

Helsetjenesteteam og omsorgsteam

Resultater fra følgeforskning

Forfattere: Olaug Øygarden, Leif Jarle Gressgård og Ann Kristin Berge

Rapport: 27/2020, NORCE Samfunn



Rapporttittel	Helsetjenesteteam og omsorgsteam: Resultater fra følgeforskning.
Prosjektnummer	305467 Sykepleiemangel – teamorganisering for bedre utnytting av kompetanse i kommunale helsetjenester.
Institusjon	NORCE, avd. Samfunn
Oppdragsgivere	Bergen kommune, Byrådsavdeling for helse og omsorg. FoU-prosjektet er finansiert av Regionale Forskningsfond Vestland
Rapportnr	27-2020
ISBN nr.:	978-82-8408-111-3
Antall sider	29
Publiseringsmnd.	November, 2020

Sammendrag

Denne rapporten beskriver organisatoriske barrierer og muligheter ved implementering av en ny organiseringsmodell for hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Modellen innebærer at ansatte med høyere helsefaglig utdanning (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter) organiseres i Helsetjenesteteteam (HT), mens ansatte med helsefagutdanning og assistenter organiseres i Omsorgsteam (OT). Dette medfører en viss endring i oppgaver og ansvarsområder, og formålet med omorganiseringen er økt utnyttelse av sykepleierressurser og forbedring av tjenestekvalitet, samt økt opplevelse av profesjonsutøvelse blant ansatte. Modellen piloteres over 12 måneder i bydelene Fana og Ytrebygda.

FoU-prosjektet har studert første del av piloteringen. Det er gjennomført 20 intervjuer med til sammen 34 informanter – inkludert ansatte, ledere og andre nøkkelpersoner. Resultatene viser at alle involverte grupper erfarer endringer i profesjonsutøvelse (både positive og negative), men at endringene er størst for ansatte i OT. Overordnet sett er det stor variasjon i opplevelse av faglighet, ansvar, motivasjon og mestring, noe som blant annet henger sammen med utfordringer med koordinering og samhandling på tvers av team. Tverrfaglig samhandling innad i teamene, spesielt i HT, oppleves på den annen side som positiv.

Basert på funnene diskuteres forbedringsmuligheter og områder som krever oppmerksomhet i videre pilotering. Sentrale forhold inkluderer grensesnitthåndtering, informasjonsflyt, kompetansebygging, måldefinering, ledelse og organisatoriske rammer for pilotering. I tillegg diskuteres også lærdommer i forhold til fremtidig implementering av lignende tiltak knyttet til tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune, og gjennomføring av endringsprosesser generelt. Funnene diskuteres også i lys av annen forskning og teori. Avslutningsvis presenteres områder med behov for mer kunnskap, og som dermed kan være aktuelle tema for videre forskning.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1. Pilotprosjektet HELTOM	5
1.2. Mål og problemstillinger i følgeforskningsprosjektet	5
2. Teori og relevant forskning.....	7
2.1. Tillits- og faglighetsreform i offentlige tjenester	7
2.2. Erfaringer med lignende reformer i København og Oslo	8
2.3. Tverrfaglige team	9
3. Metode	11
3.1. Design	11
3.2. Etikk.....	11
3.3. Datainnsamling.....	11
3.4. Analyse	12
3.5. Tilbakeføring av funn til praksisfeltet.....	12
4. Resultater	13
4.1. Endringer i opplevelse av profesjonsutøvelse	13
4.1.1. Omsorgsteamene (OT)	13
4.1.2. Helsetjenesteteamene (HT)	14
4.1.3. Fysio- og ergoterapeuter.....	14
4.1.4. Ledere.....	15
4.2. Endringer i samhandling og koordinering	16
4.2.1. Tverrfaglig samhandling.....	16
4.2.2. Særfaglighet	18
4.2.3. Endringer i arbeidsutførelse.....	19
4.3. Behov for endringer i eller tilpasning av pilot	19
4.3.1. Tverrfaglig samarbeid mellom team og fortsatt særfaglig styrke.....	20
4.3.2. Kompetanseutvikling.....	20
4.3.3. Tydelige mål	21
4.3.4. Informasjonsbehov	22
4.3.5. Organisatoriske rammer	22
4.3.6. Usikkerhet: behov for endringer av piloten eller naturlig del av prosessen?	23
4.4. Videre implementering av tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune ...	23
4.4.1. Mål, virkemidler, involvering og informasjon	24
4.4.2. Felles forståelse på ulike ledernivåer.....	24
4.4.3. Praktisk kartlegging	24
4.4.4. Roller, samarbeidsstrukturer, opplæring og rekruttering.....	25
4.4.5. Ressurser	25
4.4.6. Hva skal tillits- og faglighetsreformen være?.....	25
5. Diskusjon.....	27
5.1. Nye roller for ansatte og ledere	27
5.2. Rutiner, systemer og strukturer må tilpasses den nye modellen	28
5.3. Videre utrulling og implementering av tillits- og faglighetsreformen	28

5.4.	Spørsmål som kan utforskes videre i hovedprosjekt	29
5.4.1.	Økonomiske forhold.....	29
5.4.2.	Endringer for involverte aktører	30
5.4.3.	Organisatoriske forhold.....	30
5.4.4.	Innretning på hovedprosjekt.....	31
6.	Referanser	32
7.	Vedlegg	34
Vedlegg 1:	Informasjonsskriv til deltakere.....	34
Vedlegg 2:	Intervjuguide	37
Vedlegg 3:	Intervjuguide	41

1. Innledning

1.1. Pilotprosjektet HELTOM

Dette forskningsprosjektet har fulgt piloteringen av en ny organiseringsmodell for hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Formålet med omorganiseringen var å få til en mer effektiv utnyttning av sykepleier-ressursene og forbedring av tjenestekvalitet. I 2019/2020 har en pilotert en organiseringsform med helstetjenesteteam og omsorgsteam i Fana og Ytrebygda.

Helsetjenesteteamene (HT) består av ansatte med minimum 3-årig helsefaglig utdanning (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter), og Omsorgsteamene (OT) består av ansatte med helsefagutdanning og assistenter.

Omorganiseringen i pilotprosjektet skal svare på behovet kommunen har for å sikre at menneskelige ressurser nyttiggjøres best mulig. De ansatte som utøver tjenester i hjemmene, er i dag organisert i to ulike etater; fysio- og ergoterapeuter i en og sykepleiere i en annen. I sistnevnte enhet arbeider også helsefagarbeidere og assistenter, og logistikken avgjør ofte hvem som gjør hva av helsehjelp og praktisk bistand. Dermed utfører sykepleierne oppgaver som en helsefagarbeider eller assistent kan gjøre. Til sammenligning har fysio- og ergoterapeutene mer definerte oppgaver knyttet til deres kompetanse. Å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunens helse- og omsorgstjenester er krevende. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser at det allerede er mangel på sykepleiere, og at dette vil forverre seg i årene frem mot 2035¹. Kommunene har derfor behov for å nyttiggjøre seg sykepleiekompetansen på en mer effektiv og målrettet måte. Mange brukere trenger kun praktisk hjelp for å bo hjemme. Omsorgsteamene vil ivareta denne brukergruppen. Resultater av dette kan være mer kontinuitet for brukerne, og at helsefagarbeidere som skal jobbe i team uten sykepleiere får større faglig autonomi og mer ansvar.

Det er også behov for å bygge ned barrierer mellom profesjoner og etater. Bergen kommune ønsker å fostre tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter i samme enhet. Tverrfaglighet er særlig viktig ettersom flere mennesker mottar behandling og rehabilitering i sine hjem som følge av samhandlingsreformen. Prosjektet skal videre møte behovene for omstilling som følger bystyrets vedtak om å innføre tillits- og faglighetsreform i de hjemmebaserte tjenestene. Innovasjonsprosjektet med Helsetjenesteteam og Omsorgsteam (HELTOM), er ett tiltak i reformen, og skal gi de ansatte større tillit og rom for faglige vurderinger og fagutøvelse.

1.2. Mål og problemstillinger i følgeforskningsprosjektet

Oppsummert har pilotprosjektet hatt mål som kan grupperes i fire kategorier. Den første kategorien dreier seg om bedre utnyttelse av kompetansen som ligger i kommunens menneskelige ressurser, den andre om bedre tjenestekvalitet, den tredje om styrking av tverrfaglig samhandling,

¹ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16c855ce368>

og den fjerde om økt tillit til-, samt autonomi, faglighet og ansvar for-, de ansatte. **Hovedmålet** for forskningsprosjektet har vært å identifisere organisatoriske barrierer og muligheter for å implementere effektive helsetjenesteteam og omsorgsteam i Bergen kommune. Dette har prosjektet gjort ved å fokusere hovedsakelig på de tre målkategoriene fra pilotprosjektet som dreier seg om kompetanseutnyttelse, tverrfaglig samhandling, og tillit, autonomi, faglighet og ansvar. Hovedmålet for forskningsprosjektet har vært delt opp i følgende **delmål**, hvor tjenestekvalitet og helseøkonomi er pekt ut som temaer som skal utforskes videre i et senere hovedprosjekt:

- Utvikle kunnskap om sammenhenger mellom ny organisasjonsform og ansattes opplevelse av profesjonsutøvelse knyttet til faglighet, ansvar, mestring, tillit og motivasjon.
- Identifisere mulige endringer i måten arbeidet utføres på som følge av endret organisering, særlig knyttet til utnyttelse av sykepleiekompetanse.
- Bruke forskningsbasert kunnskap for å utforme piloten, og den videre implementeringen av tillits- og faglighetsreformen.
- Identifisere mulige virkninger for pårørende og brukere, som kan utforskes videre i hovedprosjektet.
- Identifisere mulige helseøkonomiske virkninger som kan utforskes videre i hovedprosjektet.

Basert på forskningsprosjektets hoved- og delmål har datainnsamling og analyse vært sentrert rundt følgende hovedproblemstilling og underspørsmål:

Hovedproblemstilling:

Hva er de sentrale organisatoriske barrierene og mulighetene i implementeringen av helsetjenesteteam og omsorgsteam i Bergen kommune?

Underspørsmål:

1. Medfører ny organisering endringer i opplevelse av profesjonsutøvelse - faglighet, ansvar, mestring, tillit og motivasjon?
2. Medfører ny organisering endringer i samhandling og koordinering, både innen egen yrkesgruppe og på tvers av yrkesgrupper?
3. Medfører ny organisering endringer i måten helsepersonell utfører arbeidet på (mer/mindre metodisk og målrettet)?
4. Medfører resultatene behov for endringer/tilpasning av pilot?
5. Hvilke forhold må vektlegges i videre implementering av tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune?
6. Hvilke tema og problemstillinger bør prioriteres i hovedprosjektet når det gjelder organisering, økonomiske forhold og involvering av brukere og pårørende?
7. Hvilke fagområder og aktører må involveres (nasjonalt og internasjonalt)? Hvordan kan/bør prosjektet organiseres?

I denne rapporten vil vi først kort gjøre rede for relevant forskningslitteratur som prosjektet har vært basert på, før vi beskriver det metodiske opplegget for studien, presenterer resultater for hver av problemstillingene, og avslutningsvis diskuterer disse funnene opp mot annen forskning og konkluderer med hvilke temaer det vil være interessant å utforske videre i et hovedprosjekt.

2. Teori og relevant forskning

I denne delen gjør vi først rede for overordnede perspektiver fra forskning på tillitsreformer i offentlig sektor, innholdet i reformer som har vært gjennomført i Bergen kommune, Oslo kommune og København, og oppsummerer erfaringer med disse slik de beskrives i tidligere forskning. Videre har pilotprosjektet i stor grad dreid seg om en overgang til ny og delvis tverrfaglig teamstruktur i hjemmetjenestene, og vi presenterer avslutningsvis en oppsummering av relevant forskning på muligheter og utfordringer med bruken av tverrfaglige team og samarbeid på tvers av team i helse- og omsorgstjenester.

2.1. Tillits- og faglighetsreform i offentlige tjenester

Det finnes lite forskning som eksplisitt tar for seg tillit knyttet til ledelse og organisering av offentlig sektor (Vallentin & Thygesen, 2017) og effektene av tillits- og faglighetsreformer (Bentzen, 2015). Dette henger sammen med at reformer av denne typen er et relativt nytt fenomen. En antar at tillits- og faglighetsreformer kan gi økt innovasjon, engasjement, effektivisering og bedre kvalitet, men dette er ikke undersøkt longitudinelt.

I 2015 innførte Bergen kommune endringer i normtider for hjemmesykepleie og hjemmehjelp, og endringene ble evaluert i 2016 (Førland et al., 2017). I evalueringen kom det frem at de ansatte opplevde normtidssystemet som for detalj- og oppgavefokusert, og at det etterlot lite rom for utøvelse av faglig skjønn. Det ble også påpekt at endringene hadde medført negative konsekvenser for brukere og ansatte. På bakgrunn av denne evalueringen iverksatte byrådet tiltak og endringer innenfor hjemmetjenestene og med budsjettfordelingsmodellen gjennom en tillits- og faglighetsreform, hvor blant annet fjerning av normtidene var et viktig element.

I følge Bouckaert (2012) kan vi se for oss tre ulike relasjoner hvor en kan finne mer eller mindre tillit rundt og i offentlig sektor. Den første er tilliten innbyggerne har til sektoren, den andre er tilliten sektoren har til innbyggerne, og den tredje er tilliten som finnes internt mellom aktørene i sektoren. Den nye teamorganiseringen som Bergen kommune har prøvd ut i det pågående pilotprosjektet er en del av tillits- og faglighetsreformen, og har blant annet som mål å øke bruken av fagkompetanse, parallelt med økt ansvarliggjøring, involvering og risikotaking. De konkrete tiltakene i pilotprosjektet kan altså knyttes til tillitsrelasjonene internt i offentlig sektor, og spesifikt til tilliten som overordnet ledelse viser de ansatte i tjenesten, da en ønsker å utvide handlingsrommet de ansatte har til å arbeide faglig selvstendig. Reformen som helhet, og pilotprosjektet som del av denne, kan altså ses i sammenheng med overgangen fra det forskningslitteraturen kaller New Public Management (NPM), hvor grunnlaget for intern tillit er basert på detaljert kontroll og overvåking av ytelse, til Post-NPM eller New Public Governance som i større grad baserer tillit på en tanke om partnerskap (Bouckaert, 2012).

