

Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune

Tom Eide, Ety R. Nilsen,
Monika K. Gullslett, Anja H. Olafsen,
Amund H. Aaberge og Hilde Eide





Tom Eide, Etty R. Nilsen, Monika K. Gullslett, Anja H. Olafsen,
Amund H. Aaberge og Hilde Eide

Tillitsmodellen

**- erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre
bydeler i Oslo kommune**

© 2017 Tom Eide, Etty R. Nilsen, Monika K. Gullslett, Anja H. Olafsen, Amund H. Aaberge og Hilde Eide

Høgskolen i Sørøst-Norge
Vitensenteret Helse og teknologi
Drammen, 2017

Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 13 / 2017

ISSN: 2464-3505 (Online)

ISBN: 978-82-7860-303-1 (Online)



Utgivelsen publiseres som Creative Commons* og kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) må angis korrekt. <http://creativecommons-mons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER

Tillitsmodellen skal utfordre bestiller/utfører-modellen. Forprosjektet som denne studien er en del av skulle prøve ut nye modeller for hjemmetjenesten hvor fagpersonene myndiggjøres og gis større ansvar for tjenestene til den enkelte. Tjenestene skulle være helhetlige og sees i en sammenheng uten detaljstyring. Forslag til minipiloter ble utviklet i en inkluderende prosess. Mini-piloteringen har bestått i å prøve ut tverrfaglige, selvstyrende team i tre bydeler.

FØLGEFORSKNINGENS PROBLEMSTILLING

Hva er erfaringene med minipilotene i hjemmetjenestene i de tre bydelene?

- Hvilke endringer av tjenestene ble prøvd ut i minipilotene?
- Hvilke forventninger til Tillitsmodellen hadde medarbeiderne før oppstart?
- Hvilke ønsker om endringer hadde tjenestemottagerne før oppstart av piloteringen?
- Hvilke erfaringer har teammedlemmene og ledelsen med piloteringen?
- Hvilke skal til for at Tillitsmodellen skal fungere etter hensikten?

METODIKK

For å besvare problemstillingene og legge et kunnskapsgrunnlag for anbefalinger har vi utledet erfaringskriterier for Tillitsmodellen (hva Tillitsmodellen var tenkt å være og resultere i) på bakgrunn av materialet som kommunen har gjort tilgjengelig (rapporter, strateginotater, prosess- og møtereferater, etc), nasjonale føringer og forskning om hjemmetjenester, tjenesteutvikling, etikk og tillit i organisasjoner.

Datainnsamling er gjort gjennom spørreundersøkelser (brukere og medarbeidere), observasjon på teammøter, deltagende observasjon på workshops og seminarer, og samtaler og intervjuer med medarbeidere og prosjektleder.

KONKLUSJONER

Forventningene til Tillitsmodellen var høye før oppstart. Etter å ha fulgt utviklingen av og arbeidet i minipilotene over en periode på ca. åtte måneder finner vi at erfaringene med minipiloteringen er svært lovende med tanke på hovedpilotering og eventuell implementering.

Brukerorientering – brukernes trygghet øker

Erfaringene med økt brukerorientering – å ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukerne og å være færre personer per bruker – er svært positive:

- brukernes opplevelse av tillit og trygghet øker (signifikant) mot slutten av perioden
- team-medarbeiderne opplever å bli bedre kjent med brukerne og deres behov
- tjenestene blir mer fleksible og kan justeres etter endret behov

Selvstyring og tverrfaglighet i team – motivasjon og læring øker

Selvstyring og tverrfaglighet er prøvd ut et stykke på vei, og teamenes erfaringer med dette er udelt positive:

- det skaper ny forståelse for hva som er viktig for brukerne
- det oppleves som meningsfullt og motiverende
- det stimulerer erfaringsdeling og læring på tvers av fag

ANBEFALINGER MED TANKE PÅ HOVEDPILOTERING/IMPLEMENTERING

På bakgrunn av de systematiserte erfaringen med minipiloteringen vil vi anbefale:

- *At bydelene utvikler hoved-piloter basert på erfaringene med selvstyrende team (inkludert 10 nærmere spesifiserte risiki/suksessfaktorer), eller – hvis de mener det er grunnlag for det – implementerer Tillitsmodellen direkte i de hjemmebaserte tjenestene*
- *At ledere i bydelene som skal pilotere gis mulighet til å skolere seg i tillitsledelse, fra bydelsdirektør og nedover til fag- og teamansvarlige, slik at tillit gjennomsyrrer organisasjonen fra topp til bunn. Konsistens i ledelse vil styrke gjennomføringen.*
- *At bydelene avklarer organiseringen av teamene, bl.a.:*
 1. at selvstyrende team får en klar og naturlig plass på organisasjonskartet,
 2. at det avklares hvem som er personalansvarlig for teamets medlemmer og fagansvarlig for kvaliteten på de tjenester teamet leverer
 3. at teamenes oppgaver, ansvarsområder og beslutningsmyndighet klargjøres
 4. at teamene får tillitsbaserte retningslinjer for vedtak om tjenester
 5. at administrative rutiner for team klargjøres (dokumentasjon, vaktordning etc)
- *At bydelene avklarer lederrollen i tilknytning til teamene, bl.a.*
 1. at hvert team har én faglig og administrativt ansvarlig leder med personalansvar for alle faste teammedlemmer (en leder kan ha flere team).
 2. at ansvarlig leder kun har overordnet, og ikke utøvende ansvar for vedtak og saksbehandling forøvrig
 3. At ansvarlig leder får skolering i tillitsledelse
- *At bydelene sikrer at hvert team har nødvendig kompetanse og kapasitet, bl.a.*
 1. At hvert team får en klart definert oppgave- og ansvarsbeskrivelse og selvstendig saksbehandlingsansvar
 2. At hvert team får et format som er tilpasset brukergruppens størrelse og hjelpebehov, inkludert saksbehandling, administrasjon og dokumentasjon
 3. At hvert team får en bred tverrfaglig sammensetning tilpasset brukergruppen, evt. med spesialkompetanse (som demens, rehabilitering, psykisk helse, sår, etc)
 4. At hvert team får skolering i tillitsbasert teamarbeid og i hvordan kommunisere og gi tjenester med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte bruker
- *At bydeler bygger et tillitsbasert system for systematisk kvalitetsarbeid, bl.a. ved*
 1. å initiere tillitsbasert følge/aksjonsforskning hvor teamene inkluderes i å identifisere risiki, utvikle tiltak for bedre kommunikasjon med brukere og aktiv læring i team, etc (jf vurderingen til Norges forskningsråds ekspertpanel, nedenfor)
 2. å legge til rette for systematisk etisk refleksjon i piloteringsfasen for å sikre kvalitet (jf. *Veikart for tjenesteinnovasjon – SAMVEIS og KS' Guide til god ledelse*)
 3. å legge til rette for systematisk erfaringsutveksling med andre team i og etter pilotering, f eks halvårlig etter modell av work shops i mini-piloteringsfasen

