriver at kombinasjonen av lokalt helsepersonell og digital deltakelse fra spesialist gir tilstrekkelig grunnlag for undersøkelse og vurdering. Når fysioterapeut eller annet lokalt helsepersonell er til stede i rommet, kan funksjonsundersøkelser gjennomføres på en måte som gjør det mulig for spesialisten å observere og veilede underveis. En pasient sier at konsultasjonen fungerte godt fordi en lokal fysioterapeut deltok og kunne bistå i gjennomføringen av undersøkelsen, og reflekterer over at opplevelsen kunne vært annerledes dersom vedkommende hadde sittet alene med videoløsningen.

Samtidig viser erfaringene at pasientene ikke nødvendigvis opplever digitale konsultasjoner som identiske med tradisjonelle sykehusbesøk. Flere uttrykker at de ideelt sett ville foretrukket å møte spesialisten ansikt til ansikt. Likevel vurderes Helserom som et godt alternativ når alternativet er svært lange og belastende reiser.

Det var et bedre alternativ enn at jeg måtte ha reist i 13 timer. Men det blir jo ikke det samme som å sitte der (B3).

Evalueringene av de desentraliserte lærings- og mestringskursene viser også at enkelte tjenester kan oppleves som **bedre** tilpasset pasientenes behov enn tradisjonelle polikliniske konsultasjoner. Helsepersonell peker på at pasientene i kurset kan få mer tid til å forstå sykdommen, stille spørsmål og lære hvordan de selv kan håndtere situasjonen sin.

Pasientene fikk ikke bare vurdering eller behandling i helseromkonsultasjoner, men også informasjon om hva som skal skje videre, og råd om egenmestring, informasjon om aktuelle tiltak og oversikt over hvem de kan kontakte senere dersom de trenger oppfølging, den ene kommunalt ansatte informanten omtalte det som at pasientene *«får god informasjon om hva som er gode tiltak å gjøre for egen helse, og de får råd og veiledning på hvor og eventuelt hvem de kan ta kontakt med»*.

Selv om noen pasienter opplever at videre oppfølging tar tid, ser dette i hovedsak ut til å skyldes forhold utenfor selve Helserom-modellen. En pasient som ventet på tilpassing av såler, opplevde at prosessen gikk tregt, men vurderte samtidig at hjelpen sannsynligvis ikke ville kommet raskere dersom konsultasjonen hadde foregått på sykehuset. Dette illustrerer at Helserom ikke nødvendigvis kan løse alle flaskehalser i det videre behandlingsforløpet, men at selve konsultasjonen likevel oppleves som faglig god.

Helsehjelp i en trygg setting i møtet med lokalt helsepersonell

Både helsepersonell og pasientene beskriver helseromkonsultasjoner som trygge opplevelser for pasientene på grunn av fysisk tilstedeværelse av lokalt helsepersonell. Pasientene møter noen ansikt til ansikt som tar imot dem, forklarer hva som skal skje, hjelper dem med teknologien dersom det er nødvendig, og som er tilgjengelig for spørsmål underveis.

For pasienter er det også en trygghet at det lokale helsepersonellet er kjent fra før. Lokalkunnskap og etablerte relasjoner kan bidra til å redusere usikkerhet i situasjoner der deler av konsultasjonen gjennomføres digitalt. En informant beskrev for eksempel hvordan tilstedeværelsen av kjent helsepersonell var særlig viktig for en pasient med kommunikasjonsvansker, fordi det ga støtte og trygghet gjennom hele konsultasjonen.

Tryggheten handler også om tilgjengelighet og støtte underveis. Fra lærings- og mestringskurs forteller informantene hvordan lokale kursholdere og helsepersonell introduserer opplegget, forklarer praktiske forhold, hjelper pasientene med å finne fram og bistår dersom noen ønsker hjelp til å stille spørsmål til foredragsholdere eller spesialister. Dette bidrar til å senke terskelen for deltakelse og gjør det enklere å være aktiv i konsultasjonen eller kurset.

I kursene var det også en dimensjon av tryggheten knyttet til møtet med andre deltakere og brukerrepresentanter. Brukerrepresentanter bidrar med erfaringer og råd som oppleves som troverdige og relevante for de andre deltakerne fordi de bygger på egne erfaringer med sykdom og mestring. De uformelle samtalene i pausene trekkes også fram som særlig verdifulle fordi deltakerne får anledning til å diskutere utfordringer og erfaringer med personer som har vært i lignende situasjoner.

Materialet tyder videre på at økt kunnskap i seg selv er en kilde til trygghet. I helseromkonsultasjoner kan det være flere fagpersoner til stede samtidig i samme konsultasjon, og dette kan gi deltakerne bedre forståelse av sykdommen, forventet utvikling og hvilke tiltak som kan være nyttig. I lærings- og mestringskurset ble kunnskapen videre styrket gjennom at også brukerrepresentanter delte erfaringer og gjorde informasjon og råd konkrete og gjenkjennelige for deltakerne.

Redusert reisebelastning

En av de mest synlige og direkte gevinstene ved Helserom-modellen er redusert reisebelastning for pasientene. Både pasienter og helsepersonell beskriver hvordan Helserom gjør det mulig å få tilgang til spesialistkompetanse og helsetjenester nærmere hjemstedet, uten å måtte gjennomføre lange og krevende reiser til sykehus. Dette sparer pasientene for tid, kostnader og fysisk belastning, samtidig som det reduserer fravær fra arbeid, familie og andre daglige aktiviteter.

Informanter beskriver hvordan enkelte konsultasjoner som tidligere ville krevd en hel dags reise, nå kan gjennomføres lokalt. For pasienter med redusert funksjonsevne, høy alder eller krevende reisevei oppleves dette som særlig viktig. Helsepersonell forteller om pasienter som uttrykker stor lettelse over å slippe lange reiser, og en pasient beskriver Helserom som en løsning hen skulle ønske hadde eksistert tidligere.

*Jeg var kjempeglad for å slippe å kjøre helt til Mo. Alt fungerte veldig bra.
Dette skulle vært funnet opp tidligere (B4)*

Den reduserte reisebelastningen handler ikke bare om antall kilometer, men også om hvordan reisetiden påvirker hverdagen. Informantene beskriver at pasienter fra distriktene ofte må bruke store deler av en dag på transport, og i enkelte tilfeller reise dagen før en konsultasjon for å rekke frem i tide. For personer i arbeid innebærer dette ofte behov for å ta fri fra jobb, mens andre må organisere omsorgsoppgaver eller annet ansvar rundt reisen. En av de kommunalt ansatte helsepersonell som deltok i prosjektet, minnet om at **«Tid er jo også respekt for tiden til pasienten»**.

Samtidig viser erfaringene at gevinsten varierer mellom ulike typer tjenester. For deltakere på de desentraliserte lærings- og mestringskursene må personer som er i arbeid fortsatt sette av tid til å delta. Også her fremstår belastningen imidlertid som betydelig mindre enn dersom kurset hadde vært gjennomført på bare én lokasjon fordi mange da måtte ha reist mye lenger.

Samlet sett fremstår redusert reisebelastning som en av de mest umiddelbart synlige gevinstene ved Helserom-modellen. Gevinsten handler ikke bare om kortere reisevei, men også om redusert stress, mindre tidsbruk, lavere kostnader og økt tilgjengelighet til helsetjenester. For mange pasienter synes dette å være en av de viktigste grunnene til at Helserom oppleves som et attraktivt alternativ til tradisjonelle sykehusbesøk. Ønsket om å redusere lange og belastende reiser var også den høyest prioriterte ønskede gevinsten som deltakerne i prosjektet ville jobbe for å oppnå, jf. kap. 3.1.4 om prioritering av innsikt.

Likeverdige tjenester

Helserom-modellen ser ut til å kunne bidra til mer likeverdige tjenester gjennom at pasienter får tilgang til den samme kompetansen og det samme faglige innholdet uavhengig av hvor de bor. Dette kommer særlig til uttrykk i de desentraliserte lærings- og mestringskursene, der deltakere fra flere kommuner deltar samtidig og får tilgang til de samme foredragene, den samme informasjonen og får de samme mulighetene til å stille spørsmål.

Samtidig ser det ut til at den lokale tilstedeværelsen av kursholdere og helsepersonell har vært viktig for å gjøre tilbudet likeverdig i praksis. De lokale kursholderne bidrar ikke bare med teknisk tilrettelegging, men også med støtte til deltakere som trenger hjelp til å formulere spørsmål eller som synes det er vanskelig å ta ordet foran en større gruppe. Helsepersonell beskriver at det kom spørsmål fra deltakerne ved alle lokasjonene, og at deltakerne benyttet muligheten til å diskutere både med lokale kursholdere og fagpersoner som deltok digitalt. For å sikre at alle fikk mulighet til å delta aktivt, ble det også lagt til rette for at spørsmål kunne tas opp i pausene og oppsummeres i

plenum senere. På denne måten kunne deltakere ved ulike lokasjoner få tilgang til den samme informasjonen og de samme faglige diskusjonene.

Et interessant trekk ved kursene er at likeverdighet ikke nødvendigvis betydde at alle mottok innholdet på nøyaktig samme måte. Foredragsholdere og brukerrepresentanter deltok fysisk fra ulike steder fra gang til gang, slik at alle lokasjoner både opplevde å ha noen fysisk til stede og å motta deler av innholdet digitalt. Dette bidro til at ingen lokasjon ble «en permanent mottaker» av digital undervisning.

Helserom-modellen ser samtidig ut til å bidra til at flere pasienter får tilgang til spesialisert kompetanse enn det som ville vært mulig gjennom tradisjonelle tilbud. Ved å samle flere lokasjoner samtidig kan én fagperson nå langt flere deltakere enn ved individuelle konsultasjoner eller lokale kurs, for eksempel «til 45 stykker i stedet for 15», som den ene helsepersonell fra sykehuset konkretiserte.

Et annet aspekt ved likeverdighet handler om tilgang til kompetanse som ikke finnes i alle kommuner. Noen informanter beskrev hvordan Helserom gjør det mulig å trekke inn fagpersoner fra andre kommuner eller fra spesialisthelsetjenesten, slik at deltakerne får tilgang til kompetanse som ellers ville vært utilgjengelig lokalt. I en kommune hadde man for eksempel ikke lenger tilgang til ernæringsfaglig kompetanse lokalt, mens deltakerne gjennom det hybride kurset likevel kunne få undervisning fra klinisk ernæringsfysiolog.

Samlet tyder erfaringene på at Helserom ikke bare bidrar til at pasientene får tjenester nærmere der de bor, men også til at de kan få tilgang til et bredere og mer sammensatt tilbud enn det som ville vært mulig lokalt alene. Likeverdigheten handler dermed både om geografisk tilgjengelighet og om tilgang til kompetanse uavhengig av bosted.

Økt helsekompetanse

Evalueringsene av de desentraliserte lærings- og mestringskursene tyder på at deltakelse kan bidra til økt helsekompetanse. Deltakerne får ikke bare tilgang til informasjon om sykdommen sin, men også hjelp til å forstå informasjonen, vurdere den og omsette den til handling. Kursholderne beskriver hvordan mange deltakere får en bedre forståelse av både sykdomsutvikling, behandlingsalternativer og hva de selv kan gjøre for å håndtere plagene sine. Samtidig er det viktig å understreke at datamaterialet ikke gir grunnlag for å konkludere om hvorvidt den økte kunnskapen faktisk fører til varige atferdsendringer over tid, noe som er avgjørende for reell økt helsekompetanse.

Lærings- og mestringskurs kan i seg selv bidra til økt helsekompetanse, men i dette prosjektet gir Helserom-modellen tilgang til en bredde av kompetanse som mange av deltakerne ellers ikke ville hatt tilgang til lokalt. Gjennom kombinasjonen av digitale foredrag fra spesialisthelsetjenesten, lokal tilstedeværelse av kommunale kursholdere og bidrag fra brukerrepresentanter får flere deltakere både faglig informasjon, mulighet til å stille spørsmål og hjelp til å omsette kunnskapen til lokale tiltak. På denne måten kan helsekompetansen styrkes gjennom samspillet mellom spesialistkunnskap, lokal oppfølging og erfaringsbasert kunnskap.

Et sentralt tema i evalueringene er at kurset bidrar til å korrigere vanlige misforståelser om artrose. Flere deltakere ser ut til å komme til kurset med en oppfatning om at kirurgi er den naturlige eller eneste løsningen på plagene sine. Gjennom undervisning fra ulike fagpersoner får de innsikt i hvorfor fysisk aktivitet, trening og egeninnsats ofte er førstevalget ved behandling, og hvorfor operasjon ikke nødvendigvis er riktig behandling på et tidlig stadium.

Kursholderne beskriver også hvordan mange deltakere får en «aha-opplevelse» når de lærer at aktivitet og trening ikke nødvendigvis er skadelig, selv om det kan gjøre vondt i starten. For noen innebærer dette at de tør å gjenoppta aktiviteter de tidligere har unngått av frykt for å forverre tilstanden. Økt forståelse av hva som er normale reaksjoner, hva som er tegn på forverring, og når det er behov for å kontakte helsevesenet, ser ut til å bidra til både trygghet og mestringstro.

En annen viktig gevinst er at deltakerne får kunnskap om hvilke tiltak som faktisk har dokumentert effekt. Kursholderne forteller at mange pasienter tidligere har brukt tid og penger på hjelpemidler og behandlingstiltak uten sikker effekt, eller har mottatt behandling som ikke er anbefalt ved artrose. Gjennom kurset får deltakerne større innsikt i hvilke tiltak som anbefales, og hvorfor.

Flere informanter beskriver dessuten at kurset gir pasientene et bedre grunnlag for å delta aktivt i beslutninger om egen helse. Økt kunnskap gjør dem bedre i stand til å stille spørsmål, forstå begrunnelser for ulike behandlingsvalg og etterspørre relevant oppfølging dersom de trenger det.

Kurset ser også ut til å bidra til økt kjennskap til lokale helsetilbud. Flere deltakere oppdaget tilbud de ikke kjente til fra før, blant annet frisklivsgrupper, bassengtrening og fysioterapitjenester. Enkelte valgte å melde seg på slike tilbud etter kurset, mens andre ønsket videre oppfølging fra fysioterapeut for å komme i gang med trening. Den ene kursholderen opplevde at det var *«noen som meldte seg på Frisklivsgruppe, og ei som ville ha litt mer veiledning av fysioterapeut i forhold til å komme i gang med trening»*.