Bentzen (2015) peker på at en innenfor denne nyere retningen får en ledelse og organisering som hun kaller tillitsbasert styring, og baserer dette på en følgestudie av innføringen av tillitsreform i København kommune, blant annet innenfor tjenesteområdet helse- og omsorg. Formålet med denne reformen var å øke tilliten til både ledere og ansattes faglighet og dømmekraft, og gjennom dette å redusere kostnader, frigjøre mer tid til tjenestenes kjerneoppgaver, og å heve både

kvaliteten i tjenestene og de ansattes trivsel og glede ved arbeidet. Innenfor hjemmetjenestene tok dette form av at en avviklet systemer hvor de daglige arbeidsoppgavene var spesifisert helt ned til intervaller på to minutter, og erstattet dette med et system med besøksblokker. Innenfor disse blokkene fikk de ansatte større handlingsrom til å løse arbeidsoppgavene mer fleksibelt.

Også i Oslo kommune er det gjennomført lignende pilotprosjekter innenfor hjemmetjenestene (Eide et al., 2017; 2018). Målet med Tillitsmodellen som her ble pilotert var økt trygghet, tilfredshet og selvbestemmelse for brukerne, økt motivasjon og arbeidsglede for fagpersonalet, og økt fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i tjenestene. For å oppnå dette, testet kommunen ut et tillitsbasert alternativ til bestiller/utfører-modellen for hjemmetjenestene. En tok utgangspunkt i det den enkelte tjenestemottakeren opplever som viktig og fagpersonene ble gitt større myndighet og ansvar for tilbudet til den enkelte. Kontroll- og rapporteringsrutiner ble forenklet for å sikre helhetlige tjenester uten detaljstyring, og en innførte tverrfaglige, selvstyrende team hvor fysio- og ergoterapeuter i de fleste tilfeller inngikk som en del av teamene.

Både Tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune som helhet og pilotprosjektet med ny teamstruktur i hjemmetjenestene har altså flere likhetstrekk med tiltak som er testet ut og gjennomført andre steder. Dette følgeforskningsprosjektet har, i tråd med prosjektbeskrivelsen og oppdraget, fokusert på sentrale organisatoriske barrierer og muligheter i implementeringen av helsetjenesteteam og omsorgsteam, gjennom å undersøke hvordan ledere og ansatte har opplevd endringer i profesjonsutøvelse, samhandling og koordinering, og arbeidsutførelse. Som bakgrunn for dette, og for problemstillingene knyttet til behov for endringer i piloten og forhold som må vektlegges i videre implementering av modellen, er det nyttig å ha kjennskap til erfaringene som følgeforskningen på prosjektene i København og Oslo peker på. I neste avsnitt oppsummerer vi disse.

2.2. Erfaringer med lignende reformer i København og Oslo

I sin studie av tillitsreform i København kommune fant Bentzen (2015) at reformen i stor grad dreide seg om å styrke den ledelsesmessige beslutningsautonomien på lokalt nivå i tjenestene, og delegerer ansvaret for å velge hvilke prosedyrer og arbeidsmetoder som skal benyttes til de nivåene i organisasjonen som er tettest på tjenesteutøvelsen.

Tillitsbasert styring kan forstås gjennom fire, sentrale prinsipper (Bentzen, 2015). Det handler om å forstå den konteksten styringen skal skje innenfor, de styringsgrepene som tas, samspillet mellom tillit og kontroll, og opplevelsen av styringen blant de som deltar. Vi vet at autonomi bidrar til helsearbeideres opplevelse av jobbtilfredshet, og til bedre kvalitet i tjenestene de utøver (Lu et al., 2012; Goedhart, Oostveen & Vermeulen, 2017). Samtidig kan nye roller være krevende å håndtere på alle de organisatoriske nivåene som er involvert i en omstilling av denne typen, og Bentzen finner et komplekst samspill av aktører som alle må vise hverandre tillit, både gjennom å gi større tillit og å ta imot denne invitasjonen. Fra den politiske, administrative og faglige ledelsens side, hvor aktørene har formell makt, må en åpne opp for autonomi og skape et større faglig handlingsrom. Dette betyr at ledere må gå bort fra å styre i detalj, og over til å ha en rolle som går ut på å sette rammer. Samtidig må alle aktører akseptere større risiko og sårbarhet. Ledelsen må akseptere en viss risiko for feil, og være villig til å la problemer løses lokalt. De ansatte kan ha stor interesse av å få økt tillit, autonomi og innflytelse, men det følger med en risiko også for dem. De

må være villige til å ta imot denne nye formen for tillit. Ansatte som ikke opplever å ha nok kompetanse til å forvalte økt ansvar, kan være skeptiske til en tillitsmodell. Også rapportene fra pilotprosjektene i Oslo kommune peker på at tillitsmodeller innebærer rolleforandringer, og at mer autonomi og ansvar krever aksept for risiko, både for den enkelte fagutøver, og for systemet rundt den enkeltes arbeid (Eide et al., 2017, 2018).

Rapportene fra begge disse prosjektene peker også på en del barrierer for vellykket implementering som en kan møte på i forbindelse med tillitsmodeller. I Bentzens analyse finner vi fem kategorier av barrierer, og disse danner et godt rammeverk for å forstå tilsvarende prosesser. Den første kategorien er det hun kaller for strukturelle barrierer, og peker på to sett av utfordringer. For det første kan beslutninger som fortsatt må tas i hierarkiske ledelseslinjer ta så lang tid at det utfordrer tålmodigheten i organisasjonen. For det andre kan det oppstå nye typer utfordringer når tjenester skal koordineres på tvers av enheter i organisasjoner siden beslutningsmyndigheten i noen grad er delegert ut til de enkelte enhetene og en derfor må ofre noe av den overordnede kontrollen. Den andre kategorien er ressursbarrierer, som innebærer at begrensede ressurser til implementeringsprosesser kan hemme nødvendig forankring ute i organisasjonen. Videre er det utfordrende å bygge tillit til en ny modell parallelt med at det også kreves effektivisering av arbeidet. Den tredje kategorien er kompetanse- og motivasjonsmessige barrierer. Disse går ut på at det trengs nok og riktig kompetanse for at ansatte skal finne seg til rette og manøvrere i det nye handlingsrommet de har fått. Den fjerde kategorien kaller Bentzen for kommunikative barrierer, og peker på at det er enkelt å selge en idé om mer tillit, men det kan være vanskelig å møte alle forventningene som skapes gjennom denne kommunikasjonen. Eventuelle skuffelser kan skade tillitsforholdet mellom de som setter i gang omstilling til tillitsmodeller og de som jobber ute i organisasjonen. Til sist peker hun på barrierer som omhandler eksisterende vaner og handlingsmønstre og at disse kan være vanskelige å bryte. Siden arbeidet innenfor offentlige helse- og omsorgstjenester lenge har vært preget av en «nullfeilskultur» hvor risikominimering er sentralt, kan det være utfordrende å få ansatte til å faktisk ta i bruk det nye handlingsrommet de er gitt, og en kan ende med at lokale tiltak igjen innskrenker rommet.

2.3. Tverrfaglige team

I tillegg til at pilotprosjektet i Bergen kommune er en del av tillits- og faglighetsreformen og derfor har med seg prinsipper fra denne, er nye tverrfaglige team et sentralt element. Det finnes lite forskning på tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten internasjonalt, og i Norge er forskningen i startfasen (Sørensen, Stenberg & Garnweidner-Holme, 2018). Den forskningen som finnes, viser at yrkesgrupper i helsevesenet har kunnskapsressurser som i liten grad deles på tvers av yrkene (Currie & Suhomlinova, 2006). Å samle flere yrkesgrupper i team gir et bredere spekter av kunnskap (Williams & O'Reilly, 1998), bedre forutsetninger for innovative løsninger (Fay et al., 2006), og mindre duplisering og fragmentering av tjenester. Selv om en etablerer team, kan barrierer for kunnskapsdeling mellom yrkesgruppene likevel hemme teamprestasjon (Mitchell, Parker & Giles, 2011). Tidligere påviste barrierer for teamprestasjon er ulike oppfatninger av hva teamarbeid er, ulike logikker, ulike ferdigheter som er viktige i teamarbeid og ubalanse i makt mellom yrkesgruppene, som over tid kan bli forsterket (Atwal & Caldwell, 2006; Gadolin & Wikström, 2016; Oborn & Dawson, 2010). I tillegg spiller faglig identitet en viktig rolle (Fitzgerald &

Teal, 2004; Mitchell, Parker & Giles, 2011). Yrkesgruppens holdninger til hverandre kan bidra til fiendtlighet og mangel på samarbeid og informasjonsdeling (Gebert, Boerner & Kearney, 2006; Helmreich & Schaefer, 1994). Dersom nye former for tverrfaglig samarbeid oppleves som en trussel mot yrkesidentiteten, kan samholdet innad i profesjonene bli forsterket og forsvaret av grensene mellom yrkesgruppene skjerpes (Badea et al., 2010; Hornsey & Hogg, 2000; Norris, 2001). En sterk teamidentitet vil dra i motsatt retning. Forpliktelse til teamet og opplevd samhørighet styrker samarbeidsatferd, oppfattelsen av delte mål, mer integrerte handlinger, nysgjerrighet på andres kunnskap og kunnskapsdeling (Chen & Tjosvold, 2002; Eckel & Grossman, 2005). Flerfaglig åpenhet og motivasjon styrker team-identiteten og svekker oppfattelsen av trussel mot yrkesidentitet (Hobman, Bordia & Gallois, 2004; Mitchell, Parker & Giles, 2011).

En utfordring kan likevel være at en for sterk teamidentitet vil føre til konkurranse og dårlig samarbeid *mellom* ulike team. Innretningen i den nye team-organiseringen i pilotene innebærer både nye former for tverrfaglighet i helsetjenesteteamene (HT), men også en faglig rendyrking av omsorgsteamene (OT). Pilotprosjektet har derfor et potensiale til å møte på utfordringer både med tverrfaglig samarbeid innad i de enkelte teamene, og mellom de to typene av team.

I det neste kapitlet går vi gjennom det metodiske opplegget for følgeforskningsprosjektet og gjennomføringen av dette, før vi videre presenterer resultatene knyttet til hver enkelt problemstilling.

3. Metode

3.1. Design

Prosjektet har benyttet følgeforskning som design (Olsen & Lindøe, 2004). Følgeforskning er en dynamisk og fleksibel arbeidsmåte, der målet er at funn skal tilbakeføres til feltet underveis i et utviklingsløp. I dette kvalifiseringsprosjektet var hovedaktiviteten intervjuer med personell, og kunnskapsutveksling mellom forskerne og de involverte aktørene i pilotprosjektet. Den opprinnelige prosjektplanen la opp til to intervjurunder med noe tid mellom rundene for å kunne følge utviklingen i piloten. På grunn av korona-situasjonen våren 2020 ble det nødvendig å utsette den første runden, og dette gjorde at det ikke ble mulig å få til to intervjurunder med lang nok tid mellom til at dette designet ville kunne fange opp eventuelle utviklingstrekk. Intervjuene ble derfor gjennomført i en runde, men med et noe mer omfattende antall informanter enn opprinnelig planlagt.

3.2. Etikk

Prosjektet er søkt inn og godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD), og alle data er behandlet i tråd med retningslinjene som ligger til grunn for denne godkjenningen. Alle informanter har gitt informert samtykke på grunnlag av et informasjonsskriv (vedlegg 1) som ble sendt ut i forkant av intervjuene, og gjennomgått muntlig før intervjuet startet. Alle data er anonymisert i fremstillingen av resultater. For å unngå problematikk knyttet til gjenkjenning av enkeltinformanter har vi videre valgt å ikke bruke sitater i denne fremstillingen.

3.3. Datainnsamling

Vi gjennomførte i løpet av seks dager i juni 2020 20 semistrukturerte dybdeintervjuer med til sammen 34 informanter. Informantene var ansatte, avdelingsledere, fagkoordinatorer og fagansvarlige i både HT og OT i Fana og Ytrebygda, samt relevante ledere på andre organisatoriske nivåer i tjenesten (se Tabell 1). Dette utvalget ble gjort av forskergruppen i samråd med prosjektets styringsgruppe, og inkluderer alle de mest sentrale aktørgruppene som deltar i pilotprosjektet fra kommunens side. De enkelte informantene blant de ansatte ble valgt ut og rekruttert av sin nærmeste leder. De ansatte deltok i gruppeintervjuer (2-4 informanter), mens de andre informantene ble intervjuet individuelt. Seks av intervjuene var med informanter tilknyttet HT, ti intervjuer var med informanter tilknyttet OT, og fire intervjuer ble gjennomført med andre, relevante ledere. Intervjuguiden besto av spørsmål som operasjonaliserte problemstillingene i prosjektbeskrivelsen i større detalj og dybde (se vedlegg 2 og 3). Den ble utformet av forskerteamet, og videreutviklet i samråd med pilotprosjektets styringsgruppe i forkant av intervjuene.

Vi opplevde at det ble lagt godt praktisk til rette for gjennomføringen av intervjuene, som i hovedsak ble gjennomført i de to aktuelle basestasjonene. Vi ble tatt godt imot, og intervjuene var svært informative, med informanter som bidro med grundig og relevant informasjon. Vi vurderte informantene som åpne og ærlige i intervjusituasjonen. Dette har gitt oss gode muligheter til å få

frem et bredt spekter av synspunkter og erfaringer, og å peke både på gode erfaringer og mer utfordrende trekk ved pilotprosjektet så langt.

Tabell 1: Oversikt over antall intervjuer og informanter

	INTERVJUER	INFORMANTER
HT	6	14
OT	10	16
ANDRE	4	4

I tillegg til datainnsamling gjennom intervjuer, har forskergruppen fulgt arbeidet i styrings-, ressurs- og prosjektgrupper, hovedsaklig gjennom tilgang til møtereferater, og i noen tilfeller ved å delta som observatører i møtene.

3.4. Analyse

Analysen av intervjuene ble utført etter prinsippene i det som kalles abduktiv malbasert analyse (template analysis) (King, 2012). Det ble tatt lydopptak av alle intervjuer. De mest utfyllende intervjuene ble transkribert i sin helhet, og analysert i detalj. Den malbaserte analysen ble gjennomført ved hjelp av analyseprogramvaren Nvivo, hvor teksten i intervjuene ble gitt koder og kategorier basert på a) en liste som ble utarbeidet før analysen startet, basert på temaene i problemstillingene og den mer detaljerte intervjuguiden, og b) koder og kategorier som viste seg å være relevante og viktige etter hvert som materialet ble mer og mer grundig analysert. Funnene knyttet til hver enkelt av de mest sentrale kategoriene av koder presenteres i neste kapittel under egne overskrifter.