Innhold

Sammenfatning og anbefalinger	1
Følgeforskningens problemstilling	1
Metodikk	1
Konklusjoner	1
Anbefalinger med tanke på hovedpiloting/implementering	2
Del I Oppdraget og bakgrunnen	4
Oppdraget	4
Forskergruppen	4
Vår forståelse av oppdraget	5
Tillitsmodellen – søknaden til Norges forskningsråd	5
Forskningsrådets ekspertpanel – hovedkonklusjoner	6
Bakgrunn	7
Utgangspunktet i Seniormeldingen	7
Nasjonale føringer	8
Tillit som utfordring til bestiller/utfører-modellen	8
Inspirasjonskilder internasjonalt	9
Minipilotene – Utvikling og organisering	10
Selvstyrende team med saksbehandling inn i tjenesten	10
Litt teori – om tillit i relasjoner og organisasjoner	11
Tillit i relasjoner	11
Tillit i sosiale systemer	12
Organisatorisk tillit	12
Del II Problemstilling og metode	14
Problemstilling	14
Design og metodetilnærming	14
Kvalitative metoder	14
Kvantitative metoder – spørreundersøkelser	15
Del III Resultater	16
Brukerundersøkelser november 2016 og mars 2017	16
Lav grad av brukermedvirkning og selvbestemmelse	16
Økende trygghet og tillit	17
Økende tilfredshet med kvaliteten på tjenestene	17
Hva liker brukerne best?	17
Hva liker brukerne minst?	18
Hva ønsker brukerne annerledes (Hva er viktig for brukerne)?	18
Medarbeiderundersøkelse november 2016	18
Tillit og selvstyring?	19
Bedre tjenester?	19
Medarbeiderundersøkelse januar 2017 med kommentarer	20
Om tillitsmodellen, personorientering og kommunikasjonskompetanse	20
Gjennomføring av tillitsmodellen i teamene	20
Motivasjon for å arbeide i team	21
Nytenkning	22
Personorientering	22
Kommunikasjonskompetanse	24
Resultater – utfyllende kvalitative funn	26
Selvstyring	26
Saksbehandling inn i hjemmetjenesten	26
Hva er viktig for deg? – spørsmålet. Brukerorientering	26
Tverrfaglighet og kompetanse	27
Ledelse og organisering	27
Digital teknologistøtte	28
Del IV Drøftelse	29
Økt brukertilfredshet	29
Høy grad av kompleksitet	30
Organisatorisk tillit: evne, velgjørenhet og integritet	30
Del V Konklusjoner og anbefalinger	33
Konklusjoner	33
Suksessfaktorer/risikofaktorer	33
Anbefalinger med tanke på hovedpiloting/implementering	34
Etikk og begrensninger	35
Litteratur	36

DEL I OPPDRAGET OG BAKGRUNNEN

OPPDRAGET

I samarbeidsavtalen om følgeforskning om mini-pilotene mellom Oslo kommune v/ Ullern bydel og Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) v/ Vitensenteret Helse og Teknologi, Fakultet for helse- og sosialvitenskap (5.7.16), heretter *Samarbeidsavtalen*, heter det:

Oppgavene som omfattes av denne avtalen er:

- a) Undersøke erfaringene med mini-pilotene (endringer i tjenestene) som er iverksatt i forprosjektperioden
- b) Bidra til å skrive søknad til Norges forskningsråd (HELSEVEL 12.10.16) eller andre relevante finansieringskilder for finansiering av hovedprosjekt (Samarbeidsavtalen 2016, s. 2)

Denne rapporten presenterer:

- Erfaringene med mini-pilotene (endringer av tjenestene) i forprosjektperioden, fra november 2016 til og med mars 2017, både fra bruker- og medarbeiderperspektiv
- Hovedtrekk i søknaden til Norges forskningsråd og Forskningsrådets ekspertpanels vurdering av søknaden og av den samfunnsmessige verdien av Tillitsmodellen
- Anbefalinger med tanke på å hovedpiloting og implementering av Tillitsmodellen på bakgrunn av erfaringene og uttalelsen fra Norges forskningsråds ekspertpanel

FORSKERGRUPPEN

Prosjektet er gjennomført av en tverrfaglig sammensatt forskergruppe ved Vitensenteret Helse og Teknologi, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN). Forskergruppens forskningskompetanse inkluderer – foruten sykepleie og helsevitenskap generelt – ledelse, organisasjon, økonomi, innovasjon, motivasjon, kommunikasjon og etikk. Deltagerne i forskergruppen:*

- *Tom Eide*, Professor, Dr.philos. (ledelse, etikk og litteratur), prosjektleder følgeforskning forprosjekt Tillitsmodellen. Fakultet for helse- og sosialvitenskap, HSN
- *Etty Nilsen*, Førsteamanuensis, PhD (økonomi, ledelse, organisasjonslæring) ved Handelshøyskolen, HSN
- *Anja Olafsen*, Førsteamanuensis, PhD (økonomi, ledelse, arbeidsmotivasjon) ved Handelshøyskolen, HSN
- *Monika Gullstett*, Førsteamanuensis, PhD (sosiologi, psykisk helse, innovasjon) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, HSN
- *Amund Aaberge*, Mastergradsstudent (organisasjon, ledelse og arbeid) ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- *Hilde Eide*, Professor, Dr.philos. (sykepleie, psykologi, kommunikasjon og innovasjon). Forskningsleder ved Vitensenteret Helse og Teknologi, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, HSN.

* Alle bortsett fra Olafsen deltok i følgeforskningen og fortolkningen av det empiriske materialet. Alle bortsett fra Aaberge deltok i utviklingen av søknaden til Norges forskningsråd. Foreløpige funn fra Aaberges masteroppgave samsvarer med funn i denne studien, men er ikke inkludert i rapporten.

VÅR FORSTÅELSE AV OPPDRAGET

Denne rapporten handler først og fremst om første del av oppdraget, nemlig å undersøke erfaringene med mini-pilotene i Tillitsmodellen, som ble gjennomført i perioden november 2016-mars 2017. Slik vi velger å forstå oppdraget er formålet med å undersøke erfaringene å legge et godt grunnlag for å videreutvikle Tillitsmodellen for hjemmebaserte tjenester med tanke på hovedpiloting og implementering. Det betyr at vi ser det som en del av oppdraget å gi forskningsbaserte anbefalinger for det videre arbeidet.

Andre del av oppdraget – søknaden til Norges forskningsråd – vil vi sammenfatte kort nedenfor, fordi man her vil finne noe av det empiriske og teoretiske grunnlaget for anbefalingene. Nedenfor presenterer vi også vurderingen av søknaden som ble gitt av Norges forskningsråds ekspertpanel, fordi denne kan sies å være en ekstern validering både av det verdiskapingspotensialet som ligger i Tillitsmodellen og betydningen av følgeforskning for å lykkes med hovedpiloting og implementering.