Flere av kursholderne beskriver at mange deltakere tidligere har fått beskjed om at de har artrose uten å forstå hva diagnosen innebærer i praksis. Kurset ser ut til å bidra til at deltakerne får en mer helhetlig forståelse av sykdommen og hvordan de kan leve godt med den over tid. Gevinstene knyttet til Helserom-modellen er at flere får mulighet til å delta, og at mulighetene til å gjøre endringer eller bruke nye tjenester kan bli lettere på grunn av den lokale forankringen.

Teoretisk vurdering av pasientgevinster

Samlet sett peker erfaringene fra helsepersonell og brukere på at Helserom gjør det mulig å tilby helsehjelp av god og trygg kvalitet samtidig som reisebelastningen reduseres. Sett gjennom CFIR-rammeverket kan dette forstås som at Helserom-modellen oppleves å ha flere egenskaper som fremmer implementering. Informantene beskriver en tydelig relativ fordel sammenlignet med tradisjonelle sykehusbesøk, særlig gjennom redusert reisebelastning, bedre tilgjengelighet og muligheten til å få helsehjelp nærmere der folk bor. Samtidig ser modellen ut til å ha høy tilpasningsgrad. Tjenestene er justert underveis gjennom testing og evaluering, og lokale løsninger er tilpasset både pasientenes behov og tilgjengelige ressurser. Kombinasjonen av lokal fagkompetanse og digital spesialiststøtte ser ut til å være en sentral forklaring på at tjenestene oppleves som både nyttige og faglig forsvarlige (Damschroder mfl. 2022; Reardon mfl. 2025).

Flere av gevinstene kan også forstås gjennom forhold i den indre konteksten (CFIR Domene 3). Informantene både beskriver og viser (i alle aktivitetene i prosjektet) en organisasjonskultur preget av pasientorientering, læring og samarbeid. Slike felles verdier ser ut til å støtte opp under både samhandling, kompetansedeling og lokal tjenesteutvikling. Samtidig ser kommunikasjonen mellom aktørene ut til å fungere godt, og lokale ressurser i form av lokaler, utstyr og helsepersonell brukes aktivt for å støtte opp under konsultasjonene. Dette bidrar til at pasientene kan oppleve trygghet, kontinuitet og få oversikt over hva som skal skje videre (Damschroder mfl. 2022).

At lærings- og mestringskursene ser ut til å bidra til økt helsekompetanse kan også forstås i lys av implementeringsprosessen (CFIR Domene 5). Kursene kjennetegnes av aktiv involvering av deltakerne, mulighet til å stille spørsmål og tilpasning av innholdet underveis. Dette legger til rette

for at kunnskapen ikke bare formidles, men også forstås og kan tas i bruk i hverdagen (Damschroder mfl. 2022; Reardon mfl. 2025).

Sett gjennom et relasjonelt perspektiv fremstår gevinstene som et resultat av mer enn teknologi alene. Relational Coordination Theory viser hvordan samarbeid styrkes når aktørene utvikler felles mål, felles kunnskap og gjensidig respekt. I Helserom-modellen kommer dette blant annet til uttrykk gjennom samhandlingen mellom lokalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten. Dataene viser at helsepersonell i prosjektet tydelig jobbet mot det felles målet om å redusere belastende reiser og samtidig sikre pasientene helsehjelp av god kvalitet lokalt. Relational Coordination Theory tilsier at slike felles mål kan styrke koordinering og samarbeid på tvers av organisatoriske grense (Bolton mfl. 2021). Dette kan bidra til å forklare hvorfor pasientene opplever Helserom-tjenestene som trygge og velfungerende.

Den lokale fagpersonen får i denne sammenhengen en særlig viktig rolle. Vedkommende fungerer som bindeledd mellom pasienten og spesialisten, bidrar til å gjennomføre undersøkelser og oversetter faglige vurderinger til den lokale konteksten. For pasientene ser dette ut til å være en viktig kilde til både trygghet og kvalitet. Dette samsvarer med Relational Coordination-teoriens beskrivelser av grensekryssende roller som styrker koordinering på tvers av organisatoriske grenser (Bolton mfl. 2021)

Tilsvarende ser lokale kursholdere og brukerrepresentanter ut til å være viktige i lærings- og mestringskursene. De skaper trygge arenaer for spørsmål, refleksjon og erfaringsdeling, og bidrar til å gjøre spesialistkunnskap relevant og anvendbar i deltakernes hverdag. Dette samsvarer med forskning som viser at relasjonelle møteplasser og felles læringsarenaer kan styrke både kvalitet, deltakelse og opplevd verdi av tjenestene (Bolton mfl. 2021)

Funnene peker dermed i retning av at kvaliteten i Helserom ikke først og fremst skyldes teknologi i seg selv. Gevinstene ser snarere ut til å oppstå gjennom kombinasjonen av lokal tilstedeværelse, spesialistkompetanse, gode relasjoner og koordinert samarbeid. I lys av både CFIR og de relasjonelle perspektivene fremstår Helserom derfor først og fremst som en samhandlingsmodell der teknologi fungerer som muliggjørere av nye måter å samarbeide og levere helsehjelp på (Damschroder mfl. 2022; Reardon mfl. 2025; Bolton mfl. 2021).

Opplevde gevinster for helsepersonell

Å få bidra til å gi god helsehjelp lokalt

Helsepersonell som har testet Helserom-konsultasjoner i prosjektet, beskriver det som en gevinst i seg selv å kunne bidra til at pasientene får god helsehjelp nærmere der de bor. Opplevelsen av å levere tjenester av god kvalitet, samtidig som pasientene slipper belastende reiser, ser ut til å gi økt faglig tilfredshet og stolthet blant deltakerne.

Noen beskriver også at Helserom-modellen gjør det lettere å sikre kontinuitet i pasientforløpet. Lokale kursholdere og behandlere kan følge opp pasientene etter kurs eller konsultasjoner, koble dem til kommunale tilbud og bidra til at kunnskap omsettes til handling i hverdagen. Den ene informanten fortalt at hen opplever *«at vi leverer kvalitet og gode tjenester, og at pasienter uansett om de deltar fysiske eller digitalt, føler at de blir sett og hørt»*.

Kompetanseheving og kunnskapsdeling

Helserom-modellen skaper arenaer for kompetanseutvikling og gjensidig læring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som deltok i prosjektet, beskriver hvordan samhandlingskonsultasjoner, kurs, felles planlegging og felles opplæringsaktiviteter ga dem mulighet

til å tilegne seg ny kompetanse og bli tryggere i oppgaver de tidligere har hatt begrenset erfaring med.

For kommunalt helsepersonell innebar dette konkret i prosjektet blant annet økt kunnskap om fagområder som hudsykdommer, muskel- og skjelettplager, fysisk aktivitet, ernæring og egenmestring. Gjennom samhandling med spesialisthelsetjenesten kunne de bli bedre rustet til å besvare spørsmål fra innbyggerne og gi veiledning lokalt, som eksemplifisert fra den ene kommunale kursholderen i lærings- og mestringskurset: *«Så sann sett er det jo greit å få litt mer kompetanse på det, både i forhold til fysisk aktivitet og den legen sin input og i forhold til mat og kosthold. Sann at man kan gi litt svar til brukerne på spørsmålene nå».*

For de som fikk prøve å gjennomføre Helserom-konsultasjoner flere ganger, kunne vi se tendensen til at gjentatt samhandling over tid bidrar til økt trygghet i nye arbeidsoppgaver (selv om det ikke var et stort antall konsultasjoner dette dreide seg om). Informanter beskrev hvordan fastleger og annet lokalt helsepersonell gradvis bygger opp erfaring og kompetanse gjennom å delta i samhandlingskonsultasjoner sammen med spesialister: *«De blir jo tryggere etter hvert. De får jo en mye større kompetanse og kunnskap».*

Samtidig er kompetanseutviklingen gjensidig. Også spesialisthelsetjenesten beskriver gevinster ved å samarbeide tett med kommunale aktører. Delt materiell, felles planlegging og løpende tilbakemeldinger gjør det mulig å forbedre både innhold og gjennomføring av tilbudene. Gjennom samarbeidet får spesialistene innsikt i hvordan informasjonen oppfattes lokalt, hvilke spørsmål som oppstår hos deltakerne, og hvilke tema som bør utdypes eller forklares på andre måter. Læringen handler derfor ikke bare om å overføre kunnskap fra sykehus til kommune. Den handler også om å utvikle tilbudene sammen gjennom kontinuerlig dialog og erfaringsutveksling.

Delt kunnskap så videre ut til å kunne bidra til å gjøre Helserom-modellen mer robust, for eksempel i lærings- og mestringskursene der de lokale kursholdere var involvert i planlegging og gjennomføring av kursene, og fikk gradvis innsikt i både faglig innhold og praktisk organisering. Dette gjør at flere ansatte er tilgjengelig for å ta over oppgaver ved behov, samtidig som den lokale kompetansen styrkes. De lokale kursholderne blir selv bedre i stand til å følge opp pasientene i etterkant av kursene, noe som kan styrke kontinuiteten i pasientforløpet og øker sannsynligheten for at kunnskapen fra kurset omsettes til praktisk oppfølging lokalt.

Kompetanseutviklingen ser dermed ikke bare ut til å styrke den enkelte medarbeider. Den bidrar også til rolleutvikling, bedre oppgavefordeling og en mindre sårbar tjeneste. Når flere deler kunnskap, får erfaring med nye oppgaver og kjenner innholdet i tilbudene, blir Helserom-modellen mindre avhengig av enkeltpersoner og bedre rustet til å opprettholde kvalitet over tid.

Styrket samarbeid, større faglige nettverk og lavere terskel for kontakt

En gevinst ved Helserom-arbeidet er at samarbeidet mellom kommune og sykehus ser ut til å kunne bli tettere og mer uformelt gjennom at ansatte både planlegger og gjennomfører konsultasjoner sammen. Informantene beskriver hvordan felles planlegging, samhandlingskonsultasjoner, fagdager, hospitering og kurs har gjort det enklere å bli kjent med hverandre på tvers av organisasjoner og profesjoner.

Flere beskriver at det har blitt lettere å ta kontakt med hverandre når man trenger råd eller ønsker å diskutere en pasient. Det som tidligere kunne oppleves som kontakt med en ukjent tjeneste eller en anonym spesialist, blir i større grad kontakt med personer man har møtt, samarbeidet med og fått tillit til. Den ene informanten på sykehuset sier at hen opplever at *«Det er flere som tør å ta telefonen og ringe og spørre om de har pasienter med ortopediske problemstillinger (...) Jeg tror de synes det er*

mindre skummelt å ringe til meg når de har sett meg og pratet med meg enn å ringe til ortopedisk vakthavende».

Noen viser også til hvordan Helserom-modellen har bidratt til å utvide det faglige nettverket. Når helsepersonell fra ulike kommuner og spesialisthelsetjenesten planlegger og gjennomfører helsetilbud sammen, får de innsikt i hverandres kompetanse, arbeidsformer og ansvarsområder. Dette gir flere kontaktpunkter og gjør det lettere å finne riktig person når det oppstår spørsmål eller behov for samarbeid. Den ene kommunalt ansatte sier at «*Vi får jo samarbeid med litt flere folk, og vi kan prate litt om på forhånd hva vi skal undervise i og hvem som skal gjøre hva*».

Erfaringene fra deltakerne i prosjektet tyder også på at samarbeidet utvikler en form for teamfølelse på tvers av organisatoriske grenser. Informantene både beskrev og viste hvordan de jobbet sammen om et felles mål for pasienten, snarere enn at kommune og sykehus arbeider hver for seg. Dette bidrar til økt forståelse for hverandres arbeidssituasjon og gjør det lettere å koordinere oppgaver og løse utfordringer underveis. I lys av Relational Coordination Theory kan dette forstås som utvikling av «shared goals» på tvers av organisatoriske grenser, noe som gjør det lettere å koordinere oppgaver, dele ansvar og finne løsninger sammen.

Samtidig ser de utvidede nettverkene ut til å kunne gjøre Helserom-modellen mer robust. Når flere personer kjenner innholdet i tilbud og tjenester og har innsikt i hvordan de gjennomføres, blir tjenestene mindre sårbare ved fravær eller utskifting av personell. Når kunnskap og erfaring deles mellom flere aktører bidrar det til kontinuitet og stabilitet over tid.

Bedre seleksjon og riktigere bruk av tjenestene

Erfaringer fra deltakerne i prosjektet tyder på at de anser at Helserom-modellen *kan* bidra til mer målrettet bruk av både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Når lokalt helsepersonell og spesialister samarbeider om vurderinger av pasienter, blir det lettere å avklare hvem som har behov for spesialistoppfølging og hvem som kan følges opp lokalt. Dette kan bidra til at pasientene kommer raskere til riktig nivå i helsetjenesten, samtidig som unødvendige henvisninger og konsultasjoner unngås. Dette fremstår som en potensiell gevinst ved modellen, men det vil være behov for systematisk oppfølging av pasientforløp og helsetjenestebruk dersom Helserom settes i drift, for å undersøke om modellen faktisk bidrar til riktigere ressursbruk og mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (se også kap. 4 Anbefalinger).

I samhandlingskonsultasjonene blir beslutninger tatt i fellesskap, med utgangspunkt i både lokal kjennskap til pasienten og spesialistkompetanse. Denne kombinasjonen ser ut til, fra deltakernes perspektiv, å styrke kvaliteten på vurderingene og gjøre det lettere å avklare videre oppfølging. Noen av informantene har opplevd hvordan Helserom-modellen bør kunne gi muligheter til å bruke spesialistkompetansen der den trengs mest, samtidig som lokale aktører kan håndtere oppgaver og oppfølging når dette er faglig forsvarlig.

I Dønna-piloten fikk for eksempel fastlegen ansvar for deler av utredningen og oppfølgingen, mens hudspesialist ble involvert når det var behov for spesialiserte vurderinger. Arbeidsdelingen bidro til at pasientene kan få større deler av oppfølgingen lokalt, samtidig som de hadde tilgang til spesialistkompetanse ved behov. Erfaringene tyder på at denne typen samarbeid kan bidra til riktigere bruk av helsetjenestene, både ved å redusere unødvendige henvisninger og ved å sikre at pasienter som faktisk trenger spesialisthelsetjenester får tilgang til dem.