3.5. Tilbakeføring av funn til praksisfeltet

I tråd med følgeforskningsdesignet har forskergruppen vært i kontinuerlig kontakt med pilotprosjektet. Det har vært et tett samarbeid rundt utforming av problemstillinger, intervjuguide og praktisk gjennomføring av datainnsamling. Foreløpige resultater ble presentert for gruppen kort tid etter datainnsamlingen, og mer utfyllende etter en grundigere analyse. Intensjonen er at også denne skriftlige rapporten skal være et nyttig dokument for videreutvikling av pilotprosjektet, og videre implementering av helsetjenesteteam og omsorgsteam i Bergen Kommune.

4. Resultater

I dette kapitlet presenterer vi funn fra intervjustudien som besvarer problemstillingene fra prosjektbeskrivelsen. Vi har fokusert på å besvare problemstillingene med et overordnet fokus på hva en bør være oppmerksomme på i videreutviklingen av pilotprosjektet og ved videre implementering. Vi presenterer først funn knyttet til hvorvidt den nye organiseringen medfører endringer i de ansattes opplevelse av profesjonsutøvelse.

4.1. Endringer i opplevelse av profesjonsutøvelse

4.1.1. Omsorgsteamene (OT)

Ansattgruppen i omsorgsteamene er kjennetegnet av et stort mangfold knyttet til kompetansenivå, erfaring, jobbpreferanser, tilknytningsform til arbeidsplassen og stillingsstørrelse. Gruppen består av både helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. Noen har lang erfaring fra både hjemmetjenesten og andre deler av helsevesenet mens andre er relativt nye. Det er ulikhet i hvor mye faglig og administrativt ansvar den enkelte ønsker å ha, og en del er tilknyttet tjenesten som mer eller mindre faste vikarer mens andre er fast ansatt i ulike stillingsstørrelser.

Det er denne gruppen som har fått de største endringene i faglige arbeidsoppgaver, arbeidsmåter og ansvar i pilotprosjektet, og som derfor i størst grad skal utføre arbeidsoppgaver som er nye og ukjente. Når det gjelder faglighet og ansvar, har hverken faglærte eller ufaglærte tidligere hatt et like stort ansvar for å faglig vurdere og fange opp endringer i tilstanden til brukerne de besøker, og om det oppstår nye behov. Denne arbeidsoppgaven er nå tydelig plassert i omsorgsteamene. Tidligere hadde brukere som ikke trenger strengt definert sykepleiefaglig tilsyn noen ganger besøk av sykepleiere som utførte oppgaver som nå er lagt til OT. Mange av disse brukere er nå utelukkende i kontakt med OT-ansatte. Ansatte i OT skal nå gjennomføre nødvendige målinger og kunne presentere disse i tilfeller der de anser det som nødvendig å kontakte annet helsepersonell for videre vurdering av brukerens tilstand. De skal ha utstyr til dette med i akuttsekk i bilene, og være i stand til å bruke dette utstyret.

I tillegg til endringer i arbeidsoppgaver og faglig ansvar ute hos brukerne, har de ansatte i omsorgsteamene fått et mer selvstendig administrativt arbeid. Dette innebærer at de skal logge seg inn i ulike digitale systemer for å hente ut og rapportere inn informasjon. Disse oppgavene har tidligere i stor grad vært fordelt til sykepleierne. Samtidig er det nå ansatte i OT som dekker vaktkoordinatortrollen i sitt team, en rolle som tidligere kun tilhørte sykepleierne. Denne rollen innebærer arbeidsoppgaver og ansvar som i oppstartsfasen til dels var noe udefinerte, og nye for helsefagarbeiderne. Sykepleierne har imidlertid ansvarsvakt i helsetjenestetteamet, og kan ved behov kontaktes av vaktordinator i OT. Fagkoordinator har ansvaret for å følge med på et overordnet nivå gjennom daglig å være oppdatert på alle rapporter, men er avhengige av at medarbeiderne som går til brukerne både observerer og rapporterer eventuelle endringer.

Pilotprosjektet har altså i ganske stor grad påvirket de ansatte i OT sin profesjonsutøvelse. Informantene i OT er delte i svar på spørsmålene om hvordan dette oppleves. Oppfattelsene varierer både med den enkeltes interesse for og tidligere erfaring med et selvstendig faglig fokus

og administrativt arbeid, og med den graden av faglig støtte de opplever å få og opplæring de har fått. For noen er de nye oppgavene og mer tydelig, selvstendig ansvar en velkommen og motiverende utfordring, og en faglig tillitserklæring de setter pris på. De forteller at de opplever å få ta større del i faglige diskusjoner og avgjørelser om brukerne som det tidligere ofte bare var sykepleierne som deltok i. Andre opplever usikkerhet, manglende mestring av den nye arbeidshverdagen, og de demotiveres av en ny og mindre oversiktlig situasjon. Både informanter i OT og i andre deler av pilotprosjektet trekker den oppgaveoverføringen som pilotprosjektet medfører frem som en potensiell faglig og kvalitetsmessig risiko.

4.1.2. Helsetjenesteteamene (HT)

For sykepleierne er det faglige handlingsrommet i møte med brukerne i stor grad som før, og en arbeider ut fra etaten sine rutiner for kvalitetsarbeid. Det faglige arbeidet ute hos brukerne er imidlertid blitt mer rendyrket sykepleiefaglig, og sykepleierne opplever også å ha bedre tid til å gjøre faglig-administrativt arbeid inne på basene. Tidligere var det svært begrenset tid til å gjøre det som kreves av dokumentasjon, primærkontaktarbeid og andre spesialiserte oppgaver som for eksempel å utarbeide og følge opp ernæringsplaner og lignende. Sykepleierne opplever at de nå får brukt kompetansen sin bedre, og er fornøyde med dette. Ansvaret en opplever å ha for eget brukerrettet arbeid er stort sett uendret, men det oppleves som positivt å ha bedre tid til å gjennomføre alle de oppgavene en har ansvar for, utover selve brukerkontakten. De opplever altså å mestre helheten i sine egne arbeidsoppgaver på en bedre måte i den nye modellen, og motiveres av dette. De opplever å få tillit fra nærmeste leder til å gjøre faglige vurderinger, og til å bruke tilgjengelig tid inne på basen til å få gjort administrative oppgaver.

Samtidig forteller flere at de kjenner på et ansvar, og til dels en bekymring, for den faglige kvaliteten og arbeidssituasjonen i OT. Der sykepleierne tidligere hadde et mer tydelig definert, formelt faglig ansvar for hele driften, skal nå medarbeiderne i OT ta en større del av ansvaret både for å observere og fange opp endringer i brukernes tilstand og behov, og for å arbeide mer selvstendig med journalføring og annet faglig-administrativt arbeid. Sykepleierne oppfatter dette som en endring i helsefagarbeideres og assistenters rolle som faggruppe som ikke bare angår eventuelle behov for kursing og ny, konkret kompetanse, men også mer grunnleggende trekk ved den faglige gruppeidentiteten. De er opptatt av hvorvidt disse gruppene mestrer det nye ansvaret. Sykepleierne blir benyttet inn i den faglige utviklingen i OT ved at de har ansvar for kursing. Dette er noe flere informanter ser for seg at en kan utnytte sykepleiernes kompetanse til i enda større grad i det videre arbeidet. Samtidig tar de fortsatt mer uformelt på seg et ansvar for å hjelpe helsefagarbeidere og assistenter med å ivareta fag og kvalitet i det daglige gjennom å svare på spørsmål og hjelpe til med oppgaver medarbeiderne i OT ikke har kompetanse til eller føler seg trygge på. Dette kan gjelde alt fra å bistå dem i å logge seg inn på PC og i digitale systemer, til å støtte dem i vurderinger av endring i brukernes tilstand. Sykepleierne kjenner på at den nye oppgave- og ansvarsfordeling er noe uklar. De opplever at forventningene til hva de skal bidra med overfor OT er udefinerte, og synes det kan være utfordrende å mestre den nye samarbeidsformen på en god måte.

4.1.3. Fysio- og ergoterapeuter

I Fana er fysio- og ergoterapeuter nå ansatt som en del av helsetjenesteteamet, mens de i Ytrebygda fortsatt samarbeider med hjemmetjenestene ut fra sin egen base og organisatoriske

tilhørighet i en annen etat. Terapeutene begge steder understreket i intervjuene at de både tidligere og nå opplever høy faglighet, tillit og autonomi i arbeidet sitt. De fremhever at dette er en del av den tradisjonelle arbeidsmåten i sine yrker. Utgangspunktet er dermed noe annerledes for denne gruppen enn for sykepleiere og særlig helsefagarbeidere, som tradisjonelt arbeider noe mindre selvstendig enn terapeutene. De er allerede vant med å jobbe faglig selvstendig med det ansvaret dette innebærer. Utviklingen for dem på disse punktene er derfor ikke så tydelig, og de særfglige arbeidsoppgavene og ansvarsområdene er så tydelig adskilte fra de andre gruppernes at de i stor grad utøves på samme måte som før. De opplever også å mestre arbeidet sitt like godt som før. Samarbeidet mellom fysio- og ergoterapeutene og de andre faggruppene er blitt tettere på begge steder, noe vi kommer tilbake til i avsnitt 4.2. Det er imidlertid relevant å løfte frem her at terapeutene opplever det styrkede samarbeidet i profesjonsutøvelsen som motiverende.

4.1.4. Ledere

Lederne har stått i et stort arbeidspress i forbindelse med implementeringen av piloten, med arbeidsoppgaver knyttet både til ordinær faglig og administrativ drift, og oppgaver knyttet til utviklings- og implementeringsprosessen. I dette avsnittet tar vi hovedsakelig for oss det informantene har fortalt om hvordan lederrollen og utøvelsen av denne er endret innenfor rammen av organiseringsmodellen for drift i pilotprosjektet, mens vi går mer grundig inn i erfaringene med implementeringsprosessen under avsnitt 4.3. og 4.4.

Avdelingslederne som hadde lederansvar for både sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter før piloten ble iverksatt, opplever det som enklere å ha ansvar for færre faggrupper. De kan konsentrere seg om den enkelte gruppens faglige behov, og unngå det de tidligere har erfart som en situasjon hvor ledelsen av en faggruppe kan bli dominerende på bekostning av de andre gruppene. Samtidig er det viktig å ikke undervurdere omstillingen som kreves for ledere som for første gang får lederansvar for fysio- og ergoterapeuter, en gruppe de ikke tidligere har arbeidet så tett på. Lederne som selv er sykepleiere kjenner også på et ansvar for de nyansatte lederne for OT, og deres avdelinger og ansatte. Dette er til dels formalisert ved at en har blitt bedt om å ta på seg et opplæringsansvar for de nye lederne, men det er uavklart hvor langt dette ansvaret strekker seg, og om det for eksempel dekker å skulle stå formelt til ansvar for eventuelle avvik som kan oppstå i de nye ledernes avdelinger. Lederne som er sykepleiere, kjenner også på et uformelt faglig ansvar for arbeidet som utføres av de ansatte i OT-ene som er uten sykepleierfaglig kompetanse.

Lederne opplever også noe usikkerhet i rollen fordi det har tatt tid å få klarhet i en del av de strukturelle forholdene rundt lederarbeidet. Dette dreier seg blant annet om grenseoppganger mellom teamene. De synes det er utfordrende å håndtere de ansattes informasjonsbehov knyttet til detaljer i den nye organiseringsmodellen, når de selv ikke har all informasjon tilgjengelig og avklart. Samtidig motiveres noen av lederne av å jobbe i det de oppfatter som et spennende omstillingsprosjekt, og setter pris på å få delta i omstillingen til tross for høyt arbeidspress og utfordringer i arbeidet. De oppfatter bedre utnyttelse av sykepleierkompetansen som et hovedmål for pilotprosjektet, og ser at den nye organiseringsmodellen kan bidra til at en når dette målet. Samtidig forteller de at en så langt ikke er i en situasjon hvor bruken av bemanningsressurser er blitt redusert, og at de reelle behovene for å dekke opp alle turnuser i hverdag, helg og ferier begrenser hvor langt en kan gå i å gjøre dette.

For de nyansatte OT-lederne har det vært krevende å sette seg inn i alle sine nye oppgaver. Dette henger delvis sammen med manglende erfaring og formell lederkompetanse, men også med at de ble ansatt og tiltrådte i stillingene i det piloten allerede var i gang. De fikk lite tid til å forberede arbeidet sitt, og er satt til å lede ansatte som står midt i en stor omveltning av sin arbeidshverdag. I tråd med den variasjonen i oppfatninger som er beskrevet under avsnitt 4.1.1, er det også ledernes erfaring at det er stor variasjon i hvordan de ansatte opplever denne endringen. Likevel sier flere av OT-lederne at de synes det er et spennende arbeid, og de er positive til at fagarbeidernes særskilte kompetanse kan komme tydeligere frem og bli høyere verdsatt.

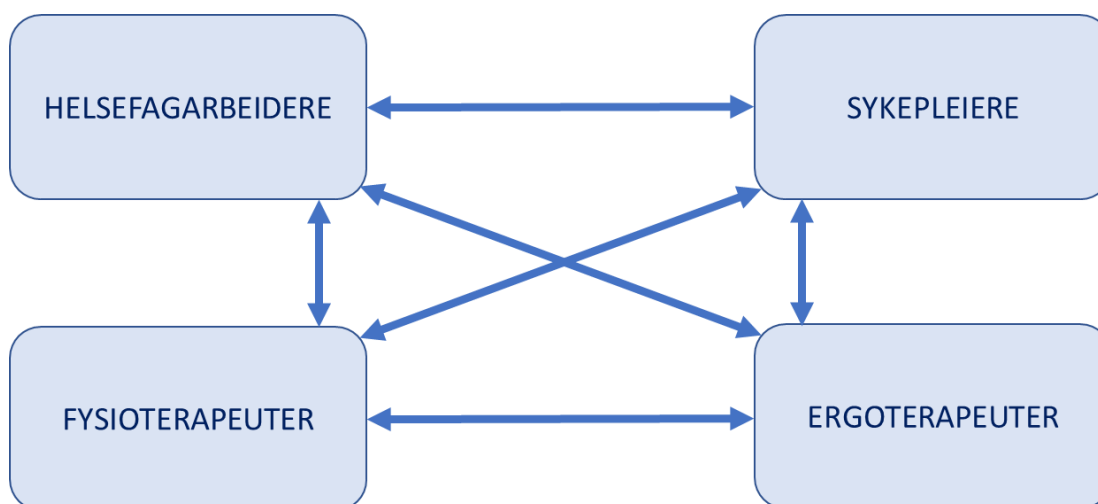
Lederne forteller selv at de er opptatt av å gi sine ansatt stor grad av tillit i utførelsen av det faglige arbeidet, og særlig lederne for HT er klare på at de mener dette er den mest hensiktsmessige måten å lede på. Samtidig uttrykker de usikkerhet knyttet til hvor langt tilliten skal strekke seg i forhold til for eksempel planlegging av og fordeling av arbeid internt. I OT er det noe usikkerhet knyttet til hvor mye tillit en bør ha til at fagarbeidere og assistenter skal utføre faglig arbeid med stor selvstendighet i denne fasen av prosjektet hvor de ansatte har mange nye arbeidsoppgaver. Lederne er i hovedsak godt kjente med det syv prinsippene for tillitsreformen, men synes det kan være krevende å få tak på hvordan prinsippene skal oversettes til konkret arbeid i det daglige. De vet at pilotprosjektet er tilknyttet tillitsreformen, men er usikre på hvordan det konkret bidrar til mer tillit. De opplever også at det kan være motsetninger mellom prinsipper om tillit, og et overordnet system som de opplever at pålegger dem å rapportere teamenes arbeid og resultater i stor detalj til høyere ledelsesnivåer.