Slik vi forstår oppdraget handler det grunnleggende sett om å bistå Oslo kommune med forskning som kan legge grunnlag for en vellykket *innovasjonsprosess* – hovedpiloting og eventuelt implementering av Tillitsmodellen. Slik vi ser det representerer Tillitsmodellen en radikal innovasjon av hjemmetjenestene, både ved at et nytt begrep – tillit – skal legges til grunn for forvaltningen og ved at en ny modell for tildeling og organisering av tjenestene skal utvikles på grunnlag av dette. Tillitsmodellen representerer slik sett både en *konseptuell innovasjon* og en *administrativ prosessinnovasjon* (Skogli 2017).

TILLITSMODELLEN – SØKNADEN TIL NORGES FORSKNINGSRÅD

Søknaden *Tillitsmodellen* ble sendt til Norges forskningsråds HELSEVEL-program til søknadsfristen 12. oktober 2016, altså før minipilotingen var i gang for fullt. Søknaden var utarbeidet av prosjektleder for Tillitsmodellen, Hilde Holm, i nært samarbeid med forskergruppen. Prosjekteier av søknaden var Oslo kommune. Søknaden ble avslått, til tross for fremragende vurdering.¹ Det viktige i denne sammenhengen er imidlertid at Forskningsrådets ekspertpanel validerte Tillitsmodellen som innovasjon, og konkluderte at Tillitsmodellen ville bringe nasjonal innovasjon innen hjemmebasert omsorg som kan bidra til å løse de demografiske utfordringer vi står ovenfor, og at den foreslåtte følgeforskningen, med høy grad av brukermedvirkning, ville gi svært gode forutsetninger for vellykket hovedpiloting.

Formålet med Norges forskningsråds HELSEVEL-program er ”gjennom forskning og innovasjon bidra til god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene” (Helsevel 2015:7). Formålet, slik det ble utlagt av Forskningsrådets representanter på forhånd, var altså *ikke* å måle om en innovasjon virker eller gir gode resultater, men å støtte *forskning underveis* i innovasjonsprosesser som er nødvendig for å styrke muligheten for at implementeringen skal lykkes – og dermed bidra til bedre kvalitet. Søknaden skulle altså a) beskrive selve innovasjonen (her: *Tillitsmodellen*), b) begrunne hvorfor den ville gi gode resultater (tillit er noe alle parter ønsker), c) identifisere risiki ved implementering (kompetanse til å ta helhetlig ansvar) og d) beskrive et forskningsdesign som var egnet til å identifisere/møte risiki og løse problemene etter hvert som de oppstår underveis i innovasjonsprosessen. Det var altså det siste (d) Forskningsrådet utlyste midler til.

¹ Norges forskningsrådet mottok 64 søknader, hvorav 6 ble innvilget. Oslo kommunes prosjekt fikk hovedkarakter 6 sammen med fire andre (skala 1-7, ingen fikk 7). Avslaget ble begrunnet med at det var for få kommuner med i prosjektet, til tross for at ekspertpanelet mente prosjektet ville bringe nasjonal innovasjon i hjemmebasert omsorg og at spredning kan skje til alle landets kommuner.

Prosjektbeskrivelsen til Norges forskningsråd identifiserer og analyserer *risiki* ved hovedpiloting, og beskriver et *aksjonsforskningsdesign* for løpende utvikling av tiltak, slik at implementeringen kan bli vellykket. Risikofaktorer er identifisert på bakgrunn av Oslo kommunes ambisjoner og tidligere forskning om blant annet tillit, kvalitet, motivasjon, teamarbeid og brukerorienterte innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene.

Den beskrevne følgeforskningen omfatter blant annet løpende oppfølging av teamene, identifisering av endring i brukerbehov og gjennomføring av tiltak for å gjøre teamene best mulig i stand til å ivareta det som er viktig for brukerne og å kommunisere mest mulig effektivt og sømløst seg imellom. Forskningsdesignet som ble utviklet bestod i grove trekk i å benytte en metode som kombinerte

- a) innsamling av data om kommunikasjon og samvalgsprosesser i dialog med brukere og helsepersonell og
- b) team-basert kompetansebygging gjennom praksisrefleksjon og –veiledning med tanke på hva som er viktig for brukerne.

Dette er forsknings- og kompetansebyggingsprosesser hvor forskergruppen i utgangspunktet har høy kompetanse, både pedagogisk (Eide & Eide 2017; Eide & Aadland 2012) og vitenskapelig (Hafskjold mfl. 2016; Nilsen mfl. 2016). (Forskergruppen springer forøvrig ut av det forskningsmiljøet ved HSN som driver verdens første – og foreløpig eneste – PhD-utdanning i personorientert helsearbeid, hvis grunntanke overlapper med kjerneidéen i Tillitsmodellen).

FORSKNINGSRÅDETS EKSPERTPANEL – HOVEDKONKLUSJONER

Ekspertpanelets hovedkonklusjoner på dets syv vurderingskriterier (panelets formuleringer):

1. *Innovasjonsgrad*: Prosjektet anses å bringe nasjonal innovasjon innen hjemmebasert omsorg som kan bidra til å løse de demografiske utfordringer vi står ovenfor frem til 2025.
2. *Verdiskapingspotensial*: Verdiskapingen anses som meget god. Det er et stort potensial for å øke brukeropplevelsen både hos sluttbruker og ansatte, og spredningen kan skje til alle landets kommuner.
3. *Realisering av innovasjonen*: Prosjektet er godt forankret, både politisk og administrativt. Det er god tilgang på ressurser og lav risiko for at dette prosjektet ikke skal la seg realisere.
4. *Forskningsgrad*: Prosjektet anses å ha en høy grad av forskning i seg, der forskning og praksis går tett i hverandre. Prosjektet stiller relevante forskningsspørsmål, og det vises til internasjonal forskning på andre felt, som dette prosjektet kan ta med seg til hjemmebasert omsorg og utvikle ny praksis.
5. *Prosjektkvalitet*: Prosjektets gjennomføringsplan er godt beskrevet og finansieringen er god. Prosjektet beskriver utdypende flere FoU-metoder, som blant annet aksjonsforskning, refleksjon i praksis, spørreundersøkelser, dybdeintervju, fokusintervju og observasjon.
6. *Gjennomføringsevne*: Prosjektets sammensetning har solid fagkompetanse, både innen forskning og praksisfeltet. Samarbeidskonstellasjonen og prosjektorganiseringen gir svært gode forutsetninger for at prosjektet i hovedsak kan nå sine mål.
7. *Brukermedvirkning*: Prosjektet legger opp til en særdeles høy grad av brukermedvirkning, både i prosjektet og som utfall av innovasjon.