Teoretisk vurdering av helsepersonellgevinster

Sett gjennom CFIR-rammeverket (Damschroder mfl. 2022) kan flere av gevinstene som helsepersonell beskriver, forstås som tegn på at Helserom-modellen kan lykkes med å etablere både

en støttende indre kontekst (Domene 3), en lærende implementeringsprosess (Domene 5) og positive individuelle erfaringer blant aktørene som deltar i tjenesten (Domene 4). Gevinstene ser heller ikke her ut til å være hovedsakelig knyttet til teknologi, men til hvordan teknologien muliggjør nye former for tjenesteutøvelse.

Når helsepersonell opplever det som meningsfullt å bidra til at pasienter får helsehjelp nærmere der de bor, kan dette forstås gjennom CFIR-konstruktet Mission Alignment i Domene 3. Helserom-modellen ser ut til å være godt forankret i helsepersonellens egne verdier om å tilby tilgjengelige, trygge og pasientsentrerte tjenester. Opplevelsen av å levere gode og likeverdige tjenester lokalt skaper faglig tilfredshet og styrker motivasjonen til å delta i utviklingsarbeid og nye arbeidsformer.

Kompetanseutviklingen som beskrives av informantene, kan forstås gjennom flere CFIR-konstrukt. Hospitering, samhandlingskonsultasjoner, kurs og felles planlegging fungerer som arenaer for Access to Knowledge and Information (Domene 3) og Teaming (Domene 5). Samtidig bidrar aktivitetene til å styrke helsepersonellens Capability i Domene 4 ved at de utvikler kunnskap, ferdigheter og trygghet i nye oppgaver. Erfaringene tyder på at læringen i stor grad skjer gjennom praktisk samhandling og felles problemløsning snarere enn gjennom formell opplæring alene.

Også gevinstene knyttet til samarbeid og relasjoner kan forstås gjennom CFIR. Møtepunkter, felles aktiviteter og samhandlingskonsultasjoner ser ut til å styrke både Relational Connections og Communication i Domene 3. Informantene beskriver at det blir lettere å kontakte hverandre, diskutere pasienter og be om råd når man kjenner hverandre fra før. Dette bidrar til å redusere avstanden mellom kommune og sykehus og legger til rette for mer effektiv koordinering av tjenester.

Disse funnene samsvarer også godt med Relational Coordination Theory (Bolton mfl. 2021), som viser hvordan samarbeid styrkes når aktørene utvikler felles mål, felles kunnskap og gjensidig respekt. Flere av gevinstene som helsepersonell beskriver, kan forstås som uttrykk for nettopp dette. Når kommune og sykehus planlegger og gjennomfører tjenester sammen, utvikles en felles forståelse av både pasientenes behov og hverandres kompetanse. Dette kan bidra til at kommunikasjonen blir mer målrettet og til å senke terskelen for å ta kontakt ved spørsmål eller behov for avklaringer.

Relational Coordination bidrar også til å forklare hvorfor helsepersonell opplever større faglige nettverk og sterkere teamfølelse som en gevinst. Samarbeidet beveger seg fra å være kontakt mellom organisasjoner til i større grad å bli relasjoner mellom mennesker som kjenner hverandre, stoler på hverandre og opplever et felles ansvar for pasientforløpet.

Samlet sett tyder analysen på at helsepersonellgevinstene i Helserom-modellen ikke bare handler om økt kompetanse eller bedre organisering hver for seg. Gevinstene ser ut til å oppstå i samspillet mellom læring, relasjoner, koordinering og opplevelsen av å bidra til et felles mål. Både CFIR og Relational Coordination peker på at slike mekanismer ikke bare kan gi positive erfaringer for helsepersonell, men også styrke forutsetningene for varig implementering av nye tjenester.

3.4.4 Årsaker til at Helserom-konsultasjonene fungerte (suksesskriterier)

Dette kapitlet belyser identifiserte årsaker til at Helserom-konsultasjonene (dvs. både samhandlingskonsultasjoner og kurs) har fungert i praksis i prosjektperioden. Analysen er basert på alle datakilder: intervjuer, observasjoner, samskapende aktiviteter, workshops, møter og skriftlige tilbakemeldinger og fortolkes i lys av CFIR-rammeverket for implementering og relasjonelle perspektiver på samhandling. Kapitlet viser hvordan en kombinasjon av felles mål, møtepunkter, relasjoner, kompetanse, fleksibilitet og pasientsentrerte løsninger har bidratt til gjennomføringsevne,

kvalitet og læring. Disse faktorene forstås ikke isolert, men som gjensidig forsterkende mekanismer i implementeringen av Helserom-modellen

Felles mål og felles forståelse – grunnlaget for samarbeid

Helsepersonells felles ønske om å jobbe mot samme mål: Pasientens beste

En nøkkel-faktor som ser ut til å ha bidratt til at Helserom-konsultasjoner har fungert i prosjektperioden er at de involverte helsepersonell har et felles ønske om å jobbe mot det samme målet: å gi pasientsentrert, trygg og likeverdig helsehjelp nær der folk bor. Dette felles målet har fungert som kompass i både planlegging, testing og justering underveis, og har gjort det enklere å ta beslutninger om prioriteringer, ansvar og arbeidsmåter. Som en av deltakerne uttrykker: «*Vi er enig i at det er pasientene vi skal hjelpe. Det bør jo alle ha i fokus*».

Denne holdningen har vært tydelig i både planlegging og gjennomføring av aktiviteter, og det har vært lagt til rette for dialog og oppsummering, slik at alle aktører kan bidra til å sikre kvalitet og pasientsentrert praksis. I lærings- og mestringskurset er foredragsholderne tilgjengelige hele tiden; de forsvinner ikke underveis i dagen: «*Det fine er at selv om at ernæringsfysiologen eller ortopedene at de snakker i en til 1,5 time totalt sett, så er de med nesten hele dagen, for da er det litt lettere for pasienter når det dukker opp noen spørsmål å kunne få svar på akkurat det*».

Dette felles målet har også legitimert at man setter av tid til utviklingsarbeid og justerer praksis, selv når klinisk hverdag er travel. Én av de involverte aktørene som har hatt stort ansvar for å koordinere samhandlingstjenester, sier at det oppleves som riktig ressursbruk nettopp fordi målet er framtidsrettet, og fordi innbyggerne i distriktene får et bedre og mer tilgjengelig tilbud:

Og jeg tenker at hvis man bare jobber her og nå ikke ser fremover hva som vil være gunstig for pasientene, så ser vi litt feil på det, da. Så jeg tenker at det er at det er en viktig jobb og at det er mer framtidsrettet, og særlig det at vi kan tilby det ut i distriktene.

Sett gjennom CFIR-rammeverket (Damschroder mfl. 2022) er en slik felles orientering mot målet om å jobbe for pasientens beste en suksessfaktor som virker på tvers av flere domener. Å være rettet mot et felles mål skaper motivasjon hos den enkelte (Domene 4), gir legitimitet til ressursbruk og bygger en kultur som setter pasienten i sentrum (Domene 3) og gjør samarbeid enklere (Domene 5). Dette gjør felles mål til en nøkkel for å lykkes med nye tjenester.

Domene 4 i CFIR-rammeverket, som presenterer aktørene og deres karakteristikk, viser hvordan motivasjon hos den enkelte er avgjørende for å lykkes. Når aktørene er rettet mot målet om pasientens beste i utviklingsarbeidet ser vi høy forpliktelse til rollen. Dette gjør videre at helsepersonell er villige til å bruke tid og energi, selv om hverdagen er travel. Når den ene sykehusansatte beskriver arbeidet som «riktig ressursbruk» fordi det gir bedre tilbud i distriktene, ser vi hvordan felles mål gir legitimitet til å prioritere utviklingsarbeid. Det kan skape et opplevd handlingsrom, altså at man føler at det er lov å sette av tid.

Domene 3 i CFIR-rammeverket, om hvordan den indre konteksten påvirker implementering, CFIR legger vekt på kultur og verdier. Innovasjonen i Helserom-prosjektet er godt forankret i den omforente ønskede gevinsten (se prioritering av innsikt i kap. 3.1.4): å bidra til å redusere lange belastende reiser gjennom å tilby likeverdig helsehjelp nærmere der folk bor. Dette er ikke et nytt mål eller nye verdier utviklet i Helserom-modellen (selv om målet operasjonaliseres på nye måter i prosjektet), men representerer heller en såkalt «mission alignment» som Domene 3 i CFIR omtaler, dvs. at målet med innovasjonen er i tråd med organisasjonens eksisterende mål og verdier. Dette gjør det enklere å prioritere arbeidet med å utvikle og tilby nye tjenester, og er dermed en suksessfaktor.

Den nye måten å tilby tjenester på, føles ikke som noe ekstra eller utenfor når den er i tråd med eksisterende verdier, men som en naturlig del av kjerneoppdraget.

Dersom aktørene i en innovasjon er motivert av og orientert mot et slikt felles mål, vil målet fungerer som kompass som kan legge til rette for et klima preget av samarbeid, læring og innovasjon, samt redusere friksjon og misforståelser (Bolton mfl. 2021).

Felles forståelse av hva som skal gjøres, hvorfor og hvordan

En tydelig felles forståelse av hva som skal gjøres, hvorfor og hvordan har vært avgjørende for at Helserom-konsultasjonene har fungert godt. Dette gjelder på flere nivåer: mellom ledelsen i kommune og sykehus, mellom helsepersonell som planlegger og gjennomfører konsultasjonene, og mellom helsepersonell og pasientene som mottar helsehjelpen. I de tilfellene der aktørene deler en felles oppfatning av mål, roller og arbeidsmåter, blir samarbeidet effektivt og trygt.

For helsepersonell har felles forståelse vært særlig viktig i planlegging og selve gjennomføringen av samhandlingskonsultasjoner. Det handler om å være enige om rekkefølgen på aktiviteter, hvem som gjør hva, og hvordan pasienten skal introduseres til opplegget. Dette har blitt avklart i dialog mellom de aktørene som skal samhandle:

Vi snakker bestandig gjennom pasienten før, bare litt sånn kort, før den kommer inn, og sånn at vi har avklart hva vi skal gjøre og hvilke tester jeg skal gjennomføre.

En av informantene ønsker seg også en mer generisk forberedelsesdialog mellom sykehus og kommune for å avklare ikke bare før hver enkelt konsultasjon, men generelt hvilke pasienter eller situasjoner som egner seg til Helserom-konsultasjon:

Et faglig kontaktpunkt hvor man avklarer hvem som det er fornuftig å ta lokalt, for det hender jo det pasienter som ikke bør være lokalt.

Denne forståelsen har ikke oppstått av seg selv, men er blitt sikret gjennom flere tiltak, som adresseres videre i dette delkapittelet, først og fremst møtepunkter, kompetansedeling og en relasjonsutvikling preget av gjensidig respekt og tillit – disse adresseres videre i dette kapittelet.

CFIR-domene 5 om implementeringsprosessen fremhever at prosesser som planlegging, avklaring av roller og refleksjon er avgjørende for vellykket implementering. Felles forståelse er selve fundamentet for disse prosessene. Når aktørene har en felles oppfatning av for eksempel hvordan konsultasjonen skal gjennomføres, blir samarbeidet mer strukturert og mindre sårbart for misforståelser. Informanten som etterlyser et «faglig kontaktpunkt» for å avklare hvilke pasienter som egner seg til Helserom-konsultasjon, peker på behovet for systematiske arenaer for å bygge og vedlikeholde denne forståelsen.

Samtidig viser arbeidet og erfaringene at felles mål og forståelse alene ikke er tilstrekkelig; dette må omsettes i konkrete samhandlingsformer. I det følgende belyses derfor hvordan dette grunnlaget videreutvikles gjennom møtepunkter og relasjonelt arbeid i praksis.

Møtepunkter har vært sentrale arenaer for koordinering, læring og relasjonsbygging

Analysen viser at ulike former for møtepunkter har hatt en avgjørende betydning for at Helserom konsultasjonene har fungert godt. Informantene beskriver møtepunkter som sentrale arenaer for koordinering, relasjonsbygging, kompetansedeling og praktisk problemløsning. Møtepunktene har funnet sted både før, under og etter konkrete konsultasjoner og kurs, og har vært organisert som fysiske møter, digitale møter og uformell kontakt. Sett i lys av relational coordination (RC) kan

møtepunktene forstås som strukturer som muliggjør koordinering av arbeid på tvers av roller og organisatoriske grenser, ved å skape arenaer for felles planlegging, problemløsende kommunikasjon og avklaring av gjensidige avhengigheter.

Møtepunkter før tjenesteutførelse: planlegging og forberedelse

Informanter har pekt på møtepunkter i forkant av Helserom-konsultasjoner og lærings- og mestringskurs som særlig viktige. Dette gjelder både mer overordnede arenaer som hospitering, fagdager og opplæringsaktiviteter og konkrete forberedelser knyttet til enkeltkonsultasjoner og kurs.

Hospitering ved andre enheter med tilsvarende tilbud beskrives som en viktig kilde til både inspirasjon og praktisk kunnskap. Informanter forteller hvordan de har fått tilgang til prosedyrer og arbeidsmåter som kunne tilpasses lokale forhold:

Vi fikk tilgang til deres prosedyrer, så vi brukte jo da det som et utgangspunkt, og så tilpasset vi det jo selvfølgelig til lokale forhold

Slike besøk har også fungert som møteplasser der helsepersonell fra ulike nivåer kunne diskutere hvordan samhandlingen kunne organiseres i praksis. Også fagdager og opplæringsdager trekkes frem som viktige arenaer for å bygge relasjoner og skape en felles forståelse. En kommunalt ansatt informant beskriver betydningen av å møtes fysisk:

Så da fikk vi jo møtt hverandre fysisk gjennom det da. Men da var det jo helt klart lettere. Da har du et ansikt på dem

I tillegg til disse mer overordnede møteplassene fremheves betydningen av konkrete forberedelser sammen rett i forkant av gjennomføring av en konsultasjon eller et kurs. Forberedelsesmøter ble brukt til både faglige avklaringer og tekniske tester. De trengte ikke å være langvarige. Flere beskriver hvordan helsepersonell kobler seg opp sammen på forhånd for å teste lyd, bilde og presentasjoner:

Vi hadde jo testet ut rommet før selve kursdagen, så vi visste liksom hva vi skulle trykke på, så vi slipper å sitte og finne ut av det på selve dagen.

Slike felles forberedelser beskrives som helt sentrale for å sikre flyt i gjennomføringen og for å redusere tekniske problemer. Informanter trekker også frem betydningen av å gjøre disse forberedelsene sammen, på tvers av lokasjoner. Forberedelsene omfatter også avklaringer av roller og ansvar under kurs og konsultasjoner. Helsepersonell beskriver hvordan de gjennomgår hvem som har ansvar for hvilke oppgaver, for eksempel håndtering av teknikk, registrering av oppmøte og støtte til pasientene underveis. Slike avklaringer bidrar til trygghet både for helsepersonell og pasienter.