4.2. Endringer i samhandling og koordinering

Pilotprosjektet skal ikke bare bidra til bedre utnyttelse av kompetansen til ansatte med høyskolekompetanse, men også til et mer hensiktsmessig tverrfaglig arbeid i hjemmetjenesten. I de følgende avsnittene presenterer vi funn knyttet til endringer i samhandling og koordinering, så vel som i det særfaglige arbeidet.

4.2.1. Tverrfaglig samhandling

Det tverrfaglige samarbeidet som omfattes av pilotprosjektet kan illustreres i følgende figur. Samhandlingen mellom alle disse gruppene må fungere for at brukerne skal sikres en helhetlig oppfølging.



En sentral innovasjon i pilotprosjektet er at sykepleiere og fysio- og ergoterapeuter samles i samme helsetjenesteteteam under en leder. I det helsetjenesteteteamet som har implementert denne modellen forteller informantene at det har ført til bedre koordinering av arbeidet rundt den enkelte brukeren. De opplever å ha større fleksibilitet i samarbeidet mellom yrkesgruppene, og mener det skyldes at de nå er samlokaliserte og tilhører samme teamstruktur. På intervjudtidspunktet forteller flere informanter at de allerede er kommet forbi en del problemstillinger i samarbeidet som det var knyttet usikkerhet til i starten, og at modellen etter hvert fungerer godt. De har fått på plass rutiner for hvordan sykepleierne kan henvise brukerne til fysio- eller ergoterapi internt i teamet, og disse rutinene sørger for at informasjonen mellom faggruppene flyter systematisk og på en strukturert måte. Samtidig bidrar modellen med samlokalisering til at kommunikasjon og avklaringer går raskere enn i den tradisjonelle modellen hvor henvisninger går til en annen enhet i kommunen. De opplever å være i gang med å få til et nært faglig samarbeid på tvers av fagområdene, at det er god utveksling av kunnskap om de ulike gruppernes særfaglige arbeidsmetoder, og at hjelpen til brukerne kommer raskere i gang. De forteller også at sykepleierne har fått bedre forutsetninger for å vurdere hvorvidt brukere faktisk trenger hjelp av fysio- eller ergoterapeut, og at teamet på denne måten etter hvert blir flinkere til å sette inn ressursene der de trengs mest.

Også i det andre helsetjenesteteteamet, hvor sykepleierne fortsatt samarbeider med fysio- og ergoterapeuter som er organisert i en annen etat, opplever informantene at samhandlingen er styrket som følge av et nærere samarbeid med faste terapeuter. I dette teamet fremheves særlig de tverrfaglige tavlemøtene som nyttige, og som en arena som legger til rette for at en raskere kan komme frem til felles beslutninger. Informanter fra OT forteller også at det er verdifullt for dem å delta i disse møtene.

Samtidig har det tidligere svært tette tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleiere og helsefagarbeidere endret seg som en følge av at disse gruppene nå er delt opp i ulike team. Strukturelt er teamene nå helt adskilte, med egne brukergrupper, separate møter og rutiner, og ved at ansatte rapporterer til ulike ledere. Informanter i både HT og OT opplever at det er utfordrende å opprettholde nødvendig samarbeid og å definere funksjonelle grenseoppganger mellom teamene i møte med denne nye strukturen. I den første oppstartsfasen var det noe

usikkert hvordan brukerne skulle fordeles mellom teamene. Dette har en etter hvert blitt enige om rutiner for. Det er likevel uvant for de ansatte som har jobbet lenge innenfor den tidligere organiseringsmodellen at en ikke lenger har samme forutsigbarhet i forhold til hvilke brukere en har på teamets lister, og at disse relativt brått kan være borte fra listen fordi de er overført til det andre teamet. Flere informanter forteller at de savner et system hvor en får mer informasjon i forkant av at brukerne overføres, slik at en unngår usikkerhet knyttet til hvorvidt brukeren fortsatt ivaretas av hjemmetjenesten som helhet. Helt tidlig i pilotprosjektet var det også usikkerhet knyttet til hvordan ledige personalressurser fra ett team kunne benyttes inn i andre team, men også dette forteller informantene at en etter hvert har funnet rutiner for.

I begge typene team er imidlertid flere fremdeles usikre på hvilke forpliktelser en har overfor det andre teamet, hvordan og til hvem en skal henvende seg med forespørsler om faglig diskusjon eller praktiske avklaringer, og hva det forventes at OT nå selvstendig skal ta seg av. Særlig i OT som er helt uten sykepleierkompetanse er det behov for solide, faglige samarbeidsstrukturer med HT, og sen rekruttering av nye ledere til OT har gjort dette ekstra utfordrende. Flere i OT har i oppstartsfasen opplevd å bli avvist av ansatte i HT når de har kommet med spørsmål som det tidligere var vanlig å diskutere med eller få hjelp til av sykepleiere. Ansatte i OT som har gode relasjoner til enkelte ansatte i HT opplever at de har frihet til å uformelt be om støtte dersom de trenger det, mens andre oppfatter at en ikke bør ta kontakt på denne måten. Ansatte i HT benyttes inn i kursing av OT, og forventer at ansatte i OT etter hvert selv skal kunne håndtere digitale systemer og faglig vurdere brukernes tilstand, ha akuttsekk med i bilen, og ta nødvendige målinger når en oppfatter at brukerens tilstand er forverret. Blant de ansatte i OT er det likevel fortsatt stor variasjon i hvorvidt en er, og føler seg, kompetent til og komfortabel med disse oppgavene. Slike ulike forventninger til oppgave- og ansvarsfordelingen gjør at det kan være krevende å etablere gode, tverrfaglige samarbeidsrelasjoner.

4.2.2. Særfaglighet

Det er selvsagt også sentralt å opprettholde den enkelte gruppens særfaglige kompetanse, og kvaliteten på det særfaglige arbeidet i en organiseringsmodell som bringer nye faggrupper sammen. Denne problemstillingen er kanskje mest relevant når det gjelder inkluderingen av fysio- og ergoterapeuter i HT, da deres spesialiserte arbeidsoppgaver, arbeidsmåter og kompetanse er ulike i forhold til sykepleierens ansvarsområder og rutiner. Informantene ser flere fordeler med at disse gruppene nå jobber tettere sammen, og at dette ikke bare styrker samhandlingen rundt brukerne men at det også kan bidra til faglig utvikling. De opplever også at en etter hvert har fått på plass gode praktiske rammer rundt arbeidet, med arbeidsplasser og utstyr som møter de spesifikke behovene denne gruppen har.

Samtidig kan det være en utfordring at det faglige miljøet for fysio- og ergoterapeuter brytes ned i små enheter og dermed blir mer fragmentert. Noen informanter deler en bekymring for at terapeutene kan bli satt til å gjøre oppgaver som faller utenfor deres fagområder, at de forventes å delta i kurs og kompetanseutvikling innenfor temaer som ligger langt fra gruppens kjerneoppgaver, og at de får et lite miljø for faglige diskusjoner. Dette kan flytte fokus bort fra særfaglig kompetanseutvikling.

Utover de faglige utfordringene ved den tverrfaglige organiseringsmodellen, reflekterer noen av informantene over at en kan få mindre fleksibilitet i forhold til personalressurser for tjenestene

som fysio- og ergoterapeutene helhetlig leverer i kommunen dersom gruppen splittes opp i mange mindre enheter. De forteller også om en bekymring for at en kan få ulik praksis på ulike steder når det gjelder å prioritere oppgaver og gi ulike tilbud til brukerne når innsatsen ikke lengre koordineres fra en samlet enhet.

Også sykepleierne har møtt på særfaglige utfordringer i oppstarten av pilotprosjektet. Etter sammenslåingen av sykepleiere fra det som tidligere var to team på hver lokasjon til ett HT, har en erfart at noen innarbeidede rutiner var mer ulike enn en var klar over. Dette gjaldt blant annet tidspunkt for og gjennomføring av medisinhåndtering. Det var arbeids- og tidskrevende å løse utfordringene med dette og å etablere nye, felles rutiner, men informantene forteller at dette nå i stor grad er på plass.

4.2.3. Endringer i arbeidsutførelse

I all hovedsak forteller informantene at arbeidsoppgavene i møte med brukerne utføres på samme måte som før. De oppfatter altså foreløpig ikke at det er merkbare endringer i forhold til om arbeidet utføres mer eller mindre metodisk og målrettet, eller i kvaliteten på tjenestene. Det er viktig å se dette i lys av at intervjuene ble gjennomført relativt kort tid etter omorganiseringen, og mens deler av den nye organiseringsmodellen enten svært nylig var kommet på plass, eller enda ikke hadde funnet sin form.

Det var imidlertid noen unntak fra hovedbildet om uendrede arbeidsformer. Den største endringen i arbeidets innhold finner vi hos de ansatte i OT. I disse teamene kan opplæringen i metodikken ProAct, som var pågående men ikke fullført, være en pådriver for å gjøre de spesifikke arbeidsoppgavene som inngår i dette kurset mer metodiske. Samtidig er det en risiko for at de nye oppgavene som ansatte i OT skal håndtere og som tidligere ble utført eller veiledet av sykepleiere, nå blir utført med lavere kvalitet. Dette er en viktig problemstilling i overgangsfasen til ny organiseringsmodell, men også en potensielt varig risiko ved å overføre oppgaver til nye ansattgrupper med mindre formell kompetanse.

Et annet unntak fra hovedinntrykket om liten endring i arbeidsoppgavene er det tverrfaglige samarbeidet med fysio- og ergoterapeuter. Her er det innført tverrfaglige tavlemøter, noe som bidrar til at denne samhandlingen rundt den enkelte brukeren er blitt mer metodisk og målrettet enn før. Disse møtene kan også gjøre den særfaglige samhandlingen mer metodisk og målrettet, og slik heve kvaliteten ved at en får bedre oversikt over det helhetlige arbeidet og får satt felles mål for den enkelte brukeren. Det vil være en styrke om også OT involveres sterkere i disse eller lignende møter. I HT i Fana ser vi også tegn til at fysio- og ergoterapeutene har fått et større handlingsrom til å komme tidligere i gang med hjelp til brukerne, og derfor kan drive mer metodisk og målrettet forebyggende arbeid.

4.3. Behov for endringer i eller tilpasning av pilot

Basert på funnene knyttet til hvordan informantene opplever endringer i profesjonsutøvelsen, samhandling og koordinering, og måte arbeidet utføres på, finner vi at noen områder peker seg ut som temaer det bør rettes oppmerksomhet mot i det videre arbeidet med pilotprosjektet. Det jobbes kontinuerlig med justeringer, og de temaene som prosjektledelsen og andre ledere allerede er oppmerksomme på i tiltaksarbeidet samsvarer i stor grad med våre funn. En del av

usikkerheten de ansatte opplevde i den tidligste oppstartsfasen er allerede tilbakelagt, og flere forteller om at rutiner og praktiske løsninger enten allerede er kommet på plass eller er i ferd med å gjøre det. Vår vurdering er at det er viktig å jobbe videre med de følgende punktene for å sikre at pilotprosjektet lykkes.

4.3.1. Tverrfaglig samarbeid mellom team og fortsatt særfaglig styrke

Den nye organiseringsmodellen krever at det skapes gode prosesser og strukturer for å få til en god kompetansefordeling, oppgavefordeling og ansvarsfordeling. Det bør jobbes kontinuerlig med samkjøring av oppgaver og rutiner på tvers av HT og OT slik at det tverrfaglige arbeidet som fungerte med roller som utfylte hverandre i den tidligere modellen opprettholdes og ikke svekkes. En må være oppmerksomme på samarbeidsrelasjonen mellom disse teamene slik at informasjonsutvekslingen fungerer og at de faglige ressursene som finnes i hjemmetjenesten som helhet utnyttes godt ikke bare ut mot brukerne, men også som støtte for den enkelte ansattes faglige utvikling. Dette kan kreve at det gjøres noen strukturelle grep, som for eksempel å opprette felles, faste arenaer hvor ansatte kan møtes. De tverrfaglige tavlemøtene er en slik arena som allerede finnes, og det vil være verdifullt å prioritere at flere fra OT involveres aktivt i disse møtene for å ta del i det konkrete arbeidet som skjer i disse møtene, for å ha et sted å stille faglige spørsmål knyttet til konkrete brukere, og for å utvikle en forståelse for og få være med på å utvikle hvordan det tverrfaglige arbeidet i piloten kan og bør foregå.

Videre bør ledere være oppmerksomme på at det også er behov for å bygge en kultur for det mer uformelle samarbeidet på tvers av teamene, og for å utarbeide noen retningslinjer for hvordan denne relasjonen skal være. Funnene fra intervjustudien viser at dette i dag i noen grad er avhengig av de enkelte ansattes relasjon til hverandre, og at flere er usikre på hvilke spørsmål en kan henvende seg til det andre teamet med, og hvilken støtte en er forventet å bidra med til andre. Dette gjelder både ansatte og ledere. Det jobbes nå med teamene i prosesser som skal klarlegge kjøreregler og styrke tilliten og tryggheten internt i team. Dette kan være et positivt bidrag, men vår vurdering er at det ikke bør fortrenge arbeidet med å få på plass gode strukturer både i og mellom team. Mangel på slike strukturer skaper støy i organisasjonen som kan gjøre det utfordrende å skape trygghet. Å arbeide videre med å definere innholdet i de ulike rollene, grensesnittene mellom dem og samarbeidsformer på tvers av grensene kan på sikt bidra til at samarbeidsrelasjonene finner nye former som kan begrense den usikkerheten en del nå opplever.