BAKGRUNN

Bakgrunnen for dette følgeforskningsprosjektet om mini-pilotering av selvstyrende team i Tillitsmodellen er beskrevet i *Prosjektplan Tillitsmodellen* (2016), heretter *Prosjektplanen*. Vi skal nedenfor peke på de sentrale momentene i denne planen og i bakgrunnsdokumentene, slik at vi har dette som bakgrunn når vi i drøftelsen kan se nærmere på erfaringene med mini-piloteringen i lys av intensjonene bak Tillitsmodellen som prosjekt.

UTGANGSPUNKTET I SENIORMELDINGEN

I *Prosjektplanen* gis en sammenfattende beskrivelse av prosjektet Tillitsmodellen og dens utgangspunkt i Oslo kommunes Seniorsmelding (2014):

EHS har satt i gang en rekke prosjekter under felles programledelse på bakgrunn av Bystyremelding 1/2014 Seniorsmelding:

Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo er en strategisk plan for Oslo kommunes arbeid for en aktiv og sunn aldring i befolkningen, inklusive fremtidig eldreomsorg. Meldingen viser hvilke prioriteringer og strukturendringer Byrådet vil foreta for å få en bærekraftig pleie- og omsorgssektor, og har et perspektiv fram mot 2024. Meldingen fokuserer på innovasjon, forskning og utvikling. I meldingen er det lagt vekt på forebyggende helsearbeid for å ivareta livskvalitet for den enkelte.

Tillitsmodellen er det av prosjektene i programmet som skal utfordre forvaltningsmodellen for de hjemmebaserte tjenestene. De hjemmebaserte tjenestene har vært basert på en bestiller / utførermodell med sterke kontrollrutiner og rapporteringskrav. Detaljerte vedtak og stramt definerte tidsrammer er lagt til grunn for tjenester den enkelte mottar. Fagpersoner har hatt liten mulighet for fleksibilitet og faglige vurdering ved endring av behov og tilstand. Det er behov for å prøve ut nye modeller for tjenestetildeling og utførelse. Den enkelte som mottar tjenester skal i større grad involveres med utgangspunkt i hva som er viktig for dem. Medarbeidernes faglig stolthet, arbeidsglede og kreativitet skal verdsettes. Tillitsmodellen i Oslo skal implementeres etter hvert i alle bydeler.

Dette prosjektet vil både omfatte organisasjonsutvikling og tjenesteutvikling. Prosjektet er et prosjekt som berører mange ulike instanser internt i Oslo kommune, og også mange ulike instanser eksternt. I Tillitsmodellen skal tjenestene samskapes mellom medarbeidere og innbyggere. Prosjektet vil derfor måtte gjennomføres som med åpen innovasjon som metode og med fokus på kommunikasjon og bred involvering. (Prosjektplanen, 2016, s. 2)

I *Prosjektplanen* poengteres altså særlig:

- a) nødvendigheten av innovasjon, forskning og utvikling for å skape en bærekraftig pleie- og omsorgssektor,
- b) at hensikten med Tillitsmodellen er å utfordre den eksisterende forvaltningsmodellen for de hjemmebaserte tjenestene (bestiller/utfører-modellen),
- c) at den enkelte som mottar tjenester i større grad skal involveres med utgangspunkt i hva som er viktig for dem,
- d) at medarbeidernes faglige stolthet, arbeidsglede og kreativitet skal verdsettes, og
- e) at Tillitsmodellen skal utvikles gjennom bred involvering og etter hvert implementeres i alle bydeler

Røttene til Tillitsmodellen finner vi i altså i Seniorsmeldingen (2014). Denne peker på behovet for strukturendringer og å skape en innovasjonskultur som en avgjørende suksessfaktor:

Bystyremeldingen Seniorsmelding: *Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo* er en strategisk plan for Oslo kommunes arbeid for en aktiv og sunn aldring i befolkningen, inklusive fremtidig eldreomsorg. Meldingen viser hvilke prioriteringer og strukturendringer Byrådet vil foreta for å få en bærekraftig pleie- og omsorgssektor. Meldingen følger opp visjoner og mål for eldre i byrådserklæringen. Meldingen har et perspektiv fram mot 2024. Å skape en innovasjonskultur blir avgjørende for å lykkes. (Seniorsmelding 2014, s. 2)

NASJONALE FØRINGER

I *Seniormeldingen* er det også et klart mål at tjenestene skal bli mer personorientert, rettet mot det som er viktig for den enkelte: ”Tjenestene skal i størst mulig grad tilpasse seg den enkeltes behov, enten som pasient eller som pårørende. Selvstendighet, respekt og trygghet for den enkeltes verdighet og integritet skal ivaretas” (s. 3). Det er også et klart mål at ”eldre skal kunne bo trygt hjemme lengst mulig” (s. 4). I *Seniormeldingen* refereres det både til *Samhandlingsreformen* (2009) og stortingsmeldingene *Morgendagens omsorg* (2013) og *Folkehelsemeldingen* (2013). Intensjonen om økt grad av personorientering med vekt på hva som er viktig for den enkelte som mottar tjenester samsvarer også med senere nasjonale politiske føringer, som intensjonen om å skape ”pasientens helsetjeneste”, spissformulert i slagordet ”Ingen beslutninger om meg, tas uten meg”, slik vi finner det i *Primærhelsemeldingen* (2015, s. 9). Tillitsmodellens intensjon er også i tråd med Helsedirektoratets analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten for 2016, som viser at tjenester som gis i hjemmet i større grad bør tilpasses behovene til personer med demens og deres pårørende (Helsedirektoratet 2017).

TILLIT SOM UTFORDRING TIL BESTILLER/UTFØRER-MODELLEN

I *Seniormeldingen* var ”tillit” fortsatt et relativt perifert begrep. I *Byrådserklæringen* (2015) – plattformen for byrådsamarbeid mellom AP, MDG og SV, som ble utarbeidet året etter – ble ”tillit” gjort til det sentrale begrepet, ikke bare for hjemmetjenestene, men som styringsprinsipp for kommunen som helhet. Her heter det blant annet:

Tillit ligger til grunn for byrådets styring av Oslo kommune. For byrådet handler økt tillit til ledere og ansatte om overføring av faglig myndighet og ansvar, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog, kompetansehevingstiltak og forankring. (...) Byrådet vil gjennomføre en tillitsreform for å sikre bedre samhandling mellom ledelse og ansatte, en bedre utnyttelse av de ansattes kompetanse, mer brukerdeltagelse, bedre tjenester og en mer effektiv bruk av kommunens ressurser. De samlede rapporteringskravene i ulike sektorer skal gjennomgås, med sikte på å avbyråkratisere tjenesteproduksjonen. (s. 10-12)

I *Byrådserklæringen* finner vi også den analysen av hjemmetjenestene Oslo kommune som ligger til grunn for forprosjektet *Tillitsmodellen*, med en uttalt politisk vilje til å utfordre bestiller/utfører-modellen:

Situasjonen i hjemmetjenesten i Oslo krever endringer. Faglige vurderinger og samarbeid mellom ansatte og de som mottar tjenester har kommet i bakgrunnen, byråkrati, stoppeklokker og for lite helhetlig omsorg er blitt normen. Stoppeklokkene skal fjernes og erstattes av en tillitsreform med behovsprøvde omsorgsplaner, der den som trenger tjenesten og de ansatte utformer tilbudet sammen. (...) Byrådet vil (...): Gjennomføre forsøk i et utvalg bydeler med alternativer til bestiller/utførermodellen (s. 45)

Her kan det være på sin plass å peke på det åpenbare, at det å utfordre bestiller/utfører-modellen også kan oppfattes som å utfordre et styrings- og organisasjonsprinsipp som har dominert offentlig sektor i flere tiår, og som fremdeles høyst levende i offentlig forvaltning, også i kommunal helse- og omsorgssektor – *New Public Management* (NPM). Noen enkel definisjon på NPM finnes ikke. Det kan snarere betraktes som en merkelapp på en rekke reformer med målsetning om å kutte kostnader og øke bruk av økonomiske insentiver etter modell fra privat næringsliv (Grund 2006). NPM forbindes ofte med vektlegging av administrativ ledelse på bekostning av faglig ledelse (Nesheim 2006).

Et sentralt argument for å innføre bestiller/utfører-modellen i hjemmebaserte tjenester var hensynet til likebehandling og rettferdig tildeling av tjenester. Man ville sikre likebehandling ved å skille mellom de som har ansvar for å fatte vedtak og de som leverer tjenestene, slik at

bestiller-enheter har ansvar for søknadsbehandling og behovsvurderingen, mens utførerne har ansvar for tjenesteytingen (Helsedirektoratet 2017, s. 72). Det finnes ulike måter å organisere bestiller/utfører-modellen på. I Oslo kommune har man valgt å innføre et formelt og organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon for alle helse- og omsorgstjenestene (Agenda Kaupang 2016, s. 35; Deloitte 2012, s. 2). Å utfordre dette formelle og organisatoriske skillet er altså et av formålene med minipiloteringen av Tillitsmodellen.

Det har vært en løpende politisk debatt om NPM de siste tiårene. Det vil imidlertid føre langt utenfor mandatet å gi en analyse av politiske argumenter og posisjoner. Poenget her er at det å utfordre bestiller/utfører-modellen kan oppfattes som å utfordre NPM som styringsprinsipp og dermed også politiske posisjoner og argumenter knyttet til dette. I vår forståelse av bakgrunnen for Tillitsmodellen, og vår lesning av Seniorsmeldingen og Byrådsrklæringen, synes det imidlertid å være bred enighet om fire ting, som alle er sentrale også i nasjonale føringer på feltet:

1. at det er behov for strukturell fornyelse av de hjemmebasert helse- og omsorgstjenestene for å bli i stand til å møte fremtidens utfordringer,
2. at det må legges bedre til rette for at eldre skal kunne bo lenger og kunne føle seg trygge i eget hjem,
3. at de som mottar tjenester og deres pårørende i større grad må involveres i beslutninger som angår dem, og
4. at medarbeidere må få økt faglig tillit til å vurdere behov for tjenester og justere disse med utgangspunkt i endret helsetilstand, slik at tjenestene blir mer fleksible

INSPIRASJONSKILDER INTERNASJONALT

I bakgrunnsdokumentene vises det til to inspirasjonskilder internasjonalt – Buurtzorg-modellen i Nederland og tillitsreformen i København kommune. Begge bygger på tillit som prinsipp for organisering, men det er også store forskjeller. Tillitsreformen i København er en stor, kommunal system-reform, hvor man har innført tillit som overordnet prinsipp for organisering og ledelse (Bentzen 2016a, 2016b).

Buurtzorg-modellen i Nederland er en non-profit virksomhet som ansetter sykepleiere og pleieassistenter i selvstyrte team på opp til 12 personer som leverer hjemmetjenester til ca. 50-60 pasienter. Grunntanken ved starten i 2007 – slik de selv beskriver den – å fjerne overbetalte ledere, luksuriøse kontorer og lag av byråkrati, og gi sykepleiere selv myndighet og mulighet til å ta ansvar for omsorgen for pasienter i et avgrenset område (Kreitzer mfl. 2015; Monsen & De Blok 2013). Buurtzorg vokste fra ett team i 2007 til ca. 750 team og 8.000 ansatte i Nederland i 2016, og har også spredt seg til andre land, blant andre USA og Japan. Buurtzorg i Nederland skårer høyt på både bruker- og medarbeidertilfredshet, og har vunnet prisen for beste arbeidsgiver i Nederland flere år på rad.

I Seniorsmeldingen heter det at byrådet vil prøve ut Buurtzorg-modellen i noen områder i utvalgte bydeler, noe som peker direkte frem mot mini-piloteringen. Her beskrives også modellen ganske utførlig:²

² I tittelen på dette avsnittet i Seniorsmeldingen – "Nabolagsorganisering av omsorgstjenestene" – og i den avsluttende beskrivelsen av modellen man ønsker å prøve ut, kan man få inntrykk av at involvering av nettverk, lokalmiljø og frivillige ("nabolag") er sentralt i Buurtzorg-modellen. Å lytte til hva som er viktig for brukerne er sentralt i modellen, men vi kan ikke se verken av Buurtzorgs egne presentasjoner eller av forskningskildene at aktiv involvering av nettverk, lokalmiljø og frivillige inngår som sentralt i Buurtzorg-teamenes oppgaver.

Nabolagsorganisering av omsorgstjenesten

I Europa har man prøvd ut flere innovative modeller for tjenesteutvikling. I Nederland har man utviklet modellen Buurtzorg som innebærer nabolagsorganisering av omsorgstjenestene. Dette er en modell for hjemmetjenester der oppgaveglidning settes i system ved at et større antall oppgaver og utvidet ansvar blir gitt til spesialutdannet personale. Selvstyrte team på inntil 12 sykepleiere og annet nødvendig personell har ansvar for et område med ca. 15 000 borgere og samarbeider tett for å sikre kontinuitet. Teamene er uavhengige, men blir støttet av en sentral tjenesteorganisasjon. Sykepleiere leder og leverer tjenestene, noe som betyr høyere kostnad per time, men til gjengjeld har behovet for timer vist seg å bli betydelig redusert. Sykepleierne organiserer selv sitt arbeid med fokus på pasientinvolvering og utstrakt bruk av pasientens nettverk og nærmiljø. Modellen har vært en stor suksess og har ført til økt tilgang på kvalifisert personale, økt produktivitet og kvalitet. Samtidig har man sett en reduksjon av kostnader, reisetid, nødvendige ressurser per pasient, fravær og utskifting av personell. Byrådet vil prøve ut modellen i noen geografiske soner i utvalgte bydeler der en gruppe fagpersoner får ansvar for tjenestetilbudet. Nettverk, lokalmiljø og frivillige skal involveres for å tilpasse tilbudet til brukerens ønsker. (Seniormeldingen 2014, s. 39)

MINIPILOTENE – UTVIKLING OG ORGANISERING

Bydelene Grorud, Gamle Oslo, Østensjø og Ullern (prosjektansvarlig) har deltatt i forprosjektet Tillitsmodellen, Bydelene dekker områder fra nord, sør, øst og vest i byen.