Det er kanskje måten vi gjør det på, da, med at vi har god samhandling, jeg og ortopedene. Vi snakker bestandig gjennom pasienten før, bare litt sånn kort, før den kommer inn, og sånn at vi har avklart hva vi skal gjøre og hvilke tester jeg skal gjennomføre

Slike møtepunkter kan forstås som relasjonelle og strukturelle forutsetninger for koordinering, ved at aktørene utvikler felles forståelse av arbeidsmåter og reduserer behovet for avklaringer under selve tjenesteutførelsen.

Møtepunkter underveis: koordinering i praksis

I gjennomføring av lærings- og mestringskurs i Helserom-modellen spilte møtepunkter også en viktig rolle underveis i selve kursdagen i form av løpende koordinering gjennom korte samtaler i pauser, telefonkontakt og digitale meldinger. Disse møtepunktene ble brukt til å sjekke teknisk kvalitet, følge opp oppmøte og avklare praktiske forhold. Denne typen kontinuerlig koordinering gjør det mulig å

fange opp og håndtere utfordringer raskt. Flere informanter pekte på at det bidro til å redusere stress og usikkerhet i situasjoner der mange aktører er involvert.

Møtepunktene underveis handler også om faglig støtte og samarbeid i sanntid. I enkelte tilfeller kunne helsepersonell justere gjennomføringen underveis, for eksempel ved å endre bruk av teknologi eller tilpasse arbeidsdelingen mellom lokalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten.

At flere helsepersonell i lokalsamfunnet deltar på de samme aktivitetene og får den samme informasjonen, bidrar både til kompetanseheving og til bedre muligheter for å kunne bidra på andre måter senere i dette tilbudet.

Møtepunkter etterpå: evaluering og læring

Møtepunkter etter gjennomførte konsultasjoner og kurs brukes til evaluering, refleksjon og ikke minst avklaring av videre pasientforløp. Informantene beskriver både formelle evalueringsmøter og mer uformelle oppsummeringer. Flere fremhever verdien av å evaluere kort tid etter gjennomføring, mens erfaringene fortsatt er ferske. Evalueringene brukes til å justere praktiske løsninger, forbedre informasjonsflyt og gjøre endringer før neste gjennomføring.

I forbindelse med enkeltkonsultasjoner beskrives også møtepunkter mellom involverte behandlere for å avklare videre oppfølging av pasienten. Denne typen etterfølgende avklaringer bidrar til kontinuitet og tydelig ansvar i pasientforløpet.

Betydningen av møtepunkter fortolket i CFIR-rammeverket

Sett gjennom CFIR-rammeverket fremstår møtepunkter som hospitering, fagdager og opplæringsdager som sentrale mekanismer i implementeringsprosessen (Domene 5). Disse møtepunktene kan forstås som konkrete uttrykk for konstruktet Teaming, ved at aktørene møtes på tvers av organisatoriske og profesjonelle grenser for å koordinere arbeid, avklare roller og utvikle felles forståelse av oppgaver og ansvar. Samtidig bidrar møtepunktene til Planning-konstruktet ved at de gir rom for å diskutere hvordan Helserom-konsultasjoner og kurs skal organiseres, hvilke pasienter som egner seg, og hvordan tekniske og praktiske utfordringer kan håndteres i forkant. Ved å fungere som arenaer for både koordinering og felles planlegging ser møtepunktene ut til å redusere usikkerhet knyttet til roller, teknologibruk og pasientutvelgelse, noe som igjen styrker gjennomføringsevnen i den kliniske hverdagen. På denne måten fremstår møtepunktene ikke bare som støttende aktiviteter rundt tjenesten, men som sentrale drivere for både utvikling og implementering av Helserom-konsultasjoner. Dette samsvarer med CFIRs forståelse av implementering som en prosess der tjenester utvikles og forbedres gradvis gjennom erfaring. Gjennom løpende justeringer blir Helserom-konsultasjonene bedre tilpasset både lokale rammer og måten tjenestene faktisk organiseres og utføres på (Damschroder mfl. 2022).

Møtepunktene i etterkant, som evaluerings- og oppsummeringsmøter, kan forstås i lys av konstruktet Reflecting & Evaluating. I disse møtepunktene samles erfaringer fra gjennomførte kurs og konsultasjoner som brukes aktivt til å justere praktiske løsninger, teknisk oppsett, organisering av roller og innhold i tjenesten før neste gjennomføring. Slik fremstår evalueringene ikke bare som en avslutning på én aktivitet, men noe som kan inngå som en del av en læringssyklus der hver gjennomføring gir ny kunnskap som tas med videre. Over tid kan denne formen for systematisk refleksjon bidra til at Helserom-konsultasjonene i økende grad tilpasses både lokale rammer, aktørenes kompetanse og pasientenes behov. Samtidig viser erfaringene fra prosjektet at denne typen læring og forbedringsarbeid ikke skjer av seg selv; det krever mye tid.

Et særlig interessant funn i materialet er at mange av møtepunktene ikke primært var initiert av prosjektledelsen, men oppsto gjennom initiativ fra helsepersonell selv, for eksempel ved at

sykehusleger tok initiativ til fagdager, eller at lokale aktører la til rette for hospitering og erfaringsutveksling. I CFIR kan dette forstås som et uttrykk for Engaging innenfor implementeringsprosessen, der aktørene selv tar eierskap til utvikling og gjennomføring. Reardon et al. (2025) fremhever nettopp aktørdrevet engasjement som en viktig forklaringsmekanisme for implementeringssuksess, fordi det indikerer frivillig forpliktelse snarere enn pålagt etterlevelse.

Arbeidet og dataene i prosjektet viser videre at dette aktørdrevne engasjementet ikke bare handler om deltakelse i allerede planlagte aktiviteter, men om en aktiv vilje til å ta ansvar for både utvikling og videreføring av Helserom-konsultasjonene. Når helsepersonell selv initierer møteplasser, foreslår forbedringer og legger til rette for læringsarenaer, indikerer dette at Helserom-modellen oppleves som relevant og meningsfull i deres egen praksis. Engasjementet ser dermed ut til å være forankret i en opplevelse av faglig eierskap, snarere enn i formelle krav eller prosjektstrukturer. Dette kommer også til uttrykk gjennom hvordan aktørene investerer tid og energi utover det som kan betegnes som prosjektforpliktelser, for eksempel ved å organisere fagdager, invitere kolleger til hospitering eller ta initiativ til erfaringsutveksling på tvers av nivåer. Slike handlinger kan forstås som tegn på at implementeringen beveger seg fra å være et avgrenset prosjekt til å bli en delt praksis som aktørene selv ønsker å videreutvikle.

I et implementeringsperspektiv peker dette på betydningen av at engasjement ikke først og fremst skapes gjennom styring og planverk, men gjennom rom for initiativ, faglig dialog og medvirkning. Når helsepersonell opplever at de har handlingsrom til å påvirke hvordan Helserom-konsultasjonene utformes og gjennomføres, ser dette ut til å styrke både forankring og gjennomføringsevne. Slik bidrar det aktørdrevne engasjementet til å gjøre implementeringen mindre sårbar for personavhengighet, organisatoriske endringer og prosjektavslutning.

Møtepunktene ser dermed ut til å ha en dobbelt funksjon. På den ene siden fungerer de som praktiske arenaer for koordinering av arbeid, der aktørene kan planlegge, avklare roller og løse utfordringer sammen. På den andre siden bidrar de til å utvikle en kultur preget av læring, erfaringsdeling og kontinuerlig forbedring, der det er trygt å diskutere utfordringer og foreslå justeringer i tjenesten.

Møtepunktene fremstår som sentrale implementeringsmekanismer i Helserom Helgeland. I tråd med CFIR-rammeverket fremstår disse møtepunktene som viktige forklaringer på hvorfor Helserom-konsultasjonene har latt seg gjennomføre og videreutvikle i praksis, på tvers av geografi og forvaltningsnivå.

Relasjoner, tillit og samhandlingskompetanse

Gjensidig respekt og psykologisk trygghet

Relasjonen mellom helsepersonell i prosjektet, på tvers av nivåer, beskrives av informantene som preget av åpenhet, gjensidig respekt og lav terskel for kontakt. Flere peker på at samarbeid gjennom Helserom-konsultasjonene har bidratt til å redusere skepsis og usikkerhet, særlig i oppstartsfasen, og at dette over tid har blitt erstattet av tillit basert på konkrete erfaringer fra samhandling i praksis. Sett i lys av relational coordination (RC) kan slike erfaringer forstås som uttrykk for hvordan gjensidig respekt og tillit utvikles gjennom gjentatt koordinering i praksis, heller enn gjennom formelle avtaler.

I én av pilotene ga en ansatt på sykehuset uttrykk for en viss usikkerhet angående om en kommunalt ansatt kunne gjennomføre undersøkelsene med tilstrekkelig kvalitet. Denne skepsisen ble imidlertid endret etter å ha observert hvordan samarbeidet fungerte i praksis, og vedkommende så hvordan den kommunalt ansatte gjennomførte akkurat det hen skulle «*helt rolig og fattet*».

Erfaringene tyder på at gjentatt samarbeid bidrar til å bygge tillit til hverandres kompetanse. Informantene beskriver hvordan usikkerhet knyttet til nye roller og arbeidsformer gradvis reduseres når man får erfaring med å arbeide sammen og observere hvordan andre løser oppgavene sine i praksis. Tilliten ser dermed ut til å utvikles gjennom konkrete erfaringer snarere enn gjennom formelle avtaler alene. I et relasjonelt perspektiv kan dette forstås som en prosess der aktørene gradvis legitimerer og anerkjenner hverandres kompetanse gjennom samhandling.

Dette samsvarer også med Teamwork/IMOI-perspektivet (McGuier mfl. 2024), som fremhever betydningen av positive teamtilstander som tillit, felles forståelse og psykologisk trygghet for å lykkes med implementering av nye arbeidsformer. Erfaringene fra Helserom Helgeland tyder på at slike kvaliteter gradvis utvikles gjennom gjentatt samarbeid rundt konkrete pasientforløp.

Åpenhet for å lære av hverandre trekkes også frem som en sentral del av relasjonen. Flere informanter beskriver en lav terskel for å stille spørsmål, diskutere løsninger og be om støtte, noe som oppleves som avgjørende for at samhandlingen skal fungere godt i en hektisk arbeidshverdag.

Å kjenne hverandre – eller å bli kjent gjennom samarbeid

Deltakerne i prosjektet viser som nevnt over, til hvordan fysiske møteplasser som fagdager, hospitering og felles samlinger har hatt stor betydning for relasjonsutviklingen. Slike arenaer gir helsepersonell mulighet til å bli kjent med hverandre som personer, ikke bare som roller eller funksjoner, noe som i etterkant gjør samhandlingen enklere og mer uformell. En kommunalt ansatt informant sier for eksempel: «Så da fikk vi jo møtt hverandre fysisk gjennom det da. Men da var det jo helt klart lettere. Da har du et ansikt på dem. Så det var veldig fint».

Å «ha et ansikt» knyttes til økt trygghet i kontakten i etterkant, blant annet ved at det oppleves enklere å ta kontakt ved spørsmål, avklaringer eller behov for råd. Flere peker på at kjennskap på tvers av nivåer reduserer formell avstand og bidrar til mer direkte og problemløsende kommunikasjon.

Samtidig viser erfaringer og perspektiver fra samskappingsaktivitetene og testene i prosjektet hvordan relasjoner både etableres og utvikles gjennom selve samarbeidet i Helserom-konsultasjonene, selv når helsepersonell ikke kjenner hverandre fra før. Gjentatte møter rundt konkrete pasientforløp ser ut til å gi aktørene mulighet til å bli kjent gjennom praktisk samarbeid, der samhandlingskompetanse utvikles gjennom felles oppgaver, avklaringer og ansvar.

Samhandlingskompetanse kan vi forstå som helsepersonells evne til å samarbeide effektivt på tvers av organisatoriske, faglige og geografiske grenser i konkrete arbeidssituasjoner. Kompetansen utvikles gjennom relasjoner, gjentatt samarbeid og praksisnær koordinering, heller enn som en individuell ferdighet. Samhandlingskompetanse kan i lys av relational coordination (RC) forstås kan forstås som en felles kompetanse som utvikles når aktører samarbeider over tid i konkrete arbeidssituasjoner, og som ligger i relasjonene og samhandlingen mellom dem.

Pasientenes tillit til lokal kompetanse

Pasientene gir også uttrykk for tillit til kompetansen hos lokalt helsepersonell, og de sier at de ikke opplever kvaliteten som dårligere selv om helsehjelpen gis lokalt fremfor på sykehus. For noen pasienter fremstår dette som helt intuitivt, og enkelte stiller spørsmål ved hvorfor behandling nødvendigvis måtte skje sentralt tidligere:

Jeg kan ikke forstå at de er noe dummere de sykepleierne som er her i Brønnøysund enn de som er i Mo (B3)

Pasientenes tillit knyttes både til faglig kompetanse og til opplevelsen av trygghet i situasjonen. Det at lokalt helsepersonell er fysisk til stede, og kan forklare, støtte og bistå underveis i konsultasjonen, beskrives som viktig.

Relasjoner og tillit utvikles på flere nivåer samtidig, både mellom helsepersonell på tvers av organisasjoner, og mellom pasienter og lokalt helsepersonell. Disse relasjonelle forholdene fremstår som sentrale for utvikling av samhandlingskompetanse og for at Helserom-konsultasjonene fungerer godt i praksis.

Kompetanse og gjensidig læring

Materialet fra alle aktivitetene i prosjektet peker mot hvordan kompetanse tas i bruk, deles og videreutvikles gjennom samhandling i praksis, og hvordan dette bidrar til at Helserom-konsultasjonene fungerer.