Samtidig som en bør være oppmerksomme på en risiko for at tidligere tverrfaglige relasjoner kan svekkes i den nye organiseringsmodellen, må ikke kvaliteten på det særfaglige arbeidet ofres. Pilotprosjektet involverer grupper med faglige profiler og ansvarsområder som bør fortsette å få beholde sine særfaglige trekk, og arbeidet må tilrettelegges slik at det kan ivaretas. Fagområdene har ulike behov som må dekkes for at arbeidet skal kunne utføres på best mulig måte overfor brukerne, og økt samhandling må balanseres mot å ivareta disse. Dette kan være en krevende balansegang, men den tilretteleggingen som så langt er gjort rundt fysio- og ergoterapeutene som er ansatt i HT tyder på at dette er en utfordring det er mulig å løse.

4.3.2. Kompetanseutvikling

De nye rollene som ansatte har fått i pilotprosjektet krever også at det kontinuerlig jobbes med kompetanseutvikling. I første rekke ser vi et behov for å skape trygghet for de ansatte i OT i de nye

og mer krevende faglige oppgavene som en skal være i stand til å selvstendig utføre. Mens vi tidligere har beskrevet at det er viktig at ikke det særfaglige arbeidet til fysio- og ergoterapeuter og sykepleiere svekkes, er det for helsefagarbeidere og assistenter viktig at det særfaglige får et grunnleggende sterkere fokus enn før slik at gruppen bygges opp som selvstendige fagutøvere. Dette gjøres i dag blant annet gjennom at de kurses i ProAct, men våre funn tyder på at slike kurs må gjentas og følges opp av praktisk øvelse for at de som skal utføre oppgavene føler seg trygge på hva de skal gjøre og ikke kjenner på en usikkerhet rundt sin egen evne til å mestre oppgavene. For mange er dette ansvaret helt nytt, og flere informanter forteller om utrygghet rundt det å skulle strekke til i akutte situasjoner. Informanter fra HT forteller også at de opplever at de ansatte i OT ikke nødvendigvis ønsker å ta ansvar for disse oppgavene til tross for at de har deltatt på kurs. Vi vurderer det derfor slik at det er nyttig og viktig å fortsette med den kompetanseoverføringen som skjer mellom teamene i form av ProAct-kurs, men at kurset i seg selv ikke er tilstrekkelig for å utvikle den faglige tryggheten som trengs. Vellykket utvikling av en slik trygghet vil være til nytte både for ansatte i OT, for brukerne, og for å avlaste sykepleierne i HT i tråd med intensjonen i pilotprosjektet.

Videre er det behov for å fortsette arbeidet som allerede er i gang med å definere rollene til vaktkoordinatorene i OT, og å bygge opp rollekompetansen hos de ansatte som får denne rollen. En har allerede utviklet egne sjekklister for disse vaktene som er tilpasset den nye rollen, men det er uklart om disse i tilstrekkelig grad er kommunisert ut, og noen er derfor fortsatt usikre på hvilket overordnet ansvar de har som vaktkoordinator sett i forhold til den ansvarsvaken sykepleierne tidligere hadde, hvilke konkrete oppgaver vaktkoordinatoren forventes å utføre, og om de er kompetente til å ha dette ansvaret. Ansatte i OT opplever også at det er tidkrevende å inneha denne rollen, og at de må møte opp på jobb tidligere enn oppsatt. Dette er tid de ikke lønnes for. En videre konkretisering av rollen, opplæring i hvordan oppgavene kan løses og reell vurdering av hvor arbeidskrevende den er, er derfor viktig.

Også nye ledere har behov for kompetanseutvikling i sine nye roller. Dette kan delvis være fordi en del mangler tidligere ledererfaring fra tilsvarende roller, men også at innholdet i rollene er nytt, og grenseoppgangen opp mot andre leder- og ansvarsroller er ny. Lederne formidler ikke like stor usikkerhet knyttet til sine nye roller som de ansatte i OT gjør, men de står like fullt overfor oppgaver som de trenger støtte til. For ledere uten sykepleiefaglig bakgrunn er det også viktig at det faglige sikres på andre måter.

Løsningen med å gi ansvar for opplæring og støtte til erfarne ledere kan være fornuftig og fungere siden samarbeidet mellom lederne er tett, men det er viktig at dette ansvaret defineres og formaliseres på en måte som skaper trygghet for alle parter. Slik situasjonen er nå, er de erfarne lederne usikre på hvor langt ansvaret strekker seg, og de har fått oppgaver knyttet til kompetanseutvikling for andre ledere som kommer i tillegg til en allerede krevende arbeidshverdag. En tydeligere forventningsavklaring vil kunne trygge også disse lederne i arbeidet, og sette tydeligere grenser for hvilke oppgaver de skal prioritere.

4.3.3. Tydelige mål

Informantene er ikke kjent med at det er etablert klare og konkrete felles mål for den nye organiseringsmodellen eller for arbeidet innenfor modellen. Dette kan bidra til at det er vanskelig

å bygge gode grensesnitt og finne nye samarbeidsformer. En mangler et felles, tydelig bilde av hva dette skal være eller bli. Med en slik felles forståelse kunne ansatte i større grad blitt involvert i arbeidet med å utvikle tiltak for å nå disse målene. Dette kunne igjen bidratt både til å utnytte organiseringsmodellen bedre, heve kvaliteten på arbeidet ved at samhandlingen styrkes, og å bygge engasjement for pilotprosjektet og styrke tilliten i organisasjonen.

4.3.4. Informasjonsbehov

Det er også et stort informasjonsbehov både blant ledere og ansatte knyttet til pilotprosjektet. Usikkerheten rundt målsetninger kan henge sammen med dette, men også informasjon av mer praktisk art er det utfordrende å spre godt nok. Dette jobbes det nå kontinuerlig med av prosjektledelsen, og tiltak som blant annet jevnlig nyhetsbrev er positivt. Det kan imidlertid være utfordrende å nå ut til alle med den informasjonen de trenger. Dette problemet henger blant annet sammen med hjemmetjenestenes natur – det er mange ansatte, de arbeider til ulike tider, ofte på andre tider enn lederne, og de bruker store deler av arbeidstiden utenfor arbeidsplassen. Vi ser utfordringen blant annet når nye sjekklister utarbeides, men ikke nødvendigvis når ut til alle som trenger dem. Behovet for informasjon handler derfor ikke bare om mengde, men også om hvordan den formidles, og det bør arbeides med å finne enda bedre metoder for å sikre at viktig informasjon når ut i alle ledd.

I en omfattende endringsprosess rundt en innovativ og tidligere uprøvd organiseringsmodell vil mye være uklart i de tidlige fasene, fordi ulike løsninger må prøves ut før en med sikkerhet vet om de vil fungere, og uforutsette utfordringer vil dukke opp. Dette er ikke uventet, men krever like fullt åpenhet og fokus på å trygge de ansatte i prosessen. Det vil være en fordel om alle ledere deltar aktivt i informasjonsarbeidet slik at beslutninger, nye rutiner og rolleavklaringer kan kanaliseres gjennom dem som står nærmest de ansatte i det daglige arbeidet. Det er også viktig at denne informasjonen går samstemt og entydig ut i ulike kanaler, slik at en unngår usikkerhet. Intensjonen videre bør være at all viktig informasjon er avklart før den går ut, og at en sikrer at den når alle som trenger den.

4.3.5. Organisatoriske rammer

Pilotprosjektet foregår innenfor relativt komplekse organisatoriske og ledelsesmessige rammer. Pilotprosjektet involverer ledere på operativt nivå, enhetsnivå, etatsnivå, samt prosjektledelsesnivå. Det kan finnes ulike behov og prioriteringer på ulike organisatoriske nivå, og dette er en krevende kontekst for et pilotprosjekt som medfører store og grunnleggende endringer både strukturelt og innholdsmessig for arbeidet.

Det vil i det videre være en fordel å fortsette det arbeidet som allerede gjøres med å avklare roller, ansvarsområder og myndighet også på de ulike ledernivåene. Dette vil være viktig både for å få en fullverdig utprøving av den nye modellen, der kompromissene mellom ulike prioriteringer i minst mulig grad går ut over å få testet ny organisering og nye arbeidsmåter, og som grunnlag for et enda bedre informasjonsarbeid ut mot det operative nivået.

Det er nærmest uunngåelig å støte på motstridende prioriteringer og signaler i en stor og kompleks organisasjon. Et eksempel på dette kan være at et stort pilotprosjekt er ressurskrevende både i planleggingsfasen og under implementeringen og har behov for en finansiering som legger

til rette for at en faktisk får testet ut den en ønsker på en god måte, samtidig som andre nivåer i organisasjonen har behov for at kostnadene begrenses. Et annet eksempel kan være at en i en pilotfase kan trenge forståelse for at innrapporterte aktiviteter og økonomi i en overgangsfase vil vise andre resultater enn i en ordinær drift, mens en på høyere organisasjonsnivåer har behov for at rapporteringen gjøres likt i alle enheter. Det vil likevel styrke utprøvingen i piloten om en kan tilby noe fleksibilitet både økonomisk og ledelsesmessig slik at ledere og ansatte i pilotavdelingene får rom til å fokusere på utforming av nye prosesser og rutiner.

Hjemmetjenestene i Fana og Ytrebygda står i en omfattende omstilling. Arbeidsoppgaver omfordes, teamene settes sammen på nye måter, ledere og ansatte har nye roller, og nye samarbeid skal finne sin form. Det er derfor i det videre behov for skarpt fokus på ledelsesnivå. Med dette mener vi at fokus bør være på å kontinuerlig rydde opp i uavstemte rutiner, bygge gode strukturer for samarbeid, avklare roller, og tilby tilstrekkelig kompetanseutvikling. Dette vil bidra til å trygge de ansatte innenfor de nye rammene. Parallelt med dette må en sørge for god, entydig informasjon som når ut i alle ledd. På denne måten kan et bygge en ny struktur som legger til rette for samhandling og tillit.

4.3.6. Usikkerhet: behov for endringer av piloten eller naturlig del av prosessen?

Det er viktig å påpeke at mange av de nevnte behovene ikke handler om valg av organiseringsmodell, men om utfordringer som ofte vil oppstå i en omfattende endringsprosess, uavhengig av hvilken modell en forsøker å implementere. Motstridende prioriteringer på ulike organisasjonsnivåer og behovet for entydig informasjon vil en kunne møte på også i andre endringsprosesser. Flere informanter forteller at mange uklarheter allerede er ryddet bort, og at en nå er på riktig vei mot en fungerende modell.

Våre funn tyder ikke på at organiseringsmodellen i seg selv er problematisk. Det er mange positive sider ved denne og mange av utfordringene en møter har ikke først og fremst med selve modellen å gjøre. Modellen har gode muligheter for å gi gevinster i form av bedre utnytting av kompetanse, faglig utvikling for ansatte uten høyskolekompetanse, og ny samhandling rundt brukerne som kan gi økt fleksibilitet i tjenestene og potensielt raskere hjelp.

Dette krever imidlertid at en ikke overser risikoen for at det tverrfaglige arbeidet som lå implisitt i den tidligere modellen, hvor sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter var organisert sammen, kan svekkes av at de nå er delt. En bør fortsette med å videreutvikle nye samarbeidsstrukturer og -relasjoner mellom HT og OT, og gi ansatte i OT den kompetansen og tryggheten de trenger for å stå i sine nye roller.

4.4. Videre implementering av tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune

Funnene som er presentert i kapittel 4.3. vil med stor sannsynlighet også være relevante for en videre utrulling av den nye organiseringsmodellen for hjemmetjenestene, da de samme problemstillingene i det operative arbeidet etter oppstart også vil kunne gjelde ved nye oppstarter i andre bydeler. Videre kan en også dra lærdom av selve implementeringsprosessen, særlig det å ikke undervurdere omfanget av omstillingen, og å sette av nok tid og ressurser til å gjøre et grundig forarbeid. Vi mener at dette er viktige temaer for en videre utrulling, men også for andre,

lignende fremtidige tiltak innenfor tillits- og faglighetsreformen. I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på seks punkter vi mener det er sentralt å være oppmerksomme på i det videre reformarbeidet.

4.4.1. Mål, virkemidler, involvering og informasjon

For det første vil det være sentralt å klargjøre og konkretisere både målene som ligger til grunn for, og virkemidlene som skal bidra til, å realisere målene for nye tiltak. Hva er det som skal endres, hva er mandatet, og hvilken modell eller arbeidsform er det helt konkret en ønsker? I dataene fra pilotprosjektet finner vi en utfordring knyttet til at en del ansatte ikke opplever at de har vært involverte i prosessene som har ledet frem til formuleringen av mål og utformingen av virkemidler. Prosesser med bred og reell medvirkning fra både ledere og ansatte gir større eierskap til målsetninger, tilgang til ansattes ekspertise når det gjelder å finne gode praktiske løsninger, og engasjement for å følge opp og gjennomføre tiltakene. Oppfatningene om mangel på felles prosess og grundig informasjon om prosessen ut til alle i organisasjonen skaper utfordringer i det videre arbeidet. Derfor er det viktig at det arbeides grundig med å klargjøre innholdet i det som skal kommuniseres ut, og på hvilken måte og i hvilke kanaler innholdet skal kommuniseres ut for å sikre at alle får tilstrekkelig og entydig informasjon.

4.4.2. Felles forståelse på ulike ledernivåer

En forutsetning for å lykkes med å kommunisere et entydig budskap ut i organisasjonen, er at budskapet er forankret i en grunnleggende felles forståelse for både målsetninger, tiltak og implementeringsprosess på de ulike ledernivåene som er involverte. Når organiseringsmodeller skal endres eller helt nye arbeidsformer innføres, vil dette også medføre endringer i oppgaver og ansvarsområder for de ulike lederrollene. Det er derfor viktig at en i tidlige faser kartlegger og tydelig fordeler ansvar ved å definere roller og mandater for lederne i slike prosjekter, og går opp grensegangene for hvilke nivåer ulike beslutninger skal tas på. Også denne fordelingen og plasseringen av beslutningsmyndighet og -ansvar må kommuniseres tydelig og entydig ut i organisasjonen.