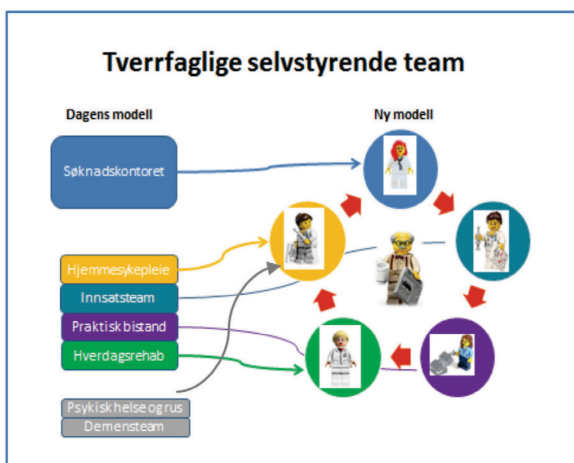
- *Bydel Grorud* ligger ved Lillomarka og favner områdene Ammerud, Grorud, Kalbakken, Rødtvet, Nordtvedt og Romsås. Bydelen har cirka 27.000 innbyggere, og 150 ulike nasjonaliteter er representert.
- *Bydel Gamle Oslo* består av områdene Gamlebyen, Vålerenga, Grønland, Tøyen, Ensjø, Kampen, Etterstad, Valle-Hovin, Helsfyr og Ekeberg-skråningen, i tillegg til en rekke øyer i Oslofjorden. Bydelen har ca. 50.000 innbyggere, og preges i dag av kulturelt og sosialt mangfold.
- *Bydel Østensjø* ligger sørøst i Oslo i ytre by, nær Østmarka. Den har ca. 50.000 innbyggere.
- *Bydel Ullern*, en vestlig bydel i Oslo kommune med nær 32.000 innbyggere og nesten like mange arbeidsplasser. Bydelen grenser mot Lysakerelven og Bærum i vest, Bydel Frogner i sør og øst og Bydel Vestre Aker i Nord.

Våren 2016 ble det – i tråd med strategiplanen for Tillitsmodellen – gjennomført et omfattende involverende program i regi av prosjektleder, hvor medarbeidere, tillitsvalgte og ledere i de fire bydelene deltok i en åpen innovasjonsprosess med tanke på å utvikle best mulige forslag til konkretisering av minipiloter. Det ble avholdt personalmøter hvor ansatte ble informert om forprosjekt Tillitsmodellen, forventninger om og muligheter til aktiv deltagelse, og åpen innovasjon som metode. 24. mai ble det avholdt en ”kjempe-workshop” der ledere, tillitsvalgte og medarbeidere i hjemmetjenesten fra alle fire prosjektbydeler deltok og arbeidet med mulige fremtidsbilder. I juni ble det arrangert en konkurranse – i direkte forlengelse av workshop’en – i alle fire bydeler. Svarfrist var 19. juni. Deltagerne fra ”kjempe-workshop’en” og andre ansatte ble utfordret til å komme med forslag til minipiloter. Det kom inn over 50 svar, de fleste fra grupper på fire personer, det vil si at ca. 200 personer deltok i konkurransen. Forslagene viste seg å være ganske overlappende på tvers av bydelene.

SELVSTYRENDE TEAM MED SAKSBEHANDLING INN I TJENESTEN

I en ny workshop i juni, med deltagelse av prosjektledergruppen og andre involverte, ble ideene konkretisert i 12 forslag, som ble videre bearbeidet i en workshop i august. Det ble utarbeidet en felles innstilling fra en utvidet prosjektledergruppe, inkludert tillitsvalgte fra Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund, med fem forslag til endringer som kunne piloteres:

1. Selvstyrende team
2. Saksbehandling inn i hjemmetjenesten
3. Hjemmetjenesten forvalter egne korttids- og rehabiliteringsplasser
4. Oppbemanning av hjemmetjenesten, for å opprettholde kvalitet og redusere ressurser til å finne vikarer
5. Arbeidsfleksibilitet, organisert ut fra brukers behov og medarbeideres ønsketurnus



Figur 1. Modell for tverrfaglige selvstyrende team

Alle bydelene ønsket å pilotere selvstyrende, tverrfaglige team, inkludert saksbehandling i hjemmetjenesten, unntatt bydel Grorud, som utsatte pilotering til hovedpiloteringen. Det å ta saksbehandling inn i tjenestene var forøvrig den endringen av tjenesten som fikk flest stemmer. I tillegg til dette ønsket Østensjø og Gamle Oslo at hjemmetjenesten også skulle forvalte egne korttids- og rehabiliteringsplasser, mens Østensjø også ønsket å prøve ut arbeidsfleksibilitet.

Styringsgruppen, som behandlet forslagene på møte 9. september 2016, sluttet seg til prosjektgruppens anbefalinger, bortsett fra forslag 4 "Oppbemanning".

LITT TEORI – OM TILLIT I RELASJONER OG ORGANISASJONER

Tillitsmodellen – slik vi har forstått intensjonen – representerer en *konseptuell* innovasjon i den forstand at den innebærer å se både tjenestene, organiseringen og ledelse av disse i lys av et nytt begrep – *tillit*. Også kommunens og tjenestens rolle i samfunnet kan forstås på en ny måte i lys av dette begrepet (Røste & Godø 2005). Tillitsmodellen kan for eksempel potensielt bety et systemisk skifte fra primær kontrollorientering til en primær tillitsorientering i forvaltningen av tjenestene, slik det indikeres i Byrådserklæringen og Prosjektplanen, blant annet ved at tillitsbasert ledelse skal innføres på alle nivåer. Et slikt skifte kan for eksempel også bety at de primære spørsmålene om kvalitet ikke lenger skal være om tjenestene leveres i henhold til vedtekter og vedtak og om eventuelle avvik blir korrigeret, men om tjenestene leveres slik at tjenestemottakerne kan stole på at de får den helsehjelp de har krav på og om det som er viktig for dem blir tatt hensyn til.

TILLIT I RELASJONER

Teorier om tillit finnes i ulike varianter og på ulike faglige grunnlag, fra psykologi og etikk til sosiologi og organisasjonsforskning. Felles synes å være at tillit innebærer risiko. Ifølge Erik Eriksons teori om stadier i den psykologiske utviklingen formes ens forhold til tillit i den aller første perioden av et barns utvikling (Erikson 1950). Grunnleggende tillit kommer inn i barns liv gjennom omsorgsfulle foreldre, mens svikt i tidlig omsorg kan undergrave tilliten, noe som vil kunne prege en gjennom livet. Ifølge etikeren Knud Løgstrup er tillit noe naturlig, en

spontan livsytring, forut for psykologien. I møter med andre mennesker holder man noe av den andre personens liv i sin hånd, noe som utløser en etisk fordring om ikke å misbruke den makten som ligger nettopp i tilliten (Løgstrup 1956). En slik relasjonell forståelse av tillit er relevant i hjemmetjenestene, fordi det ofte er snakk om tjenester til personer som har behov for helsehjelp. De kan være sårbare og utsatt på ulike måter, og avhengige av at de som leverer tjenester lever opp til den tilliten det innebærer å slippe andre inn i sitt eget hjem når man er i en slik sårbar posisjon.