Kompetent helsepersonell og utvidede roller i samhandling

Erfaringene fra konsultasjoner og kurs i prosjektet viser hvordan oppgaver som vanligvis utføres i spesialisthelsetjenesten kan overtas lokalt når kompetanse og tillit er til stede. I en skriftlig oppsummering etter en testfase beskriver en sykehuslege hvordan fastlegen i en av pilotene overtok flere oppgaver som vanligvis lå hos hudlege, blant annet gjennom å ta biopsier og iverksette behandling. Dette ble opplevd som avlastende for spesialisthelsetjenesten. Samtidig presiseres det at dette ikke gjelder alle fastleger, og at løsningen i dette tilfellet fungerte særlig godt fordi fastlegen var erfaren:

Og da er det jo ikke alle fastlegene som gjør det. Det var veldig bra med at det var akkurat [denne fastlegen] som er tilknyttet det her prosjektet

Dette illustrerer at en rolleutvidelse, som er nødvendig dersom helsepersonell lokalt skal gjøre nye oppgaver som sykehuset vanligvis gjør, kan skje dersom lokalt helsepersonell har nødvendig kompetanse eller at det etableres tilstrekkelig tillit og trygghet i samarbeidet mellom den lokalt ansatte og sykehusansatte som en forutsetning for tilegnelse av nye ferdigheter.

Gjensidig læring i samhandling

Materialet peker også på hvordan kompetanse utvikles gjennom samhandling i konkrete arbeidssituasjoner, snarere enn gjennom formelle opplæringsløp alene. Fagpersoner trekker på hverandres kompetanse i sanntid uten at dette nødvendigvis er planlagt som opplæring. Læring skjer dermed som en integrert del av arbeidet, gjennom spørsmål, observasjon og felles problemløsning. I et relasjonelt perspektiv kan dette forstås som uttrykk for høy samhandlingskompetanse, der aktørene opplever tilstrekkelig trygghet til å stille spørsmål og dele faglige vurderinger i praksis.

Prosedyrer og strukturer som støtte for kompetanse

Kompetanseheving ble også styrket gjennom strukturelle grep i prosjektet. Det ble for eksempel utviklet detaljerte prosedyrer for enkelte oppgaver: «*Vi utarbeidet prosedyrer som var ganske detaljert, men laget også en forenklet utgave med sjekkliste*». Bruken av prosedyrer og sjekkliste kan forstås som et tiltak for å gjøre praksis mindre sårbar og redusere avhengigheten av enkeltpersoners erfaring. Ved å formalisere arbeidsmåter bidrar slike strukturer til å stabilisere tjenesten over tid og gjøre det enklere for flere aktører å delta i gjennomføringen.

Opplæring og mengdetrening

Opplæringsarbeidet i prosjektet beskrives i hovedsak som praktisk og behovstilpasset. En av deltakerne påpekte betydningen av hyppig opplæring og mulighet for gjentatt trening, spesielt i oppstartsfasen:

Det som fungerte bra. Opplæringen var hyppig og grundig, og tilbud om mer opplæring til dem som trengte det eller ville ha det. De kunne bare komme så mye de ville.

Samtidig opplevde man i en annen del av prosjektet at det var vanskelig for de ansatte å sørge for mengdetreningen på egen hånd. Det ser ut til å være lettere å øve på nye praksiser og teknologier dersom det er tydeligere lagt til rette for det på arbeidsplassen.

Sett gjennom CFIR-rammeverket kan funnene forstås som uttrykk for en læringsorientert indre kontekst (Learning-Centeredness) der kompetanse utvikles gjennom samarbeid, refleksjon og praktisk problemløsning. Erfaringene tyder på at læringen i Helserom i stor grad skjer gjennom samhandling i praksis, snarere enn gjennom formelle opplæringsløp. Når helsepersonell fra kommune og sykehus planlegger, gjennomfører og evaluerer tjenester sammen, utvikles både kunnskap, ferdigheter og trygghet i nye arbeidsformer.

I implementeringsprosessen fremstår kompetanseutvikling som tett integrert i selve gjennomføringen av Helserom-konsultasjonene, dvs. at kompetanse bygges gjennom gjentatt samarbeid og oppgaveløsning. På denne måten blir hver gjennomføring også en læringsarena som kan styrke videre praksis.

Løsningsorienterte og fleksible helsepersonell

Denne kategorien suksessfaktorer handler hvordan helsepersonell får ting til å fungere selv når noe i rammene svikter eller ikke er ferdig definert. Erfaringene fra informantene her er først og fremst knyttet til teknologi: Helserom-konsultasjonene lykkes ikke fordi teknologien alltid fungerer, men fordi helsepersonell er i stand til å finne løsninger i situasjonen.

Å få det til å fungere i praksis når teknologien eller planene ikke virker som planlagt

Løsningsorienterte og fleksible helsepersonell har vært avgjørende for at Helserom-konsultasjonene har latt seg gjennomføre i praksis. På tvers av pilotene beskrives gjentatte situasjoner der teknologi, organisering eller rammebetingelser ikke fungerte slik det var planlagt. Likevel førte dette sjelden til avlyste konsultasjoner eller redusert kvalitet i tilbudet. I stedet tilpasset helsepersonell løsningene underveis, forenklet det tekniske oppsettet og fant alternative måter å gjennomføre konsultasjonene på.

I Rødøy-piloten var det opprinnelig planlagt at samhandlingskonsultasjoner skulle gjennomføres ved hjelp av HoloLens-briller. Dette viste seg imidlertid vanskelig å få til i praksis. Informantene beskriver både tekniske utfordringer, manglende tilganger og usikkerhet omkring ivaretagelse av personvern som gjorde at løsningen ikke fungerte som forventet. I stedet for å avlyse eller utsette konsultasjonene ble det valgt en enklere teknisk løsning som fungerte: *«Internett fungerer jo alltid, og i prinsipp kan vi gjøre alt via en vanlig datamaskin».*

En annen informant beskriver tilsvarende hvordan mer avansert teknologi ble erstattet av utstyr som allerede var tilgjengelig lokalt: *«vi gjennomførte jo med et bra kamera, altså et profesjonelt kamera. Det fungerte veldig greit på de her pasientene. Det var ikke noe problem».*

I Dønna-piloten ble det testet hvordan dermatoskop kunne brukes på fastlegekontoret for å gi hudlegen gode nok bilder av hudforandringer. I test-konsultasjonene fungerte ikke dette som planlagt, blant annet fordi utstyret ikke var ladet. For å likevel få gjennomført en teknisk test av løsningen valgte fastlegen å bruke utstyret på seg selv etter at pasienten hadde forlatt kontoret. Også her illustreres en pragmatisk tilnærming der læringsformålet ivaretas selv om rammene endres.

Disse eksemplene viser at tekniske utfordringer ikke nødvendigvis utgjør et implementeringshinder, så lenge helsepersonell har engasjement og kompetanse til å finne alternative løsninger i situasjonen.

Teknologien må fungere, men menneskene er viktigere

Flere informanter understreker at Helserom-konsultasjonene i stor grad er avhengige av at teknologien fungerer, men at det i praksis har vært vel så viktig at helsepersonell vet hvordan de skal bruke den, og hva de kan gjøre når den ikke fungerer, som vist i avsnittet over. Manglende IT-støtte lokalt ble ikke beskrevet som et avgjørende problem, men som en ramme man måtte tilpasse seg. De ansatte fant løsninger.

I lærings- og mestringskursene ble det også lagt betydelig ansvar på lokale aktører for å sikre teknisk gjennomføring. En informant beskriver rollen som digitalt ansvarlig på kursene: «*Så det var jeg som var ansvarlig for å sette på, at lyden var riktig i forhold til hvem som skulle prate, sette på pause, passe på at PowerPointene kom opp på riktig vis for våre deltakere lokalt*».

Erfaringene viser hvordan teknologisk ansvar og kompetanse gradvis integreres i helsepersonellens rollepermtoar, og hvordan fleksible roller bidrar til å sikre kvalitet i gjennomføringen. En fysioterapeut ser ikke mørkt at «digitalt ansvarlig» blir en del av hennes rolle for å sikre gjennomføring av et hybrid kurd.

Samtidig fremheves betydningen av gode forberedelser. Etter at overføring via Norsk Helsennett fungerte dårlig i første kursrunde, valgte man å bytte teknisk løsning til Teams i neste runde: «*Nå brukte vi Teams, den andre gangen, og det fungerte mye bedre. Men det var nok også fordi vi hadde testet ting i forkant*».

Fleksibilitet i organisering, roller og tidsbruk

Fleksibiliteten i Helserom-modellen kommer ikke bare til uttrykk i valg av teknologi, men også i hvordan konsultasjoner, kurs og arbeidsoppgaver organiseres. Flere informanter beskriver hvordan det ikke alltid er nødvendig at alle aktører er digitalt tilkoblet gjennom hele konsultasjonen. I stedet kan deler av konsultasjonen gjennomføres lokalt, mens spesialisthelsetjenesten kobles inn der det er nødvendig. En av informantene beskriver hvordan tidsbruken i samhandlingskonsultasjoner kan differensieres, slik at spesialistens tid brukes mer målrettet:

Det holder med halvtimes felles konsultasjon mellom legekontoet og hudpoliklinikken, men at det beregnes halv time ekstra før ny konsultasjon starter opp fra hudpoliklinikkens side, slik at den lokale legen rekke å gjøre alle oppgavene

Dette åpner også for fleksibel bruk av tiden på sykehuset:

Kanskje han kan sitte å jobbe administrativt, da den halve timen eller om vi skal sette inn andre type videokonsultasjoner, for eksempel på han der på den halvtimen, men at vi får brukt den aktivt den ekstra halvtimen.

På samme måte beskrives fleksibilitet i lærings- og mestringskursene, der lokasjonene kan variere fra gang til gang avhengig av hvor behovet er størst. Presentasjoner og undervisning kan også overtas lokalt dersom det er hensiktsmessig. Fleksibilitet i organiseringen bidrar til å gjøre tilbudet mindre sårbart og mer tilpasningsdyktig.

Tydelig, men fleksibelt ansvar

Selv om Helserom-modellen preges av fleksibilitet, viser materialet samtidig at ansvar og beslutningsmyndighet er tydelig avklart. For eksempel beskrives det at sykehuset fortsatt har ansvar for å vurdere hvilke pasienter som egner seg for Helserom-konsultasjoner når dette er pasienter som skal ha sykehusoppfølging: «De [pasientene] får time der som vi vurderer det hensiktsmessig. Ellers så blir det jo ikke den effektiviteten i det».

Samtidig åpnes det for fleksible løsninger i oppfølgingen av pasientene, blant annet når det gjelder avslutning og eventuell reaktivering av henvisninger. Hovedregelen kan justeres i spesielle tilfeller: «Vi må ta litt sånne vurderinger individuelt fra gang til gang», sa den ene av de sykehusansatte.

Dette viser hvordan fleksibilitet balanseres med struktur, og hvordan improvisasjon skjer innenfor avklarte rammer, ikke som tilfeldige ad hoc-løsninger.

Fortolkning i et implementeringsperspektiv

Sett i et implementeringsperspektiv peker disse funnene på at Helserom-modellen lykkes fordi den gir rom for praktisk problemløsning og improvisasjon i møte med uforutsette utfordringer. I stedet for å være avhengig av spesifikke teknologier, faste oppsett eller rigid organisering, har konsultasjonene fungert fordi helsepersonell har vært villige og i stand til å justere gjennomføringen uten å miste fokus på pasientens behov.

I lys av CFIR kan dette forstås som en styrke både i implementeringsprosessen (Domene 5) og i den indre konteksten (Domene 3). Fleksibiliteten bidrar til høyere gjennomføringsevne og redusert sårbarhet, samtidig som tydelige ansvarslinjer og felles mål hindrer at tilpasninger går på bekostning av kvalitet. Samlet sett fremstår løsningsorienterte og fleksible helsepersonell som en sentral forklaring på hvorfor Helserom-konsultasjonene har fungert bra i prosjektet.

Trygghet og kvalitet i tjenestemøtet

Dataene fra aktivitetene i prosjektet tyder på at pasientene opplevde både trygghet og kvalitet i Helserom-konsultasjonene gjennom møtet med lokalt helsepersonell og spesialistkompetanse. Selv om enkelte informanter, både blant pasienter og helsepersonell, fremhever ansikt-til-ansikt-konsultasjoner som det ideelle, beskrives Helserom-modellen som en løsning som i stor grad ivaretar sentrale kvaliteter ved fysiske møter, samtidig som den kan gi økt tilgjengelighet og kontinuitet i forløpet. Et nøkkelement i modellen er nettopp at pasienten ikke møter spesialisten alene på en skjerm, men at de er sammen med lokalt helsepersonell som gjennomfører undersøkelser, og som kan bidra med forklaringer og oppfølging.

Trygghet gjennom fysisk møte med lokalt helsepersonell

Flere informanter understreker betydningen av det fysiske møtet mellom pasient og lokalt helsepersonell, særlig i oppstarten av konsultasjonen. Elementer som det å bli hentet på venterommet, håndhilse og sitte sammen i samme rom trekkes frem som viktige for tillit og trygghet. En informant beskriver forskjellen mellom fysisk konsultasjon og digital deltakelse slik:

Det aller beste er en fysisk konsultasjon på et rom mellom to mennesker. Det er avstanden mellom pasient og lege i samme rom, det å undersøke pasienten, også på en psykologisk måte. Altså, det er noe annet hvis du henter inn pasienten selv, til konsultasjonsrom og gir dem hånda, ikke sant? Du setter deg ned sammen med pasienten med en avstand på 1,5 til 2 meter. Du har lukt, syn og hørsel du kan observere med. Men når det er sagt så er det er ikke avgjørende. Et utfall ved videokonsultasjoner er at ortopedene

mister fysisk kontakt med pasienten, men om det har noe betydning for kvaliteten det tro jeg ikke.

Selv om fysisk tilstedeværelse fremheves som verdifull, peker samme informant på at det ikke nødvendigvis er avgjørende for kvaliteten på helsehjelpen. Lokalt helsepersonell kan utføre undersøkelsene, samtidig som spesialist deltar digitalt og kvalitetssikrer vurderingene i sanntid. På denne måten kombineres fordelene ved fysisk nærhet med tilgang til spesialistkompetanse.

For pasientene bidrar dette også til lavere terskel for deltakelse, særlig for dem som ikke er komfortable med å bruke digital teknologi på egen hånd: «Ja, enten brukte de mobilen, eller så kunne jeg hjelpe dem med å skrive inn hvis de ikke fikk det til».