4.4.3. Praktisk kartlegging

Pilotprosjektet gjennomføres innenfor en kompleks organisatorisk ramme hvor mange ulike aktører skal samordne sin aktivitet, og i en tjeneste hvor også selve arbeidsoppgavene samlet sett utgjør et komplekst system som skal fungere. Dette vil også gjelde for andre, lignende tiltak innenfor reformen og krever at det gjøres omfattende kartlegginger av hvordan arbeidet rent praktisk vil påvirkes av slike tiltak. Det er viktig at dette gis oppmerksomhet og tilstrekkelig tid og ressurser i forkant av oppstart. En fullstendig kartlegging av hvilke digitale systemer som er i bruk, hvordan disse eventuelt må endres for at de skal fungere også innenfor nye organiseringsmodeller og hvem som trenger tilgang til hvilke nivåer av systemene er nødvendig for at viktige arbeidsverktøy skal fungere ved oppstart. Når ansatte fra flere eksisterende enheter, avdelinger eller team skal samles i nye grupperinger, er det viktig at alle relevante arbeidsrutiner er kartlagt, slik at en kan sørge for at alle arbeidsoppgaver ivaretas også i en oppstartsfasen. Erfaringene fra pilotprosjektet viser at omfanget av en slik endring og de kravene den stiller til systemer og organisering rundt arbeidsoppgavene, ikke må undervurderes.

4.4.4. Roller, samarbeidsstrukturer, opplæring og rekruttering

Også temaene roller, samarbeidsstrukturer, opplæring og rekruttering vil kunne være aktuelle problemstillinger i implementeringen av andre tiltak innenfor reformen. Nye arbeidsmåter krever at det defineres nye og tydelige roller for den enkelte, nye og entydige strukturer for samarbeid internt i og på tvers av ulike grupper. Det må også gis tilstrekkelig opplæring i nye oppgaver og ansvarsområder så tidlig som mulig, og en bør rekruttere nødvendig personell tidlig nok. Dette er tiltak som gir de ansatte muligheten til å være godt forberedt og som kan bidra til at en unngår unødvendig støy og utrygghet i oppstartsfasen. Å gå inn i nye roller er krevende. Solide samarbeidsstrukturer kan sikre at en får til nødvendig kompetansedeling og samhandling. Dette kan sikre at arbeidet utføres på en tilstrekkelig god måte og redusere opplevelsen av usikkerhet for den enkelte. Når nødvendig opplæring først kommer i gang etter oppstart, kan dette skape utrygghet. Det er derfor viktig å tilstrebe at ledere og ansatte ikke blir stående i roller de ikke opplever å ha kompetanse til å fylle over tid. Det er også viktig at opplæringen gis i en form og med et innhold som oppleves som nyttig og tilstrekkelig. I tillegg vil både nyansatte ledere og ansatte trenge tid til å sette seg inn i en ny organiseringsmodell og nye arbeidsmåter, og til å bli kjent med innholdet i de nye rollene sine. Det vil derfor være en fordel å gi dem noe tid til dette før omstillingen iverksettes. Ledere som kjenner sin egen rolle og organiseringen av arbeidet godt, kan i større grad bidra til å støtte de ansatte i det nye.

4.4.5. Ressurser

Alle de foregående punktene krever at det settes av ressurser i forkant av at tiltak iverksettes, og i tidlige faser etter iverksettingen. Omstillingsprosesser av dette omfanget er ressurskrevende både i planleggingsfasen og i implementeringsfasen. Det er også krevende for enheter og avdelinger som skal omstille sitt arbeid å samtidig skulle prestere på de samme indikatorene som enheter som er i ordinær drift, både når det gjelder økonomi og andre deler av arbeidet. Det er derfor lite sannsynlig at en vil klare å gjennomføre slike tiltak på en måte som ivaretar de punktene det pekes på i dette kapitlet innenfor normale driftsbudsjetter. Dette stiller store krav til kommunen som helhet, da ressursene er begrensede sett i forhold til de store og komplekse arbeidsoppgavene som skal løses og tjenestene som skal leveres. Mer omfattende analyser av økonomien i slike prosjekter kan synliggjøre både eventuelle langsiktige kostnader ved at disse punktene ikke ivaretas, og de økonomiske konsekvensene kommunen kan forvente dersom omorganiseringstiltak gjennomføres på en grundig og god, men altså ressurskrevende, måte.

4.4.6. Hva skal tillits- og faglighetsreformen være?

I intervjuene kommer det frem at få av de ansatte har en klar formening om hvordan pilotprosjektet er knyttet til tillitsreformen, og det er uklart for dem hvilke tillitsdimensjoner piloten skal styrke: Er det tilliten brukerne har til tjenesten, tilliten ansatte har til organisasjonen, tilliten mellom ulike faggrupper, eller tilliten organisasjonen har til at de ansatte kan utføre arbeidet sitt innenfor et større og noe friere handlingsrom? Også i andre prosjekter under tillits- og faglighetsreformen vil det være nyttig å bruke tid på å klargjøre og kommunisere ut slike forhold. Hvordan henger tiltaket sammen med prinsippene for reformen, i hvilken relasjon er det tilliten skal styrkes, og hva vil dette si for det praktiske arbeidet? Det er videre viktig at de ansatte reelt involveres i omstillingsprosesser innenfor tillits- og faglighetsreformen for at begrepet skal

beholde troverdighet. Dersom det å gi større tillit til de ansatte står sentralt, slik det i pilotprosjektet særlig er aktuelt for ansatte i OT, er det også viktig å være klar over at dette medfører et større ansvar for de ansatte. De må derfor settes i stand til å forvalte dette ansvaret, både med tanke på kvaliteten de kan tilby brukerne, men også med tanke på sin egen trygghet i rollen.

5. Diskusjon

5.1. Nye roller for ansatte og ledere

Omstillingen til ny organiseringsmodell medfører nye roller for ansatte innenfor alle de berørte yrkesgruppene, så vel som for ledere på alle involverte organisatoriske nivåer. Dette funnet samsvarer med funn i studiene av tiltak innenfor tillitsreformene også i København og Oslo kommune. I sin analyse av tillitsreformen i København peker Bentzen (2015) på at reformen berører både organisatoriske strukturer og relasjoner. Når strukturene legger til rette for større handlingsrom for den enkelte, øker fleksibiliteten i arbeidet. Samtidig blir arbeidet mer komplekst, og det krever at flere settes i stand til å ta beslutninger. Dette finner vi kanskje i særlig grad som nytt for de ansatte i OT i pilotprosjektet. Med den nye autonomien og innflytelsen følger det også økt risiko, og for den enkelte kan denne nye arbeidsformen oppleves som utrygg så lenge en ikke samtidig får tilført ny kompetanse. Bentzen peker videre på at det må bygges tillitsfulle relasjoner i organisasjonen for at hver enkelt ansatt skal finne seg til rette i den nye rollen, nettopp gjennom at den enkelte får riktig og nok kompetanse, og at en trygges i at det er tillit mellom ansatte og ledere. Dette behovet for ny kompetanse finner vi også i pilotprosjektet.

Vi finner også at det er behov for fokus på ledernes roller og kompetansebehov. Forskingen på tillitsreformen i hjemmetjenestene i Oslo kommune (Eide et al., 2017; 2018) understreker også tilsvarende behov, både for en avklaring av hva lederrollen skal være innenfor nye organiseringsmodeller, og for skoloring i tillitsledelse på alle ledernivåer. Bentzen (2015) fremhever at tillitsbasert ledelse er en form for distribuert ledelse, hvor flere aktører enn bare den formelle lederen har en rolle, og hvor det er viktig med gode betingelser for selvledelse. Betingelsene går blant annet ut på delegering av beslutningskompetanse til flere enn de formelle lederne, større rom for faglig skjønn i enkeltsituasjoner, og bred deltagelse i beslutningsprosesser. I tillegg til at formelle ledere må få ny kompetanse til å ha det formelle ansvaret for enheter som ledes på denne måten, må også de ansatte gjøres kompetente til å ha dette ansvaret, og gis nødvendige ressurser slik at de med større frihet kan komme opp med og gjennomføre nye løsninger. En slik, ny måte å tenke ledelse på, krever igjen at det er en felles forståelse på alle organisatoriske nivåer for hva de konkrete rammene en har å operere innenfor er, hvilken retning en sammen skal gå i, og hvor grensene for friheten går. For å bygge og bevare tillit mellom aktørene som er involvert, er det viktig å opparbeide nære relasjoner, hvor avklaringer, støtte og hjelp er raskt tilgjengelig, og hvor både uformell dialog og mer systematisk arbeid bidrar til at rammene i blir klarere over tid.

Selv om ledelsesoppgavene distribueres til flere i større grad enn i tradisjonell linjeledelse, har formelle ledere fortsatt en sentral rolle. De må arbeide aktivt for å skape kort avstand og tilgjengelighet for de ansatte, de skal selv kjenne det operative arbeidet godt, og kommunisere felles retning og mål til alle. Dette kan være krevende for den enkelte leder å håndtere samtidig med at en enhet skal driftes etter en ny og ukjent modell. Dette understreker viktigheten av at ledere rekrutteres tidlig nok til stillingene, og at både nye og erfarne ledere på alle organisatoriske nivåer gis tid, kompetanse og støtte til å reflektere over nye krav og forventninger, og til å forme sine nye roller. Den formelle lederen blir ikke mindre viktig selv om tillitsbasert ledelse innebærer distribuert ledelse – det er viktig med konsistens, risikovilje og ydmykhet. De ansatte må oppleve

at det er rom for feil, og lederen må arbeide oppover i systemet for å prøve å påvirke rammene ved behov.

5.2. Rutiner, systemer og strukturer må tilpasses den nye modellen

Funnene fra vår studie av pilotprosjektet peker på at både ansatte og ledere har stort behov for at nye rutiner, systemer og strukturer må komme raskt på plass innenfor den nye organiseringsmodellen. Dette samsvarer også med de to andre tillitsreformprosjektene vi har sammenlignet våre funn med. Basert på pilotprosjektene i Oslo kommune, konkluderer forskerne med at både retningslinjer for vedtak, administrative rutiner, teamarbeid, kommunikasjon og systematisk kvalitetsarbeid må finne nye former og tilpasses (Eide et al., 2017; 2018). Vi mener at våre funn underbygger et poeng om at strukturer i enhetene som helhet er en forutsetning for tillit. Konfliktområder på tvers av team og organisatoriske nivåer kan handle om uklare grensesnitt og uavklarte samarbeidsstrukturer. Disse bør derfor prioriteres dersom en ønsker å oppnå psykologisk trygghet og tillit internt i teamene, fordi arbeidet til det enkelte teamet også er avhengig av at helheten fungerer godt og friksjonsfritt. Ett enkelt team kan arbeide godt med å skape tillit internt, samtidig som omliggende strukturer kan virke i motsatt retning. Det er derfor viktig i en oppstartsfase å holde fokus på de fundamentale rammene rundt arbeidet, og å avverge usikkerhet knyttet til nettopp rutiner, systemer og strukturer.

Dette er også et sentralt punkt for å unngå uintenderte negative konsekvenser for både særfaglig og tverrfaglig samarbeid. Funnene fra intervjustudien tyder på at det tverrfaglige samarbeidet med fysio- og ergoterapeuter har fått mye oppmerksomhet og er styrket. Samtidig er det en risiko for at tidligere velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom yrkesgruppene som nå er delt inn i OT og HT, og særfaglig samarbeid internt i HT, ikke lenger fungerer like godt fordi de gamle rutinene ikke var avstemt mot hverandre, eller fordi gamle mer eller mindre uformelle strukturer ikke har funnet nye, tydelige former. Dette krever at det konstrueres nye og robuste samarbeidsstrukturer som sikrer at en får brukt begge gruppens kompetanse på best mulig måte til nytte for brukerne, og at en skaper trygghet for de ansatte i sine nye roller.

5.3. Videre utrulling og implementering av tillits- og faglighetsreformen

Avslutningsvis i resultatdelen har vi oppsummert en rekke problemstillinger å være oppmerksomme på i den videre implementeringen av tillits- og faglighetsreformen. Også her finner vi det nyttig å se disse utfordringene opp mot Bentzens konklusjoner fra København, og de potensielle implementeringsbarrierene vi har gjengitt i rapportens kapittel 2. Når det tar tid å få på plass konkrete rollebeskrivelser, nye samarbeidsstrukturer og rekruttering av ledere kan dette forstås som en strukturell barriere hvor det eksisterende organisatoriske hierarkiet ikke er fullt i takt med behovene til omorganiseringsprosjektet. Et ideal om at omorganiseringen ikke skal være kostnadskrevende, og krav om at enhetene den omfatter skal prestere på samme indikatorer som andre, uberørte enheter også i en oppstartsfase, kan representere ressursbarrierer. Vi finner også kompetansebarrierer når vi ser at en del ansatte og ledere synes de nye rollene er krevende å håndtere innenfor den kompetansen de har med seg fra før, og kommunikative barrierer når vi ser at det for mange av informantene er uklart hva målet for omorganiseringen er og hvordan

pilotprosjektet henger sammen med tillits- og faglighetsreformen. Bentzen understreker at kommunikative barrierer hvor den tilliten førstelinjeledere og ansatte er blitt forespeilet ikke oppleves like stor i realiteten, er en risiko for reformens suksess. Vi fant stort sett at førstelinjeledere og ansatte opplevde stor grad av tillit seg imellom, men de forteller også om paradokser ved at arbeidet i hjemmetjenesten likevel utføres innenfor relativt detaljerte og sterke styringsrammer. Denne motsetningen kan være en utfordring i videre implementering, da eventuelle skuffelser i tillitsrelasjonen kan ta tid å reparere og påvirke motivasjonen for videre innsats i omorganiseringsprosjekter.

Til sist kan flere av utfordringene vi har pekt på gjennom hele resultatkapittelet være uttrykk for habituelle barrierer, der innarbeidede vaner i organiseringen av arbeidet kan være til hinder. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at vår datainnsamling og studie er gjennomført i en tidlig fase av det som må betegnes som en omfattende omorganisering. Utfordringer og negative opplevelser i denne fasen trenger ikke henge sammen med den valgte organiseringsmodellen, men kunne også oppstått om modellen var en annen. Videre kan mange av utfordringene løses gjennom fokusert arbeid med å løse praktiske utfordringer, trygge ansatte i de nye rollene og bygge nye, tydelige strukturer, og dette arbeidet har pågått kontinuerlig etter oppstart. En del av utfordringene og barrierene kan sannsynligvis også oppstå i andre lignende prosjekter. Det er derfor å anbefale at funnene i rapporten tas i bruk, ikke bare i videreutviklingen av pilotprosjektet med helsetjenestetsteam og omsorgsteam, men også i planleggingen av fremtidige endringsprosesser.