TILLIT I SOSIALE SYSTEMER

Sosiologen Niklas Luhmann ser på tillit på systemnivå, som en mekanisme til reduksjon av sosial kompleksitet (Luhmann 1999). Ifølge Lehmann betyr den økende kompleksiteten i samfunnet at behovet for tillit også øker. Ved å gi tillit til medarbeidere kan en leder forenkle oppfølgingen av administrative prosedyrer og rutiner. Samtidig er det også en risiko for at medarbeidere ikke har kompetanse til å leve opp til tilliten eller at de rett og slett misbruker den. Tillitsledelse er derfor ikke det samme som å holde fingrene av fatet (Bentzen 2016a).

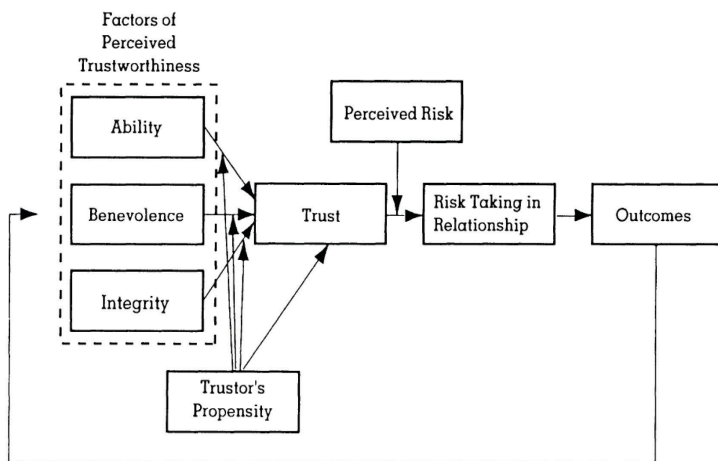
Sett fra en borgers synspunkt i møte med et komplekst system som en kommune, vil man kanskje spontant stole på at for eksempel hjemmetjenesten kommer som avtalt og at de som kommer er flinke og vet hva man trenger hjelp til. Men hvis denne tilliten brytes gjentatte ganger, for eksempel ved at tjenesten ikke kommer til avtalt tid eller at det stadig kommer nye personer som ikke vet hva de skal gjøre, vil denne tilliten forvitte.

ORGANISATORISK TILLIT

I forskningslitteraturen om organisasjon og ledelse har betydningen av tillit vært påpekt lenge, sammen med erkjennelsen at uten tillit er ledelse ikke mulig (Solomon 1998). Litteraturen peker på tillit i organisasjoner som en viktig faktor for blant annet arbeidsprestasjon, motivasjon, innovasjon, kommunikasjon og samarbeid (Jones & George 1998; Tourish & Hargie 2004).

De amerikanske organisasjonsforskerne Mayer, Davis & Schoorman (1995) antok også tidlig at behovet for tillit i organisasjoner ville øke i takt med utviklingen av kulturelt mangfold, i og med at man i stadig mindre grad kan ta et felles utgangspunkt for gitt. De utviklet en modell for organisatorisk tillit på bakgrunn av eksisterende litteratur og empiri (figur 2).

Modellen er utviklet med på bakgrunn av forskning om bedrifter, ikke helsetjenester, men kan også kaste lys over tillitsprosesser knyttet til offentlig tjenesteyting. Den bygger på funnet at det er særlig tre faktorer som påvirker personers opplevelse av tillit til en organisasjon: evne (*ability*), velgjørenhet (*benevolence*) og integritet (*integrity*). Med ”evne” mener vi her ferdigheter, kompetanse og det som ellers skal for å levere det som forventes. Med ”velgjørenhet” menes her vilje til å gjøre godt for personen som viser organisasjonen tillit og å ha en innstilling av vennlighet og hjelpsomhet, også når det ikke er penger å tjene. Med ”integritet” menes her at den som viser tillit opplever at organisasjonen og dens representanter handler ut fra felles verdier og prinsipper, at dette er prinsipper og verdier man selv kan slutte seg til, som rettferdighet, ordholdenhet og personlig integritet.



Figur 2. *Organizational trust* (Mayer mfl. 1995)

Modellen illustrerer at når organisasjonen viser evne, velgjørenhet og integritet vil man være tilbøyelig til få tillit til den, selv om man også kan føle en viss risiko. Men hvis man velger å ta noe risiko i relasjonen, vil resultatet (*outcomes*) – når det gjelder opplevd *evne*, *velgjørenhet* og/eller *integritet* – avgjøre om tilliten i neste omgang blir styrket eller svekket.

Overført til kommunale hjemmetjenester vil borgerne – ifølge denne modellen – oppleve tillit til kommunen i den grad tjenestemottakerne og deres pårørende erfarer

- at hjemmetjenesten har kompetanse og er i stand til å levere gode tjenester,
- at hjemmehjelperne er vennlige og hjelpsomme, og viser at man vil tjenestemottageren vel
- at det er helhet, sammenheng og kontinuitet i tjenestene

DEL II PROBLEMSTILLING OG METODE

PROBLEMSTILLING

Mini-piloteringen skulle altså bestå i å prøve ut selvstyrende team med saksbehandling inkludert i hjemmetjenesten, med tanke på å høste erfaringer før hovedpilotering. Den overordnede problemstillingen, slik den er formulert i oppdragsdokumentet, er å undersøke erfaringene med mini-pilotene (endringer i tjenestene) som er iverksatt i forprosjektperioden. Med tanke på formålet med Tillitsmodellen dels er at den enkelte som mottar tjenester i større grad skal involveres med utgangspunkt i hva som er viktig for dem, og dels fagpersoner skal få økt tillit, myndighet og ansvar, har vi valgt å undersøke brukerens og ansattes erfaringer. Med “erfaringer” forstår vi her både a) *brukernes opplevelser og vurderinger* av tjenestene ved starten og mot slutten av perioden, og b) *de ansattes tanker og vurderinger*, særlig om styrker og svakheter ved mini-pilotene i forhold til tidligere praksis, og om hva de mener vil bli viktig å ta hensyn til for at implementering av Tillitsmodellen skal bli vellykket. Med “ansatte” mener vi her både ledere og fagansatte som har vært tilknyttet piloteringen i ulike roller og som altså har erfaring med disse. Hovedproblemstillingen vi søker å besvare med underspørsmål:

Hva er erfaringene med minipilotene i hjemmetjenestene i de tre bydelene?