Å møte en lokal fagperson fysisk i Helserommet kan også øke pasientens trygghet gjennom å være et bindeledd mellom pasient og spesialisten. En av pasientene sammenlignet Helserom-konsultasjonen med hvordan det hadde vært hvis han hadde møtt sykehuslegen uten å ha den lokale fagperson sammen med seg:

Altså jeg syntes det fungerte egentlig veldig greit. Fordi at, hadde jeg sittet alene hadde det kanskje vært litt annerledes, fordi han ortopedien stilte jo en del spørsmål om bevegelse i tommelen og funksjoner sånn underveis som jeg kanskje ikke kunne ha svart på deres språk, for å si det sånn (B3)

Sitatet viser til hvordan det kan være lettere å forstå alt i dialogen med sykehuset når man har en lokal fagperson sammen med seg som kan forklare eller oppklare.

Tilstrekkelig bemanning som trygghetsskapende tiltak

Helsepersonell beskriver at det er lagt stor vekt på å sikre tilstrekkelig bemanning lokalt, både i samhandlingskonsultasjoner og i lærings- og mestringskurs for at Helserom-konsultasjonene skal fungere. I kursene var det minst to helsepersonell til stede på hver lokasjon utenfor sykehuset, også når ikke alle hadde definerte faglige oppgaver. Dette ble likevel beskrevet som viktig for trygghet og gjennomføring:

Den første så var det [navn på kollega] som var egentlig ansvarlig både for det digitale og litt sånn for å holde flyten i samtalen med de som var på kurset, da, mens jeg var litt mer sånn- supplerte og var til stede så da hadde ikke noe sånn spesifikk rolle egentlig annet enn å være der. Men på kurs to, da var jeg digitalt ansvarlig.

Rollen som ekstra ressurs handlet blant annet om praktisk støtte, teknisk bistand og å sørge for at deltakerne følte seg ivaretatt:

Nei, det var jo at det var kanskje en som kunne gå og hente frukt og kaffe, gå og lete etter brukere som vi kanskje ikke fant. Hjelpe til hvis det ble noe teknisk. Slippe å sitte alene med det, at man har en i lag med seg.

Selv om dette umiddelbart kan fremstå som lite effektiv bruk av fagpersoners tid, viser materialet at den lokale tilstedeværelsen kan ha stor betydning for pasientenes opplevelse av trygghet og for gjennomføringen som helhet. Samtidig gir rollen som lokal kursholder betydelig eget faglig utbytte gjennom observasjon, dialog og erfaringsutveksling med spesialisthelsetjenesten, noe som styrker oppfølgingen av pasientene i etterkant.

En tilsvarende form for støtte beskrives i en ortopedisk samhandlingskonsultasjon, der lokalt helsepersonell var tilgjengelig som «moralisk støtte» for pasientene uten å delta direkte i konsultasjonen:

Så jeg hadde jo snakket med de forkant, dvs. en kort briefing i begynnelsen. [navn på kollega fra kommunen] var også med ute på gangen. Altså hen var ikke med inn, men hen var der bare for en sånn moralisk støtte for pasientene første gangen. Hen pratet litt sånn uformelt med de ute i gangen, men hen vil jo ikke være en del av konsultasjonen ellers.

Dette illustrerer hvordan lokal tilstedeværelse bidrar til trygghet, selv når den ikke har en tydelig medisinsk funksjon.

Pasientperspektivet: riktige pasienter og relevante behov

Fra et pasientperspektiv fremstår Helserom-tilbudet som særlig relevant når det retter seg mot pasienter som både har helsemessig nytte av tilbudet og samtidig opplever belastning knyttet til reisevei. Flere informanter trekker frem betydningen av riktig pasientutvelgelse:

Det viktigste er utvelgelsen av pasientene som bor langt unna, samtidig de som har mest nytte av dette. Hvis det er noen som må ta ferge ut til øyene, hvor det tar like lang tid som å dra til Mo i Rana, så ville ikke alle de vært like fornøyde. De kan vi nå per telefon fra sykehuset, i tillegg muligens et fysisk møte.

I lærings- og mestringskursene beskrives deltakerne ofte som pasienter som ikke er aktuelle for operasjon, men som har behov for informasjon, støtte og veiledning i konservative tiltak:

de som de som er med på kurset, er vel som oftest de som ikke er per nå kandidat for operasjon da, men har nytte av de her andre mer konservative tiltakene.

Dette viser hvordan tilbudet er tilpasset pasientenes reelle behov, og ikke bare fungerer som en logistisk løsning, og hvordan kombinasjonen av seleksjonskriterier bidrar til at konsultasjonene fungerer godt. Dette kan sies å være en svakhet ved utvalget av konsultasjoner som ligger til grunn for denne evalueringen, altså at kun de best egnede casene ble plukket ut til Helserom-konsultasjoner. Men samtidig kan seleksjon også være en integrert del av modellen, dvs. at god helsehjelp forutsetter at riktig tilbud gis til riktig pasient på riktig tid, og at Helserom-konsultasjoner derfor settes opp når oppgavene og pasienten egner seg for det (se kap. 4 Anbefalinger)

Informasjon og forventningsavklaring som grunnlag for trygghet

Informantene legger stor vekt på tydelig informasjon og forventningsavklaring i forkant av konsultasjoner og kurs. Dette skjer både gjennom skriftlige innkallingsbrev og muntlig informasjon. I én testkonsultasjon ble pasienten i forkant oppringt for å sikre at han visste hvor konsultasjonen skulle foregå, noe som viste seg å være godt tilpasset pasientens forståelse.

Helsepersonell er også åpne om at Helserom er en ny tjenesteform som prøves ut:

i dette tilfelle forteller jeg litt om prosjektet og at dette er en pilot som vi prøver å finne nye måter å organisere til det beste for pasienten

I lærings- og mestringskursene inngår forventningsavklaring som fast del av programmet:

Ja vi starter jo med en liten som forventningsavklaring til kurset, litt hva vi tenkte at brukerne skulle få ut av kurset og hva vi ønsket å formidle. En liten sånn introduksjonsrunde.

Dette bidrar til å redusere usikkerhet, skape felles forståelse og styrke pasientenes opplevelse av kontroll og trygghet.

Oppfølging og kvalitet over tid

For enkelte tilbud er det også etablert rutiner for å følge med på hvordan pasientene har det i etterkant. I forbindelse med lærings- og mestringskursene for artrosepasienter brukes digitale spørreskjema som HOOS og KOOS før kursstart og seks måneder etter. Dette gir både pasienter og tjenesten mulighet til å følge med på utvikling over tid.

Fortolkning i lys av CFIR og relasjonelle perspektiver

Sett i lys av CFIR kan disse funnene knyttes til både indre kontekst (Domene 3) og implementeringsprosessen (Domene 5). Lokal tilstedeværelse, tydelige rutiner og vektlegging av trygghet bidrar til en indre kontekst preget av pasientsentrering og relasjonsbygging. Samtidig fungerer pasientenes erfaringer som viktige tilbakemeldinger i implementeringsprosessen, der opplevd kvalitet og trygghet bekrefter at tjenesten fungerer etter hensikten.

I et relasjonelt perspektiv kan møtet mellom pasient og lokalt helsepersonell forstås som en sentral del av koordineringen i Helserom-modellen. Lokal trygghet muliggjør effektiv samhandling på tvers av nivåer, samtidig som pasientperspektivet bidrar til å legitimere og forankre tjenesten i praksis. Samlet sett viser analysen at kombinasjonen av lokal fysisk tilstedeværelse og digital spesialiststøtte er avgjørende for opplevd kvalitet, trygghet og bærekraft i Helserom-tilbudet.

3.4.5 Hva mer må til for at Helserom skal fungere permanent

Basert på innsikt, vurderinger og evalueringer i intervju og samskapingsaktiviteter.

Klare kriterier for hvilken helsehjelp som kan gis i Helserom / hvilke oppgaver som kan løses med suksess i Helserommet

Erfaringene fra pilotene viser at en viktig forutsetning for videre implementering er tydeligere kriterier for hvilke typer helsehjelp som egner seg for gjennomføring i Helserom. Informantene etterlyser ikke først og fremst lister over diagnoser, men kriterier knyttet til oppgaver, funksjoner og pasientbehov. Et sentralt spørsmål når man skal utvikle slike kriterier, er å finne hvilke tjenester som kan gjennomføres lokalt med god kvalitet uten at pasienten senere trenger en ny konsultasjon på sykehuset slik at forbruket av helsetjenester øker. Erfaringene fra pilotene tilsier også at reisebelastning bør inngå som en del av vurderingsgrunnlaget når pasienter selekteres til Helserom-konsultasjoner.

Det er samtidig viktig å understreke at Helserom-modellen ikke er utviklet for bestemte diagnoser eller pasientgrupper. Et grunnleggende premiss for modellen er at den skal være generisk, det vil si at den skal brukes av for ulike medisinske tilstander og tjenester. Kriteriene for egnet bruk bør derfor knyttes til hvilke oppgaver, funksjoner og samhandlingsbehov som kan løses lokalt med tilstrekkelig kvalitet, snarere enn til bestemte diagnoser.

Tydelige roller, ansvar og avtaler

Både helsepersonell, merkantilt personell og ledere som deltok i prosjektet, pekte på behovet for tydeligere rolle- og ansvarsavklaringer dersom Helserom skal gå fra prosjekt til ordinær drift. Både organisatoriske, økonomiske og praktiske ansvarsforhold må beskrives og forankres gjennom formelle avtaler mellom kommune og sykehus. Dette gjelder både ansvar for pasientforløp,

teknologi, oppfølging og daglig drift. Erfaringene fra pilotene viser at uklarhet om ansvar kan føre til frustrasjon og forsinkelser, særlig i situasjoner der noe ikke fungerer som planlagt, og aktørene som skal gjennomføre konsultasjonen ikke vet hvem som kan bistå. «*Er det her vår oppgave? Er det vi som skal få det til å fungere? Så da var vi litt irritert, altså, for vi har ikke tid til det*», sa en av de sykehusansatte. Og en deltaker fra kommunehelsetjenesten påpekte behovet for skriftliggjøring av ansvarsfordelingen: «*det være tydelig skriftliggjort hva kommunen har ansvar for*».

Kompetansekrav og kompetanseutvikling

Når Helserom-konsultasjoner skulle testes i piloten, så erfarte aktørene hvordan Helserom-modellen er avhengig av at riktig kompetanse er tilgjengelig lokalt. Informantene understreket at det ikke er tilstrekkelig å definere hvilke profesjoner som skal delta; det må også avklares hvilken kompetanse som faktisk kreves for å utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Dette gjelder særlig i samhandlingskonsultasjoner der lokale helsepersonell utfører undersøkelser eller oppgaver på vegne av spesialister fra sykehuset. Flere pekte på behovet for kompetansekrav, hospitering og målrettet opplæring som en del av innføringen av nye tjenester. En sykehusansatt minnet om at selv om Dønna-piloten fungerte godt i Helserom Helgeland-prosjektet, er det ikke nødvendigvis slik at dette forløpet kan overføres til alle fastleger i en distriktskommune ettersom ikke alle har nødvendig kompetanse eller at de føler seg komfortable eller trygge nok til å gjennomføre oppgaver som sykehuslegen vanligvis utfører.

Fungerende kommunikasjons- og informasjonsløsninger

Informantene beskrev også behov for felles kommunikasjonsarenaer og enklere informasjonsdeling mellom kommune og sykehus som premiss for samhandlingskonsultasjoner. Erfaringene fra pilotene viser at samhandling blir betydelig enklere når aktørene har tilgang til felles plattformer for kommunikasjon, dokumentdeling og koordinering. På lengre sikt peker flere på behovet for bedre samspill mellom journalsystemer og digitale verktøy. Samtidig har flere av Helserom-konsultasjonene fungert godt selv om ikke alle aktørene har tilgang til samme journalsystem, fordi journalsystemet ikke har vært avgjørende verken for å planlegge eller gjennomføre helsetilbudet, og fordi aktørene finner relevante måter å samhandle på ved hjelp av for eksempel telefon, Teams, e-meldinger og en ansvarsfordeling som viser hvem som har dokumentasjonsansvaret.

Erfaringene fra pilotene peker også på behovet for god kommunikasjon med pasientene for å få Helserom-modellen til å fungere. Dette gjelder så klart også for all annen innkalling til helsehjelp, men ettersom Helserom-modellen ikke er så bredt kjent ennå, kunne enkelte pasienter bli overrasket når de innkalles til Helserom i stedet for til ordinær konsultasjon på sykehuset. Dette skyldtes ikke nødvendigvis at de var negative til tilbudet, men at de ikke kjente til at eller hvorfor en time kunne organiseres på denne måten. En av informantene foreslo derfor at innkallingsbrev og annen pasientinformasjon i større grad må forklare hva Helserom er, hvordan konsultasjonen skal gjennomføres, hvorfor pasienten er valgt ut til tilbudet og hvilke fordeler modellen kan ha for pasienten.

Praktisk organisering av Helserom-konsultasjoner

Erfaringene fra pilotene viser at organiseringen av Helserom-konsultasjonene har stor betydning for hvor effektivt ressursene kan brukes. Noen av informantene pekte på at samhandlingskonsultasjoner utfordrer etablerte måter å organisere timer og arbeidsoppgaver på når flere helsepersonell og to nivåer i helsetjenesten skal samhandle om den samme pasienten. Erfaringene fra både ortopedi- og hudpilotene viser at tidsbruk og arbeidsinnhold ikke nødvendigvis fordeler seg likt mellom lokalt helsepersonell og spesialisten på sykehuset. Dette skaper behov for å organisere konsultasjonene på andre måter enn tradisjonelle polikliniske timer.

I enkelte av testene opplevde aktørene at konsultasjonene kunne gjennomføres mer effektivt dersom man hadde større fleksibilitet i timeavtalene. Informanter beskriver situasjoner der både pasienter og helsepersonell måtte vente unødvendig, samtidig som det kunne vært kapasitet til å gjennomføre flere konsultasjoner i samme tidsrom. Dette har ført til refleksjoner om mer fleksible modeller for oppmøtetid og koordinering av pasientflyt.

Samtidig opplever andre at faste og forutsigbare tidspunkter for Helserom-konsultasjoner kan være en fordel. I en av pilotene har faste samhandlingsdager gjort det enklere å planlegge ressursbruk, koordinere personell og etablere rutiner som er kjent for både kommune og sykehus. Når konsultasjonene gjennomføres regelmessig, blir de lettere å integrere i ordinær drift.

Erfaringene fra Helserom Helgeland peker på at videre implementering av Helserom vil kreve at organiseringen tilpasses arbeidsprosessene som faktisk foregår i konsultasjonene. Samhandlingskonsultasjoner må kanskje organiseres annerledes enn tradisjonelle polikliniske timer, fordi oppgaver, ansvar og tidsbruk fordeler seg ulikt mellom lokalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten. Målet bør være å finne løsninger som både gir pasientene forutsigbarhet og sikrer effektiv bruk av helsepersonellressurser på tvers av kommune og sykehus.