5.4. Spørsmål som kan utforskes videre i hovedprosjekt

Studien som er gjennomført har resultert i økt forståelse for hvordan den nye organiseringsmodellen kan medføre endringer i opplevelse av profesjonsutøvelse, samhandling og koordinering, og måten helsepersonell utfører arbeidet på. Dette er presentert i de foregående delkapitlene, og i tillegg har vi også diskutert hvordan resultatene medfører behov for tilpasning av piloten og hva som bør vektlegges i videre implementering av tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune. Resultatene viser imidlertid også at en vurdering av hvorvidt og hvordan den nye organiseringsmodellen resulterer i en mer effektiv utnyttelse av ressurser og forbedring av tjenestekvalitet, krever at sentrale problemområder utforskes videre. I dette avsluttende delkapitlet presenterer vi derfor viktige tema som kan belyses for å få et bedre kunnskapsgrunnlag for den videre utrulling av den nye organiseringsmodellen i kommunen. Dette inkluderer problemstillinger relatert til økonomi, brukere og pårørende, ansatte, ledere og organisering. Disse temaene vil også være relevant for videre arbeid med tillits- og faglighetsreformen i kommunen.

5.4.1. Økonomiske forhold

Et viktig formål med omorganiseringen er å oppnå bedre utnyttelse av menneskelige ressurser (spesielt sykepleierkompetanse) i hjemmebaserte tjenester, på bakgrunn av en forventning om at det vil være redusert tilgang på slike ressurser i årene som kommer. Det er derfor viktig å undersøke hvordan den nye organiseringsmodellen påvirker ressurs- og kompetanseinnsats i tjenestene, og da også hvilke *økonomiske konsekvenser* modellen har over tid. Relevante temaer i denne sammenheng er hvorvidt og hvordan organiseringen medfører endring i årsverk (fordeling

mellom ulike faggrupper), bruker-/oppgavefordeling (eks. hvorvidt sykepleiere kommer inn senere i brukeres sykdomsforløp), antall brukere for de ulike faggruppene, og hvorvidt brukere kan bo hjemme over lengre perioder (relatert til både tildeling av fast sykehjemsplass og bruk av avlastningsordning). Dette siste punktet er også knyttet til ambisjonen om bedre samhandling og koordinering på tvers av fagområder, og mulige konsekvenser av organiseringsmodellen når det gjelder muligheter for og prioritering av forebyggende behandling og tidlig innsats.

Foruten å studere de økonomiske konsekvensene av selve organiseringsmodellen, vil vi også fremheve viktigheten av å fokusere på ressursbehov i forbindelse med implementering av modellen. I tråd med mye forskning på omorganisering- og endringsprosesser i organisasjoner, viser resultatene av vår studie at det er utfordrende å kombinere ordinær drift og produksjonskrav med implementering av en ny organiseringsmodell. Omorganiseringer tar tid, og krever innsats og ressurser. Det er derfor viktig at økonomiske forhold tas i betraktning som rammebetingelse for gjennomføring av endringsprosessen på en måte som over tid er mest effektiv.

5.4.2. Endringer for involverte aktører

I tillegg til bedre utnyttelse av menneskelige ressurser, er det også en målsetning at ny organiseringsmodell skal resultere i forbedret tjenestekvalitet. Av denne grunn er det viktig at videre studier inkluderer et *bruker- og pårørendeperspektiv*. Et hovedspørsmål vil i denne forbindelse være hvordan brukere og pårørende opplever den nye organiseringsmodellen i form av endring av kontaktpunkter, innhold og omfang av tjenesteleveranse. Relevante aspekter er hvorvidt ny organiseringsmodell medfører endringer når det gjelder antall ansatte som brukere/pårørende må forholde seg til, kompetansen til personell, tid til tjenesteutøvelse og opplevelse av trygghet og ivaretagelse av behov. De samme aspektene vil være viktig å undersøke fra et *ansatt- og lederperspektiv*. Det vil også være viktig å undersøke om ny organiseringsmodell medfører endringer i variasjon i tjenestetilbud- og leveranse mellom ulike områder/bydeler, og eventuelt hva som kreves for å oppnå en lavest mulig variasjon. Videre er det viktig å studere hvorvidt ny organiseringsmodell medfører endring i tjenestefokus (eks. tidlig innsats/forebygging og rehabilitering).

Funnene fra forskningsprosjektet viser også at ledelse er et tema som krever større oppmerksomhet i videre studier. Det er behov for mer kunnskap om hvordan man kan støtte ledere i nye roller, hvilken kompetanse som kreves og nødvendige utviklingstiltak for å imøtekomme dette, samt hvordan tillitsbasert styring og ledelse på alle nivåer kan utvikles.

5.4.3. Organisatoriske forhold

Resultatene av studien viser at god samhandling og koordinering på tvers av team er sentralt for å oppnå ønskede endringer i profesjonsutøvelse (økt faglighet, ansvar, mestring, tillit og motivasjon), og at det må arbeides med etablering av gode strukturer og prosesser for dette. Mer kunnskap om hvordan ulike koordineringsmekanismer kan brukes og tilpasses ulike oppgaver og ansattes behov, vil være nyttig i denne sammenheng. Det vil også være viktig å studere samhandling og koordinering i en bredere organisatorisk kontekst – dvs. hvordan organiseringen i OT/HT-team fungerer sammen med andre enheter og fagområder – eksempelvis vurderingsteam, legevakt og ernæringsfysiologer. Dette vil blant annet gi økt forståelse for eventuelle endringer og tilpasninger som kreves i enheter som HT/OT samhandler med (eks. når det gjelder

kompetanseutvikling, kommunikasjonsmåte, etc.). Et relatert tema vil være å vurdere hvordan organiseringsmodellen og tilhørende endring i profesjonsutøvelse medfører behov for opplæring og trening, inkludert mulig tilpasning av undervisningstilbud (eks. fagbrev helsefagarbeider).

Mer overordnet vil et sentralt spørsmål være hvordan organisasjonen kan legge til rette for endringsprosesser som håndterer de utfordringene som denne rapporten peker på – dvs. hvordan kommunen kan omsette funnene til bedre gjennomføring av store omstillingsprosesser.

5.4.4. Innretning på hovedprosjekt

Punktene ovenfor peker på relevante tema og problemstillinger for videre forskning basert på funnene i kvalifisering-/forprosjektet. Sentrale fagområder for gjennomføring av FoU-aktiviteter som belyser disse problemstillingene er helseøkonomi, organisasjonsfag (arbeidsorganisering og endringsledelse) og arbeidspsykologi. Videre vil involvering av brukere/pårørende være viktig, samt ledere på ulike nivåer og ansatte i en eller flere kommuner. Det kan være en fordel å inkludere flere kommuner, både små og store, for å oppnå variasjon i organisasjonenes kompleksitet.

Vi har tidligere i rapporten referert til relevante studier av tillitsreformene gjennomført i København og Oslo. Dette kan være nyttige erfaringer å bygge videre på og sammenstille i utvikling av videre studier, og aktørene involvert i disse – både kommuner og FoU-leverandører – kan således være aktuelle samarbeidspartnere i videre arbeid. Hvordan et mulig hovedprosjekt organiseres og hvem som involveres, avhenger imidlertid av innretningen av prosjektet – dvs. hvilke temaer som ønskes belyst, formål med prosjektet og prosjekttype.

6. Referanser

- Atwal, A. & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary teamwork in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-365.
- Badea, C., Jetten, J., Czukor, G., & Askevis-Leherpeux, F. (2010). The bases of identification: When optimal distinctiveness needs face social identity threat. *British Journal of Social Psychology*, 49(1), 21-41.
- Bentzen, T. (2015). *Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisationer. I springet fra ambition til praksis*. PhD-avhandling, Institut for samfund og globalisering, Roskilde Universitet.
- Bouckaert, G. (2012). Reforming for performance and trust: some reflections. *Journal of Public Administration and Policy*, 5(1), 9-20.
- Chen, G. & Tjosvold, D. (2002). Cooperative goals and constructive controversy for promoting innovation in student groups in China. *Journal of Education for Business*, 78(1), 46-50.
- Currie, G. & Suhomlinova, O. (2006). The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration*, 84(1), 1-30.
- Eckel, C.C. & Grossman, P.J. (2005). Managing diversity by creating team identity. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 58(3), 371-392.
- Eide, T., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Olafsen, A.H., Aaberge, A.H. & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*. Høgskolen i Sørøst-Norge, 13/2017.
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J. & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen – hovedpilotering i Oslo kommune 2017-18*. Universitetet i Sørøst-Norge, Vitensenteret helse og teknologi, 4/2018.
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R., & West, M. A. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 553-567.
- Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R. & Kverndokk, S. (2017). *Normtider til besvær. Evaluering av endringene i normtider for hjemmetjenestene i Bergen kommune*. Senter for omsorgsforskning rapportserie 4/2017.
- Fitzgerald, A., & Teal, G. (2004). Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: the changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse*, 16(1-2), 71-79.
- Gadolin, C., & Wikström, E. (2016). Organising healthcare with multi-professional teams: activity coordination as a logistical flow. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 20(4), 53-72.
- Gebert, D., Boerner, S., & Kearney, E. (2006). Cross-functionality and innovation in new product development teams: A dilemmatic structure and its consequences for the management of diversity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(4), 431-458.
- Goedhart, N. S., van Oostveen, C. J., & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194-206.
- Helmreich, R.L. & Schaefer, H.G. (1994). Team performance in the operating room. In Bogner, M. (Ed.) *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum: New Jersey.
- Hornsey, M. J., & Hogg, M. A. (2000). Assimilation and diversity: An integrative model of subgroup relations. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 143-156.
- King, N. (2012). Doing template analysis. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges* (pp. 426-450). London, UK: Sage Publications.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses

- revisited: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017-1038.
- Mitchell, R. J., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, 64(10), 1321-1343.
- Norris, P. (2001). How 'we' are different from 'them': occupational boundary maintenance in the treatment of musculo-skeletal problems. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 24-43.
- Oborn, E., & Dawson, S. (2010). Learning across communities of practice: an examination of multidisciplinary work. *British Journal of Management*, 21(4), 843-858.
- Olsen, O. E. & Lindøe, P. (2004). Trailing research based evaluation; phases and roles. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 371-380.
- Sørensen, M., Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3).
- Vallentin, S. & Thygesen, N. (2017). Trust and control in public sector reform: Complementarity and beyond. *Journal of Trust Research* 7(2), 150-169.
- Williams, K.Y. & O'Reilly III, C.A. (1998). Demography and diversity in organizations. In Staw, B.M. & Sutton, R.M (Eds.) *Research in Organizational Behavior*, JAI Press: Stanford, CA. p. 77-140.

7. Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet

Teamorganisering for bedre utnytting av kompetanse i kommunale helsetjenester?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere barrierer og muligheter for å få til effektive helsetjenesteteam og omsorgsteam i Bergen kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Bergen kommune prøver i 2020 ut en ny organiseringsform for hjemmetjenestene med helseteam og omsorgsteam i Fana og Ytrebygda. Forskningsprosjektet skal 1) bidra med kunnskap om sammenhenger mellom ny organisasjonsform og de ansattes opplevelse av profesjonsutøvelse knyttet til faglighet, ansvar, mestring, tillit og motivasjon, 2) identifisere mulige endringer i måten arbeidet utføres på som følge av endret organisering, 3) bruke forskningsbasert kunnskap for å utforme piloten, og den videre implementeringen av tillits- og faglighetsreform, 4) identifisere mulige virkninger for pårørende og brukere som kan utforskes videre i et større forskningsprosjekt, 5) identifisere mulige helseøkonomiske virkninger som kan utforskes videre i et større forskningsprosjekt, og 6) utarbeide et større forskningsprosjekt om organisering av kompetanse som del av implementeringen av tillits- og faglighetsreformen i Bergen kommune.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Bergen kommune er ansvarlig for prosjektet. NORCE er samarbeidspartner.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å gjennomføre individuelle intervjuer med prosjektleder og linjeledere, samt gruppeintervjuer med fagpersonell for å få innblikk i erfaringene med utprøvingen av den nye organiseringsformen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien innebærer for enhetsledere, prosjektleder, avdelingsledere og fagansvarlig/fagkoordinator et individuelt intervju. For andre ansatte innebærer deltakelse et gruppeintervju med 2-3 personer. Intervjuene vil vare i 60-90 minutter. I intervjuene ønsker vi å snakke med deg om temaer som endringer i fagpersonellets opplevelse av faglighet, ansvar, mestring, tillit og motivasjon i de nye teamene, endringer i måten arbeidet utføres på som følge av endret organisering, og mulige virkninger for pårørende og brukere. Det er viktig at du overholder din taushetsplikt under intervjuet, det vil si at du ikke deler sensitive eller taushetsbelagte

opplysninger om andre ansatte eller om pasienter. For deg som deltar i gruppeintervjuer ber vi deg også om å respektere gjensidig taushetsplikt dersom det skulle komme frem sensitive opplysninger i intervjusituasjonen.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet tas opp på lydopptaker og blir skrevet ut til tekst etterpå. Datamaterialet lagres på passordbeskyttet forskningsserver, der kun prosjektdeltakerne hos NORCE vil få tilgang. Direkte personopplysninger (navn) og indirekte personopplysninger som alder og kjønn vil slettes eller omskrives for å sikre at personer ikke gjenkjennes i datamaterialet eller i publikasjonene. Personer med inngående kjennskap til teamene som studeres vil muligens kunne gjenkjenne seg selv, ledere eller kolleger. Vi vil gjøre vårt ytterste for at anonymiseringen ivaretas så godt som overhodet mulig.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.10.2020. Resultatene vil benyttes som kunnskapsbidrag inn i utforming av prøveprosjektet og den videre implementeringen av tillits- og faglighetsreform i Bergen kommune, som grunnlag for en søknad om midler til et større forskningsprosjekt og i en oppsummerende rapport til Regionale Forskningsfond. Resultatene vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Datamaterialet vil etter innlevering av rapport, anonymiseres og oppbevares til senere forskning inntil 31.12.2025. Det er kun forskere ved NORCE som vil ha tilgang til dataene. Etter 31.12.2025 vil dataene slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NORCE ved Leif Jarle Gressgård (legr@norceresearch.no, 51 87 56 20).
- Vårt personvernombud: Renate Lien (reli@norceresearch.no, 56 10 76 20).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (personverntjenester@nsd.no, 55 58 21 17).

Mvh

Leif Jarle Gressgård

Prosjektleder

E-post: legr@norceresearch.no

Olaug Øygarden

Prosjektmedarbeider

E-post: oloy@norceresearch.no

Jeg samtykker med dette til å delta som informant i prosjektet:

Dato:

Signatur:

Vedlegg 2: Intervjuguide

INDIVIDUELLE LEDERINTERVJUER

Bakgrunn

- Leder for hvilket team (helse/omsorg)
- Yrkesbakgrunn
- Ansiennitet i yrke/kommunen

Innledende spørsmål om den nye modellen

Kan du fortelle litt om prosessen som har ført fram til den nye team-modellen?

- Hva har du oppfattet som målsetninger?
- Kjenner du til de 7 prinsippene for tillits- og faglighetsreformen?
- Er dette prinsipper som du opplever at er aktivt i bruk til daglig? Hvis ja: På hvilken måte?
- Har du vært involvert i endringsprosessen?
- Hvordan har endringsprosessen foregått?

Endringer for ansatte og pasienter/brukere

Hvilke endringer fører den nye teamorganiseringen med seg for ditt daglige arbeid?

- Var du leder også før omorganiseringen?
- Hvilket team ledet du da?
- Har du fått mange nye ansatte som en følge av omorganiseringen? Ansatte med annen kompetanse?
- Har du samme base-lokasjon som før?
- Har arbeidsoppgavene dine endret seg? Hva er i tilfelle nytt? Og hvilke oppgaver er eventuelt ikke lengre en del av din arbeidshverdag?
- Er det endringer i måten du registrerer/rapporterer teamets arbeid på?
- Vil du si at det går mer eller mindre tid med nå til administrasjon og aktiviteter som ikke direkte gavner brukerne?
- Går dine ansatte til færre/flere pasienter/brukere enn før?
- Går dine ansatte til andre pasienter/brukere enn før?

- Opplever du at de ansatte jobber mer som et *team* nå enn før?
- Hva tenker du om størrelsen på teamene?

- Vurderes oppdragene til pasientene på samme måte som før?
 - o Er det pasientenes behov som bestemmer om de får tjenestene av OT eller HT? Eller er det hvilke ansatte en har tilgjengelig og deres kompetanse? (*ref: får OT som har sykepleiere mer komplekse oppgaver?*)
 - o Hvordan skjer overføringen av en pasient fra en type team til et annet?
 - o Fungerer denne overføringen godt? Hvis ikke – hva er utfordringene?

Hvilke endringer fører den nye teamorganiseringen til for pasientene/brukerne som dine ansatte treffer?

- Treffer de samme personell?
- Treffer de flere eller færre fagpersoner?
- Opplever du at det er endringer (positive/negative) i kvaliteten på tjenestene de mottar?
Hvis ja – hva ligger konkret i dette?

Profesjonsutøvelse

Hva tenker du om muligheter til å arbeide med større *faglighet* innenfor den nye team-modellen – får dere brukt fagkompetansen mer?

Har det faglige *handlingsrommet* endret seg? Større eller mindre?

- Hvordan arter dette seg helt konkret (hvordan var det før i forhold til hvordan det er nå) og hva tenker du er årsaken til at det har endret seg?
- Opplever du at det er noen endring i hvor mye de ansatte selv kan påvirke arbeidsdagen?
- Opplever du at det er noen endring i hvor mye de ansatte selv kan påvirke hvordan oppgavene skal løses?
- Hvordan bruker dere kompetansen i teamet?
- Er rollene i arbeidet mer avklarte nå enn tidligere? Hvis ja: hvordan har rollene endret seg? Og hvordan opplever du denne nye rollefordelingen?
- Har dere klare og tydelige mål som dere jobber etter?
- Hva er disse målene?
- Har dette endret seg med den nye teammodellen?
- Er du trygg på at dere jobber etter felles mål?

Opplever du endringer i *ansvaret* du har?

- Har du mer ansvar, mindre ansvar, ansvar for nye aspekter ved arbeidet?
- Hvordan arter dette seg helt konkret, og hva tenker du er årsaken til at det har endret seg?
- Hvis endringer i ansvaret: hvordan opplever du å ha det ansvaret du nå sitter med?
- Er det endringer i dine ansattes ansvarsområder? Kompetansebehov?

Opplever du at du *mestrer* arbeidsoppgavene på samme måte som før?

- Hvis mestringsfølelsen har endret seg – hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?
- Har det dukket opp noen behov for ny kompetanse som følge av nye arbeidsoppgaver?
- Har andre overtatt oppgaver som den/de yrkesgruppen(e) du leder heller burde beholdt?

- Opplever du endringer i de ansattes mestringsfølelse i den nye modellen?
Kompetansebehov her?

Tillit

Opplever du å få *tillit* fra ledelsen på kommunalt nivå til å utføre arbeidsoppgavene dine på den måten du selv vurderer er best?

Opplever du at ledelsen på kommunalt nivå har tillit til dine ansatte og måten de utfører arbeidsoppgavene på ut mot pasienter/brukere? Din tillit til dine ansatte?

Er det noen endringer i dette tillitsforholdet med tanke på den nye team-organiseringen?

- Hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?
- Opplever du at det er andre endringer i forholdet mellom deg og dine ansatte?

Motivasjon

Hva *motiverer* deg for det arbeidet du gjør i det daglige?

- Fører pilotprosjektet med seg noen endringer i hvordan du ser på dette (motivasjon)?
- Hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?
- Opplever du at de ansattes motivasjon har endret seg?

Tverrfaglig samarbeid

Hvordan opplever du mulighetene for *tverrfaglig samarbeid* rundt pasientene/brukerne i den nye team-modellen?

- Har dette endret seg ifht den forrige organiseringsmodellen? I tilfelle hvordan?
- **KUN HT:** Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet internt i teamet, helt konkret?
- **KUN HT:** Har dere noen systemer eller strukturer som hjelper til med å få til dette tverrfaglige samarbeidet? (Rutiner, datasystemer, faste møter eller lignende).
- **KUN HT:** Er disse systemene gode nok?
- **KUN HT:** Hvordan foregår den tverrfaglige kommunikasjonen internt i teamet?
Hvor ofte? Hvilke fora? Hvilke temaer? Hvem tar beslutningene?
- **KUN HT:** Opplever dere å få gehør for egen faggruppes synspunkter i det tverrfaglige samarbeidet?
- **KUN HT:** Hvordan opplever dere det tverrfaglige samarbeidet i deres eget team?
- Er dere nå organisert på en fornuftig måte
 - o når det gjelder turnuser?
 - o når dere blir koblet inn på de enkelte pasientene?
- Kjenner du på en større (eller mindre) faglig tilhørighet til teamet du nå leder?
- Hvordan opplever du samarbeidsklimaet internt i teamet du leder?

- Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet mellom teamene, helt konkret?
- Hvordan utnytter dere de tilgjengelige ressursene på tvers av de ulike teamene?
- Har dere noen systemer eller strukturer som hjelper til med å få til dette tverrfaglige samarbeidet? (Rutiner, datasystemer, faste møter eller lignende).
- Er disse systemene gode nok?

- Hvordan skjer kommunikasjonen mellom de ulike teamene (og team-lederne)?
Hvor ofte? Hvilke fora? Hvilke temaer? Hvem tar beslutninger?
- Opplever du å få gehør for egen faggruppes synspunkt i samarbeide med andre team?
- Opplever du at du kan be om synspunkter og støtte/bistand fra andre team på en smidig måte?
- Hvordan opplever du samarbeidsklimaet med de andre team-lederne?

Avsluttende refleksjoner

Hvilke overordnede tanker har du om endringene som er gjort og følgene av disse

- For egen jobb
- For helheten i tjenesten og samarbeidet mellom faggrupper og kolleger
- For brukere/pasienter

Er det noe du er usikker på knyttet til å nå lede innenfor en ny team-modell? Kompetansebehov?

Ser du noen mulige risikofaktorer med å gå over til den nye team-modellen?

Er det noe du er bekymret for i forbindelse med den nye team-modellen?

Hvilke tanker har du om det å være med på dette pilotprosjektet det neste året?

Vedlegg 3: Intervjuguide

GRUPPEINTERVJUER MED ANSATTE

Bakgrunn

- Teamtilhørighet
- Yrkesbakgrunn
- Ansiennitet i yrke/kommunen

Innledende spørsmål om den nye modellen

Kan dere fortelle litt om prosessen som har ført fram til den nye team-modellen?

- Har dere vært involvert i endringsprosessen?
- Hvordan har endringsprosessen foregått?
- Hva har dere oppfattet som målsetninger?
- Kjenner dere til de 7 prinsippene for tillits- og faglighetsreformen?
- Er dette prinsipper som dere opplever at er aktivt i bruk til daglig? Hvis ja: På hvilken måte?

Endringer for ansatte og pasienter/brukere

Hvilke endringer fører den nye teamorganiseringen med seg for deres daglige arbeid:

- Hvor og under hvilken leder jobbet dere før?
- Jobber dere sammen med nye kolleger?
- Har dere samme base-lokasjon som før?
- Har arbeidsoppgavene deres endret seg? Hva er i tilfelle nytt? Og hvilke oppgaver er eventuelt ikke lengre en del av deres arbeidshverdag?
- Har måten dere utfører arbeidsoppgaver på endret seg?

- Opplever dere at dere arbeider mer som et *team* nå enn før? Hvordan opplever dere samarbeidsklimaet i eget team?
- Hva tenker dere om størrelsen på teamene?

- Vurderes oppdragene til pasientene på samme måte som før?
 - Er det pasientenes behov som bestemmer om de får tjenestene av OT eller HT? Eller er det hvilke ansatte en har tilgjengelig og deres kompetanse? (*ref: får OT som har sykepleiere mer komplekse oppgaver?*)
 - Hvordan skjer overføringen av en pasient fra en type team til et annet?

- Er det endringer i måten dere registrerer/rapporterer arbeidet deres på?

- Går dere til færre/flere pasienter/brukere enn før?
- Går dere til andre pasienter/brukere enn før?

Hvilke endringer fører den nye teamorganiseringen til for pasientene/brukerne dere treffer?

- Treffer de samme personell?
- Treffer de flere eller færre fagpersoner?
- Opplever dere at det er endringer (positive/negative) i kvaliteten på tjenestene de mottar? Hvis ja – hva ligger konkret i dette?

Profesjonsutøvelse

Hva tenker dere om muligheter til å arbeide med større *faglighet* innenfor den nye team-modellen – får dere brukt eget fag mer?

Har det faglige *handlingsrommet* endret seg? Større eller mindre?

- Hvordan ser dette ut helt konkret (hvordan var det før i forhold til hvordan det er nå) og hva tenker dere er årsaken til at det har endret seg?
- Opplever dere at det er noen endring i hvor mye dere selv kan påvirke arbeidsdagen?
- Opplever dere at det er noen endring i hvor mye dere selv kan påvirke hvordan oppgavene skal løses?
- Er rollene i arbeidet mer avklarte nå enn tidligere? Hvis ja: hvordan har rollene endret seg? Og hvordan opplever dere denne nye rollefordelingen?
- Har dere klare og tydelige mål som dere jobber etter?
- Hva er disse målene?
- Har dette endret seg med den nye teammodellen?
- Er dere trygge på at dere jobber etter felles mål?

Opplever dere endringer i *ansvaret* dere har?

- Har dere mer ansvar, mindre ansvar, ansvar for nye aspekter ved arbeidet?
- Hvordan arter dette seg helt konkret, og hva tenker dere er årsaken til at det har endret seg?
- Hvis endringer i ansvaret: hvordan opplever dere å ha det ansvaret dere nå sitter med?

Opplever dere at dere *mestrer* arbeidsoppgavene på samme måte som før?

- Har dere nå oppgaver og ansvar som passer godt til den kompetansen dere har?
- Hvis mestringsfølelsen har endret seg – hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?
- Har det dukket opp noen behov for ny kompetanse som følge av nye arbeidsoppgaver?
- Har andre overtatt oppgaver som deres yrkesgruppe heller burde beholdt?

Tillit

Opplever dere å få *tillit* fra ledelsen (nærmeste leder og høyere nivåer) til å utføre arbeidsoppgavene deres på den måten dere selv vurderer er best?

- Er det noen endringer i dette tillitsforholdet med tanke på den nye team-organiseringen?
- Hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?
- Opplever dere at det er andre endringer i forholdet mellom dere og lederne?

Motivasjon

Hva *motiverer* dere for det arbeidet dere gjør i det daglige?

- Fører pilotprosjektet med seg noen endringer i hvordan dere ser på dette (motivasjon)?
- Hvordan arter dette seg helt konkret?
- Hvorfor har det endret seg?

Tverrfaglig samarbeid

Hvordan opplever dere mulighetene for *tverrfaglig samarbeid* rundt pasientene/brukerne i den nye team-modellen?

- Har dette endret seg ifht den forrige organiseringsmodellen? I tilfelle hvordan?
- **KUN HT:** Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet internt i teamet, helt konkret?
- **KUN HT:** Har dere noen systemer eller strukturer som hjelper til med å få til dette tverrfaglige samarbeidet? (Rutiner, datasystemer, faste møter eller lignende).
- **KUN HT:** Er disse systemene gode nok?
- **KUN HT:** Hvordan foregår den tverrfaglige kommunikasjonen internt i teamet?
Hvor ofte? Hvilke fora? Hvilke temaer? Hvem tar beslutningene?
- **KUN HT:** Opplever dere å få gehør for egen faggruppes synspunkter i det tverrfaglige samarbeidet?
- **KUN HT:** Hvordan opplever dere det tverrfaglige samarbeidet i deres eget team?
- Er dere nå organisert på en fornuftig måte
 - o når det gjelder turnuser?
 - o når dere blir koblet inn på de enkelte pasientene?
- Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet mellom teamene, helt konkret?
- Hvordan utnytter dere de tilgjengelige ressursene på tvers av de ulike teamene?
- Har dere noen systemer eller strukturer som hjelper til med å få til dette tverrfaglige samarbeidet? (Rutiner, datasystemer, faste møter eller lignende).
- Er disse systemene gode nok?
- Hvordan foregår kommunikasjonen mellom de ulike teamene?
Hvor ofte? Hvilke fora? Hvilke temaer? Hvem tar beslutninger?
- Opplever dere å få gehør for egen faggruppes synspunkt i samarbeide med andre team?
- Opplever dere at dere kan be om synspunkter og støtte/bistand fra andre team på en smidig måte?
- Hvordan opplever dere samarbeidsklimaet *mellom* teamene?

Avsluttende refleksjoner

Hvilke tanker har dere om endringene som er gjort og følgene av disse

- For egen jobb
- For helheten i tjenesten og samarbeidet mellom faggrupper og kolleger
- For brukere/pasienter

Er det noe dere er usikre på knyttet til å nå jobbe innenfor en ny team-modell?

Ser dere noen mulige risikofaktorer med å gå over til den nye team-modellen?

Er det noe dere er bekymret for i forbindelse med den nye team-modellen?

Hvilke tanker har dere om det å være med på dette pilotprosjektet det neste året?