Videreføring krever stabile rammer: Tid og penger

Erfaringene fra prosjektet viser at Helserom-modellen ikke kan være avhengig av prosjektmidler, enkeltpersoners engasjement eller ekstra innsats over tid dersom tjenestene skal bli varige. Flere av informantene beskriver at Helserom-aktivitetene i dag i stor grad gjennomføres fordi enkeltpersoner prioriterer arbeidet og finner plass til det innenfor allerede pressede arbeidsdager. Dette skaper sårbarhet dersom prosjektet avsluttes, eller nøkkelpersoner får andre oppgaver. En av deltakerne far sykehuset sier rett ut at hvis *«prosjektet ikke blir videreført på fast basis, så vil nok mest sannsynlig tilbudet bli lagt ned. For da er det jo ingen som har kapasitet og ressurser til å føre det videre»*.

Videreføring av Helserom-modellen forutsetter at det settes av tid til koordinering, planlegging og gjennomføring som en del av ordinær drift. Samhandlingskonsultasjoner og desentraliserte tilbud krever ofte mer koordinering enn tradisjonelle konsultasjoner, og det må derfor avsettes spesifikke ressurser til dette arbeidet.

Deltakerne peker også på behovet for langsiktig organisatorisk forankring, for eksempel i form av formelle avtaler mellom kommuner og sykehus, integrering i eksisterende samarbeidsstrukturer og tydelige ledelsesbeslutninger om ansvar og prioriteringer. Dersom Helserom skal fungere permanent, må arbeidsformen være forankret i ordinære styrings- og samhandlingssystemer, ikke bare i prosjektorganisasjonen.

Flere understreker også at modellen må oppleves som enkel å bruke i en travel klinisk hverdag. Dersom Helserom-konsultasjoner blir for tidkrevende eller kompliserte, vil det være vanskelig å oppnå bred bruk. For at modellen skal tas i bruk i ordinær drift må helsepersonell oppleve at den opprettholder kvaliteten på tjenestene og løser reelle utfordringer innenfor tilgjengelige ressurser.

Samtidig fremhever flere betydningen av å videreføre den delingskulturen som er bygget opp gjennom prosjektet. Erfaringene viser at erfaringsutveksling og samarbeid på tvers av kommune og sykehus er sentrale forutsetninger for at modellen skal kunne videreutvikles og spres til nye tjenester og nye kommuner. Stabile rammer handler derfor ikke bare om økonomi og organisering, men også om å bevare arenaer for samhandling og kontinuerlig læring.

Sett gjennom rammeverket CFIR kan behovene som er adressert i 3.4.5 forstås som forhold som særlig berører Domene 3 (Indre kontekst) og Domene 5 (Implementeringsprosessen). Informantene

etterlyser tydelige roller, ressurser, kommunikasjonsstrukturer, kompetanse og organisatorisk forankring. Dette tilsvarer sentrale CFIR-konstrukt som Available Resources, Work Infrastructure, Communication og Access to Knowledge and Information. Funnene illustrerer at Helserom-modellen i stor grad oppfattes som ønskelig og nyttig, men at videre implementering forutsetter at organisasjonene rundt modellen videreutvikler strukturene som gjør den mulig å bruke i ordinær drift. Dette understøtter funnene i kapittel 3.4.4 om at implementering ikke primært handler om teknologi, men om hvordan mennesker, arbeidsprosesser og organisasjoner koordineres rundt teknologien.

3.4.6 Hva er fortsatt utfordringer

Utfordring på pasientnivå

Det vil fortsatt være langt å reise for noen

Selv om Helserom kan redusere reisebelastningen for mange pasienter, løser ikke modellen alle geografiske utfordringer. For enkelte innbyggere på Helgeland vil det fortsatt være nødvendig å reise betydelig for å komme til nærmeste Helserom. Erfaringene fra lærings- og mestringskursene viser at værforhold, båtforbindelser og lange avstander fortsatt kan påvirke deltakelse. Dette gjelder særlig innbyggere i øysamfunn og områder med krevende transportforhold.

Her ønsker vi å påpeke at å gjennomføre konsultasjoner heldigitalt hjemmefra er ikke nødvendigvis en fullgod erstatning for Helserom-konsultasjoner. Et sentralt poeng i Helserom-modellen er nettopp at pasientene møter lokalt helsepersonell ansikt til ansikt, får hjelp til teknologi ved behov og kan delta i et sosialt og faglig fellesskap. Helserom er noe kvalitativt annerledes enn ordinære videokonsultasjoner hjemmefra.

Å gjøre Helserom kjent og akseptert

En annen utfordring er at Helserom fortsatt er relativt ukjent for mange potensielle brukere. Flere informanter beskriver at rekruttering til tilbudene i stor grad skjer gjennom fastleger eller annet helsepersonell som kjenner til modellen. Dette kan bety at personer som kunne hatt nytte av tilbudet ikke blir kjent med det.

I tillegg viser erfaringene at enkelte pasienter opplever Helserom som uvant. Selv om de vurderer kvaliteten på konsultasjonene som god, foretrekker noen fortsatt tradisjonelle sykehusbesøk eller fysiske møter med spesialist. Pasientene klarer ikke helt å sette ord på hva det er som gjør at de foretrekker de tradisjonelle timene; det ser ikke nødvendigvis ut til å skyldes noen mangler ved Helserom-konsultasjonene, men heller at arbeidsformen bryter med etablerte forventninger til hvordan spesialisthelsetjenester skal leveres. Følgende sitat viser hvordan den ene deltakeren leter etter ord for å få fram hva hen mener:

*Men det var nå ikke min- det var ikke mitt- jeg vet ikke hva jeg skal si. Når jeg ikke får snakke med legen direkte eller de direkte så ble det ikke rett hos meg.
Men det er nå meg det (B2)*

I den ene piloten erfarte merkantilt personell at pasientene tok kontakt og lurte på hvorfor de ikke kunne få vanlig konsultasjon på sykehuset, ettersom «*de ikke har noe problem med reising eller fravær hjemmefra*».

Utfordringer på tjeneste- og organisasjonsnivå: Ressurskrevende å koordinere og gjennomføre tilbudet

Selv om erfaringene fra prosjektet viser at Helserom-konsultasjonene fungerte godt i praksis i pilotene, beskriver flere informanter at modellen er ressurskrevende å koordinere. Selve

konsultasjonene og kursene oppleves ofte som enkle å gjennomføre når alle aktørene først er samlet og teknologien fungerer. Utfordringene ligger i større grad i arbeidet som skjer før og etter gjennomføringen.

Spesielt i de desentraliserte lærings- og mestringskursene beskrives et betydelig koordineringsarbeid knyttet til planlegging av lokasjoner, oppkobling av teknologi, koordinering av kursledere, informasjonsutveksling mellom lokasjoner og oppfølging av deltakere. Flere informanter opplever at dette arbeidet krever både tid og kontinuerlig oppmerksomhet. En informant beskriver hvordan gjennomføringen på kursdagen ofte går svært godt, mens forberedelsene krever betydelig innsats: *«det er ganske tidkrevende med all planleggingen som ligger bak når man må koordinere flere lokalisasjoner samtidig».*

Det er særlig ressurskrevende å være den som har ansvar og koordinerer. Dermed kunne én løsning ha vært å dele ansvaret på flere, men da står man fare for å miste den røde tråden, som en av informantene sier: *«jeg tenker at det det er jo nødvendigvis ikke er jeg som må gjøre alt, men samtidig så er det fint at det er én person som kan styre det som man har en rød tråd».*

Erfaringene fra pilotene viser videre at oppbygging av nødvendig kompetanse krever tid. Røddøy-piloten arrangerte en hel opplæringsdag for flere helsepersonell, for å bli kjent med teknologien som skulle brukes i samhandlingskonsultasjonene. De ansatte brukte god tid, de var sammen med bare kjente kolleger, og de fikk veiledning og tips fra en erfaren bruker. På slutten av dagen var motivasjonen høy for å fortsette å øve videre på egen hånd, men alle opplevde likevel at det etterpå var krevende å finne tid til videre øving og kompetanseutvikling i en travel arbeidshverdag.

På lengre sikt henger denne utfordringen tett sammen med rekrutterings- og kapasitetsutfordringer i distriktskommunene. Flere informanter uttrykker usikkerhet om hvorvidt kommunene vil ha tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse og personell framover. Modellen er avhengig av at det finnes lokale fagpersoner som både har kompetanse og kapasitet til å delta i samhandlingskonsultasjoner og oppfølging av pasientene.

Utfordringer på kunnskapsnivå: Vi vet ikke hvilke gevinster Helserom-modellen har på lengre sikt

Til tross for mange positive erfaringer med Helserom-konsultasjonene testet i pilotene, gjenstår det fortsatt spørsmål om hvilke effekter tilbudet har på lengre sikt. Prosjektet har gitt innsikt i hvordan pasienter og helsepersonell opplever tjenestene og i suksesskriterier, men det foreligger i begrenset grad data som kan si noe om hvorvidt Helserom fører til varige endringer i pasientenes egenmestring, helseatferd eller bruk av helsetjenester over tid.

For lærings- og mestringskursene tyder evalueringene på at deltakerne får økt kunnskap, motivasjon og bevissthet om egen sykdom og behandling. Flere tar i bruk lokale tilbud eller uttrykker ønske om å gjøre endringer i hverdagen. Vi har imidlertid begrenset kunnskap om hvorvidt disse endringene opprettholdes over tid, og i hvilken grad økt kunnskap faktisk fører til varig atferdsendring eller bedre helseutfall.

En tilsvarende utfordring gjelder vurderingen av om Helserom bidrar til mer riktig bruk av helsetjenester. Intensjonen er blant annet å redusere unødvendige henvisninger, forebygge belastende reiser og sørge for at pasientene får hjelp på riktig nivå til riktig tid. Flere informanter opplever at modellen har et slikt potensial, men understreker samtidig at det er krevende å dokumentere effekten. Dette skyldes blant annet at sykdomsutvikling, behandlingsbehov og helsetjenestebruk varierer betydelig mellom pasienter, og at det derfor er vanskelig å vite hvordan situasjonen ville utviklet seg uten Helserom.

Erfaringene fra prosjektet peker dermed på behovet for mer systematisk oppfølging av pasientforløp over tid. Dersom Helserom-modellen skal videreutvikles og implementeres i større skala, kan det være behov for å følge pasientenes helsetjenestebruk, egenmestring og helseutfall mer systematisk, slik at man får et bedre grunnlag for å vurdere de langsiktige effektene av modellen (se også kap. 4 Anbefalinger).

Teoretisk vurdering av utfordringsbildet

En sentral utfordring i Helserom Helgeland kan forstås gjennom CFIR-domene 4 Individene. I arbeidet med å utvikle og implementere Helserom-modellen har vi sett at det ikke skorter på endringsvilje, motivasjon eller opplevd behov blant ansatte i helsetjenesten. Tvert imot er mange svært engasjerte og ser verdien av innovasjonen. Utfordringen ligger i karakteristikken Mulighet innenfor domenet: De ansatte har ikke alltid tid eller organisatoriske rammer som gir rom for å bidra til utvikling og implementering. Dette viser hvordan en rolle, for eksempel kommunalt helsepersonell, kan være en potensiell suksessfaktor, men bli en barriere når strukturelle forhold begrenser muligheten til å handle, selv om motivasjon og behov er til stede. Ved hjelp av CFIR som forståelsesramme kan vi dermed vise at flere av barrierene ikke skyldes holdninger, men mangel på ressurser og handlingsrom.

Utfordringsbildet kan imidlertid ikke forklares av Domene 4 alene. Flere av utfordringene peker også mot Domene 3: Indre kontekst. Informantene beskriver behov for tid, finansiering, kompetanse, kommunikasjonssystemer, personell og organisatoriske avklaringer. Dette er forhold som CFIR omtaler som Available Resources, Communication og Work Infrastructure. Analysen tyder på at Helserom-modellen i stor grad er avhengig av at organisasjonene rundt tjenesten legger til rette for samhandling, planlegging og koordinering. Selv om enkeltpersoner er motiverte, vil manglende organisatoriske ressurser kunne begrense hvor mye modellen faktisk tas i bruk.

Flere av utfordringene er også knyttet til Domene 5: Implementeringsprosessen. Erfaringene fra pilotene viser at implementering av nye samhandlingstjenester krever betydelig innsats til planlegging, koordinering, opplæring, evaluering og kontinuerlig tilpasning. Særlig arbeidet med å etablere felles rutiner, avklare roller, utvikle kompetanse og koordinere aktiviteter på tvers av kommune og sykehus fremstår som ressurskrevende. Dette illustrerer hvordan implementering ikke bare handler om å utvikle en god løsning, men også om å etablere prosesser som gjør løsningen mulig å bruke i praksis over tid.

Samtidig peker flere av utfordringene mot Domene 1: Innovasjonens egenskaper. Erfaringene viser at Helserom-konsultasjoner ikke uten videre passer inn i eksisterende arbeidsformer, timebokstrukturer og ansvarsmodeller. Innovasjonen krever derfor lokale tilpasninger, både når det gjelder organisering, arbeidsdeling og bruk av teknologi. Dette samsvarer med CFIR-konstruktet Adaptability, som understreker betydningen av at innovasjoner kan tilpasses lokale forhold dersom de skal lykkes i ulike kontekster.

De relasjonelle perspektivene bidrar med en utfyllende forklaring på utfordringsbildet. Relational Coordination Theory peker på at vellykket samhandling forutsetter hyppig, presis og problemløsende kommunikasjon, samt relasjoner preget av felles mål, felles kunnskap og gjensidig respekt. Flere av utfordringene som vi har identifisert gjennom prosjektet, kan forstås som situasjoner der det fortsatt gjenstår arbeid med å etablere slike strukturer og relasjoner. Når helsepersonell mangler tid til møtepunkter, opplæring eller koordinering, reduseres også muligheten til å bygge den relasjonelle infrastrukturen som modellen er avhengig av.

Samlet sett tyder analysen på at utfordringene i Helserom Helgeland i begrenset grad handler om motstand mot innovasjonen. De handler i større grad om hvordan innovasjonen kan integreres i eksisterende organisatoriske strukturer, arbeidsprosesser og ressursrammer. Dette kan tolkes som et positivt funn i et implementeringsperspektiv. Når utfordringene hovedsakelig knytter seg til ressurser, organisering og handlingsrom, snarere enn mangel på motivasjon eller opplevd nytteverdi, tyder det på at det finnes et godt grunnlag for videre implementering dersom de organisatoriske forutsetningene kommer på plass.

En begrensning ved prosjektet er at vi ikke fikk gjennomført så mange Helserom-konsultasjoner som opprinnelig planlagt. Dette innebærer at kunnskapsgrunnlaget om gevinster, utfordringer og effekter bygger på et relativt begrenset antall helseromkonsultasjoner og involverte pasienter. Flere forhold bidro til dette. Utvikling og implementering av samhandlingstjenester mellom kommune og sykehus viste seg å være mer komplekst og tidkrevende enn antatt. Betydelig tid ble brukt på avklaringer knyttet til teknologi, operasjonalisering av oppgaver, ansvar, arbeidsdeling, rekruttering av pasienter, kompetanseutvikling og etablering av samhandlingsstrukturer. I tillegg påvirket kapasitetsutfordringer og presset driftssituasjon hos både kommuner og sykehus muligheten til å gjennomføre flere test-konsultasjoner.

Samtidig er det viktig å understreke at flere av valgene som bidro til langsommere fremdrift også kan forstås som bevisste investeringer i framtidig implementering. Prosjektet har lagt stor vekt på samskaping, lokal forankring, relasjonsbygging, kompetansedeling og utvikling av felles forståelse på tvers av kommune og sykehus. Dette er aktiviteter som tar tid, men som evalueringene peker på som sentrale suksessfaktorer for å lykkes med implementering av nye tjenester. Prosessen har derfor i stor grad handlet om å etablere et fundament for videre drift og spredning av Helserom-modellen, snarere enn å maksimere antallet konsultasjoner i prosjektperioden.

Sett i lys av implementeringsforskning kan dette forstås som et valg om å prioritere utvikling av relasjoner, arbeidsformer og organisatoriske rammer før skalering av tjenestene. Erfaringene fra prosjektet tyder på at slike investeringer kan være avgjørende for å oppnå varig endring og bærekraftig implementering på lengre sikt.

Sett i lys av Relational Coordination Theory peker utfordringene også mot betydningen av kontinuerlig relasjonsbygging. Flere av utfordringene handler ikke om motstand mot Helserom-modellen, men om begrensninger i muligheten til å opprettholde de relasjonelle strukturene som modellen bygger på, og som ser ut til å være en helt sentral suksessfaktor. Når tid til koordinering, opplæring og felles refleksjon blir knapp, reduseres også muligheten til å utvikle og vedlikeholde felles mål, felles kunnskap og gjensidig respekt mellom aktørene. Fra et relasjonelt perspektiv kan utfordringsbildet derfor forstås som et spørsmål om hvordan samhandlingskapasitet kan opprettholdes når modellen går fra prosjekt til ordinær drift.

4 Anbefalinger

Basert på arbeid, innsikt og funn fra dette prosjektet, anbefaler vi følgende aktiviteter og prioriteringer i 2026 for å videreføre og videreutvikle Helserom-modellen og etablere Helserom på nye steder eller for nye funksjoner.

Finne kontaktpersoner som kan ta Helserom-modellen over fra pilot til drift

For å sikre videreføring fra pilot til varig drift anbefales det å utpeke dedikerte kontaktpersoner i både kommune og sykehus som har ansvar for å ta Helserom-modellen videre. Disse skal være:

- faglig og operativt ansvarlige for overgangen fra pilot → drift
- bindeledd mellom nivåer og tjenester
- ansvarlige for å videreføre arbeidsformene, ikke bare teknologien

Dette skaper stabilitet, kontinuitet og en "fast grunnmur" å bygge videre på, og gjør det enklere å avklare roller og ta beslutninger (Damschroder mfl. 2022).

Utpeke forløpsansvarlig for hvert enkelt forløp

Hvert utviklede forløp som aktørene ønsker skal videreføres, eller hvert forløp som ønsker å starte opp i et etablert Helserom eller i et nytt (f.eks. hudkonsultasjonene i Dønna) trenger en forløpsansvarlig som kan:

- eie innholdet, rutiner og samarbeidsformer
- sikre at alt det som fungerte i piloten tas med videre
- lede overgangen til drift
- koordinere mellom kommune og sykehus
- følge opp om pasientforløpene faktisk fungerer i praksis

Bruke felles mål aktivt som styringsverktøy

Felles mål skal fungere som et kompass i drift og videre utvikling: "Å tilby helsetjenester lokalt for å forhindre lange og belastende reiser for innbyggere."

Dette må i drift brukes som:

- beslutningsgrunnlag
- prioriteringsverktøy
- verktøy for rolleklarhet og ansvarsavklaring
- motivasjon i møte med ressursknapphet og praktiske utfordringer

Videreføre og forsterke det som fungerte i pilotene

Helserom-testingen har gitt konkret erfaring med:

- teknologier som fungerer
- samarbeidsformer som gjør hverdagen enklere
- organisatoriske grep som reduserer variasjon
- arbeidsprosesser som gir gevinster for både pasient og tjeneste

Anbefalingen er å:

- ta det som fungerte godt i pilotene og gjøre det til standardpraksis
- dokumentere og videreføre gode arbeidsformer, ikke bare gode enkeltpersoner
- bygge videre på konkrete eksempler – ikke starte på nytt

Dette gjør utviklingen friksjonsfri og reduserer risiko for tap av læring.

Bevare delingskulturen

Pilotene har vist at Helserom-modellen drives framover når:

- kommuner og sykehus deler erfaringer på tvers
- fagpersoner viser fram tips, feil, forbedringer
- prosjektdeltakere raskt sprer løsninger som virker
- suksesser og snubletråder dokumenteres og formidles

Anbefalingen er å gjøre erfaringsdeling til en rutine, ikke et engangstiltak, og å opprettholde arenaer der fagpersoner møtes på tvers av geografiske og organisatoriske skiller.

Behandle Helserom som et samhandlingsprosjekt, ikke et digitalt helseprosjekt

Erfaringene fra pilotene viser at Helserom lykkes når fokus ligger på:

- samarbeid, roller, ansvar og arbeidsmåter
- pasientforløp og koordinering
- likeverdige tjenester, ikke ny teknologi i seg selv

Derfor anbefaler vi at drift struktureres etter prinsipper for samhandling og tjenesteutvikling – ikke IT-prosjektlogikk.

Overføre forløp mellom kommuner og settinger

Mange av de utviklede forløpene er overførbare:

- fra én kommune til en annen
- fra én pasientgruppe til en annen
- fra én organisering til en annen

Anbefalingen er å aktivt bruke pilotdokumentasjon, ferdige prosedyrer, evalueringer og læringspunkter slik at kommuner som starter senere, ikke starter fra scratch. En god støtte til dette vil være veilederen som er tilgjengelig fra prosjektsiden på helgelandssykehuset.no.

Etablere kriterier for hvilke oppgaver som egner seg for Helserom

Prosjektet gir ikke grunnlag for å si at Helserom er en løsning for alle typer pasientforløp, selv om modellen skal være generisk. Det anbefales at det utarbeides:

- kriterier for hvilke typer oppgaver og konsultasjoner som egner seg for Helserom
- kriterier for hvilke kompetansekrav som må være oppfylt lokalt
- kriterier for når pasienter bør tilbys Helserom framfor ordinær poliklinisk konsultasjon
- vurdering av reisebelastning som en del av seleksjonsgrunnlaget

Helserom-modellen er en generisk samhandlingsmodell. Seleksjonskriteriene bør derfor utvikles rundt oppgaver og funksjoner som egner seg for lokal samhandling, ikke rundt spesifikke diagnoser eller pasientgrupper.

Følge systematisk med på pasientforløp og tjenesteforbruk blant pasienter som har vært på Helserom-konsultasjoner

For å sikre kvalitet og unngå utilsiktede konsekvenser anbefaler vi å:

- etablere systemer for fast evaluering av pasientenes opplevelser og helsetjenesteforbruk
- følge med på utvikling i reisebehov, konsultasjoner, henvisninger, medisinsk oppfølging
- vurdere effekten fortløpende og bruke data aktivt i forbedringsarbeid

Dette gir styringsinformasjon som gjør modellen bærekraftig.

CheckWare, eller tilsvarende godkjent måleinfrastruktur, bør brukes til å:

- samle pasientrapporterte data (PREMs/PROMs)
- følge pasienter over tid
- dokumentere endringer i tjenesteforbruk
- sikre trygg databehandling og standardiserte prosesser

Dette gir kontinuitet og gjør evaluering skalerbar når Helserom vokser.

Vurdere kostnader og nytte av Helserom-konsultasjoner

I kvantitative og økonomiske evalueringer handler det om å finne ut om et tiltak gir den effekten man ønsker, og om ressursbruken står i forhold til nytten. For å få til dette må man:

- definere tydelige mål
- velge indikatorer som faktisk sier noe om effekten
- og samle inn data på en måte som gjør det mulig å følge utviklingen over tid.

Kost-nytte-analyser bygger på å sammenligne kostnadene ved tiltaket med gevinstene. Selv en enkel tilnærming krever strukturert datainnsamling og en plan for hvordan tallene skal tolkes.

I prosjektet finnes det flere forhold som relativt enkelt kan registreres systematisk:

- Aktiviteter bør registreres både «i Helserommet» og «utenfor Helserommet», der sistnevnte representerer dagens praksis som tiltaket er ment å erstatte, dette er ofte en poliklinisk konsultasjon med (lang) reise.
- Som minimum før det registreres antall konsultasjoner og pasientreiser
- Det kan også være nyttig å inkludere innleggelser og eventuelle pårørendereiser.

Slike data gir et konkret bilde av endringer i bruk av spesialisthelsetjenester.

Når det gjelder kostnader, bør man både fange opp intervensjonsspesifikke utgifter og enhetskostnader for de aktivitetene som måles. Praktisk fremgangsmåte:

- Kartlegge direkte og indirekte kostnader: teknologi, opplæring, personell og administrasjon.
- Kostnadene bør kobles til aktivitetsdata slik at man kan beregne kostnad per pasientforløp eller per spart reise.
- Ved å sammenligne med et alternativscenario, for eksempel dagens praksis, kan man beregne den økonomiske effekten.

Det kan også være verdifullt å samle inn data om helseutfall og pasientkarakteristika, som alder, funksjonsnivå og eventuell informasjon om pårørende. Dette gir mulighet til mer presise analyser, men krever ofte etiske godkjenninger og vurderinger av personvern og GDPR

5 Referanser

- Arliani, Gustavo Gonçalves, Diego Costa Astur, Ricardo Kim Fukunishi Yamada, mfl. 2014. «Early Osteoarthritis and Reduced Quality of Life after Retirement in Former Professional Soccer Players». *Clinics* 69 (9): 589–94. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(09\)03](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(09)03).
- Bolton, Rendelle, Caroline Logan, og Jody Hoffer Gittel. 2021. «Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review». *The Journal of Applied Behavioral Science* 57 (3): 290–322. <https://doi.org/10.1177/0021886321991597>.
- Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander, og Julie C. Lowery. 2009. «Fostering Implementation of Health Services Research Findings into Practice: A Consolidated Framework for Advancing Implementation Science». *Implementation Science* 4 (1): 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
- Damschroder, Laura J., Caitlin M. Reardon, Marilla A. Opra Widerquist, og Julie Lowery. 2022. «The Updated Consolidated Framework for Implementation Research Based on User Feedback». *Implementation Science* 17 (1): 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>.
- Haukeland universitetssykehus. 2023. «KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score). Haukeland universitetssykehus.» <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/koos-knee-injury-and-osteoarthritis-outcome-score/>.
- Helsedirektoratet. 2025. *Sluttrapport for prosjekt MILA3. Mitt liv, mitt ansvar. Utprøving av digital hjemmeoppfølging for kronisk syke.*
- Iconaru, Elena Ioana, Emilian Tarcau, og Constantin Ciucurel. 2024. «The Influence of Weather Conditions on the Diurnal Variation in Range of Motion in Older Adults with Knee Osteoarthritis». *Journal of Clinical Medicine* 13 (1): 254. <https://doi.org/10.3390/jcm13010254>.
- Kjellmo, Agnethe Mikkelsen, og Sissel Eide Knutsen. 2025. «Desentrale lærings- og mestringstilbud. Effekten av et digitalt artrosekurs for pasienter på Helgeland.» Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet. <https://nva.sikt.no/registration/0198f4c275ff-1ec2d165-6e46-41ae-8294-d17c18b06897>.
- McGuier, Elizabeth A., David J. Kolko, Gregory A. Aarons, mfl. 2024. «Teamwork and Implementation of Innovations in Healthcare and Human Service Settings: A Systematic Review». *Implementation Science* 19 (1): 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9>.
- Melles, Marijke, Armagan Albayrak, og Richard Goossens. 2021. «Innovating Health Care: Key Characteristics of Human-Centered Design». *International Journal for Quality in Health Care* 33 (Supplement_1): 37–44. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa127>.
- Oslo Universitetssykehus. 2023. «HOOS (Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score).» <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/hoos-hip-disability-and-osteoarthritis-outcome-score/>.
- OsloMet. Storbymet. 2025. «Tjenesteutvikling i praksis. Den doble diamanten - fasene i tjenesteutviklingen.» <https://ansatt.oslomet.no/doble-diamant-tjenesteutvikling>.

- Reardon, Caitlin M., Laura J. Damschroder, Laura Ellen Ashcraft, mfl. 2025. «The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: A Five-Step Guide for Conducting Implementation Research Using the Framework». *Implementation Science* 20 (1): 39. <https://doi.org/10.1186/s13012-025-01450-7>.
- Sand, Kari. 2023. «Helserom Helgeland – ny tjenestemodell for lokal helsehjelp med avstandsoppfølging». Konferanseartikkel presented på Helsetjenesteforskningsskonferansen 2023, Stavanger. november 2.
- Sand, Kari. 2024. «Helserom Helgeland – lokal helsehjelp med avstandsoppfølging». Konferanseartikkel presented på DigitalHelse24, Bergen. <https://alrekkehelseklynge.no/arrangementer/digitalhelse2024/#torsdag-30-mai-2024>.
- Sand, Kari, Merete Rørvik, og Nina Vanvik Hansen. 2025. «Tillit til hverandres kompetanse som grunnlag for vellykket samhandling i helse». Konferanseartikkel presented på Helsetjenesteforskningsskonferansen 2025, Trondheim. november 6.