- Hvilke forventninger til Tillitsmodellen hadde medarbeidere før oppstart?
- Hvilke ønsker om endringer hadde tjenestemottagerne før oppstart av piloteringen?
- Hvilke erfaringer har mottagerne med tjenestene etter 3-4 måneders pilotering?
- Hvilke erfaringer har teammedlemmene og ledelsen med piloteringen?
- Hvilke risiki har vist seg og hvordan kan disse møtes (suksessfaktorer) for å lykkes best mulig med hovedpilotering og implementering?

DESIGN OG METODEDETILNÆRMING

Forskningsprosjektet har fulgt utviklingen av tillitsmodellen fra august 2016 til og med mars 2017. Vi har valgt et åpent utforskende design, med bruk av både kvalitative og kvantitative metoder.

KVALITATIVE METODER

Den kvalitative delen har først og fremst bestått i dokumentanalyse, observasjon på teammøter, teamledermøter og workshops, samtaler og korte intervjuer med teammedlemmer, teamledere og prosjektleder, og et storfokusgruppe-intervju med de tre teamene. To av forskerne har hatt særlig ansvar for å samle inn og systematisere kvalitative data, og har ført observasjonsdagbok fra møter og workshops, skrevet logg og referat fra samtaler og intervjuer, og samlet inn skriftlig materiale og fotografert lapper og postere fra workshop-prosesser. Data er analysert av hver enkelt forsker, og presentert i flere møter i forskergruppen for felles refleksjon og analyse, for deretter å videreutvikle analysen, nyansere kategorier og presisere hovedfunnene i flere runder, inntil materialet ikke ga fra seg videre ny informasjon. Analysen har først og fremst vært induktiv, ut fra materialet selv, som beskrevet over, dels også – i neste omgang – deduktiv, med utgangspunkt i vår fortolkning av mandatet, dokumentanalysen av materialet kommunen har gjort tilgjengelig (rapporter, strateginotater,

prosess- og møtereferater, etc), og nyere empirisk forskning om utfordringer i hjemmetjenestene (Hafskjold mfl. 2016; Kristensen mfl. 2017). På denne bakgrunnen har vi identifisert en rekke kriterier eller erfaringsområder som det var naturlig å undersøke, som saksbehandling, tverrfaglighet, læring i team, brukerforståelse, samvalg, fleksibilitet, rapportering, teknologi, dokumentasjon, selvstyring, ledelse, administrasjon, organisering og format. Disse erfaringsområdene har først og fremst fungert som sjekkpunkter opp mot den induktive analysen.

KVANTITATIVE METODER – SPØRREUNDERSØKELSER

Brukerundersøkelser

For å undersøke brukernes tillit til tjenestene designet vi et enkelt spørreskjema med både lukkede og åpne svarmuligheter (se appendix 1 og 2). Skalaen ”Tillit til tjenestene” består av seks spørsmål designet spesielt for denne studien. I tillegg besvarte brukerne åpne spørsmål om hva de de var fornøyd med, hva de ikke var fornøyd med, når de ønsket å motta tjenestene og demografiske spørsmål. Brukerne svarte på undersøkelsen i november 2016 før pilottesting av selvstyrende team og i mars 2017.

Teamdeltakeres spørreundersøkelse

I januar svarte deltakerne på teamworkshop med erfaringsdeling; teammedlemmer i de tre bydelene, deres ledere og coacher på et omfattende spørreskjema med a) spørsmål som er spesifikt utviklet for denne studien, og flere validerte skjemaer, blant annet om b) evnen til nytenkning (Pirson mfl. 2012), c) personorientering (McCormack mfl. 2017) og d) kommunikasjonskompetanse (Axboe mfl. 2016). Tanken bak dette var å innhente erfaringer så langt og identifisere forutsetninger for å lykkes med overgangen til tverrfaglige, selvstyrende team og det å gi gode tjenester med utgangspunkt i hva som er viktig for brukerne.

*

I tabell 1 gis en oversikt over tidslinjen i følgeforskningsprosjektet, de forskjellige metodene som er brukt og når de forskjellige forskningsaktivitetene har funnet sted.

Tabell 1. Tidslinjen med aktiviteter i følgeforskningsprosjektet

Aktivitet	Aug. 2016	Sept. 2016	Okt. 2016	Nov. 2016	Des. 2016	Jan. 2017	Feb. 2017	Mars 2017	April 2017
Spørreundersøkelse brukere				x				x	
Spørreundersøkelse ansattgrupper				x		x			
Observasjon teamene				x	x	x	x		
Observasjon prosjektledergruppe (utvidet)	x	x						x	x
Observasjon teamledermøte						x			x
Observasjon styringsgruppe m/ deltagelse og formidling av resultater			x					x	
Observasjon/samtaler med ledere på div. møter og arrangementer			x	x	x	x	x	x	x
Samtaler/møter med prosjektleder	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Storfokusgruppe-intervju med teamene							x		
Deltagende observasjon workshops m/ formidling av resultater		x				x		x	
Dokumentanalyse	x	x	x					x	x
Søknad om midler NFR HELSEVEL			x						

DEL III RESULTATER

Resultatene presenteres i fire deler. 1) Resultatene av brukerundersøkelsene, som ble gjennomført i november 2016 og i mars 2017, 2) Resultatene av en medarbeiderundersøkelse fra november 2016 og 3) fra januar 2017, den siste supplert med kvalitative funn, og 4) utdypende kvalitative funn innhentet gjennom observasjon, intervjuer og samtaler med medarbeidere og ledere fra august 2016 til april 2017.

BRUKERUNDERSØKELSER NOVEMBER 2016 OG MARS 2017

Tabell 2 Deltakere i brukerundersøkelsen i november 2016 og i mars 2017

		November 2016 N = 79 N (%)	Mars 2017 N=73 N (%)
Bydel -	Ullern	13 (9.8)	16 (21.9)
	Gamle Oslo	27 (20.5)	25 (34.2)
	Østensjø	39 (29.5)	33 (45.2)
	Grorud	53 (40.2)	0
Kjønn	Mann	40 (30.5)	19 (26)
	Kvinne	91 (69.5)	52 (74)
Alder	18-49	1 (0.8)	3 (4.1)
	50-67	18(13.6)	11 (15.1)
	68-80	40 (30.3)	15 (20.5)
	81-100	73 (55.3)	41 (56.2)

Brukere i de fire bydelene som var med i prosjektet besvarte et spørreskjema om de tjenestene de mottok var i overensstemmelse med deres behov. De vurderte også hvorvidt de følte seg trygge, hadde tillit til tjenestene og mente deres ønsker og behov ble ivaretatt. De fikk også åpne spørsmål om hva de likte best, hva de likte minst og hva de skulle ønsket annerledes ved hjemmetjenestene. Undersøkelsen ble fylt ut av brukerne selv uten at personale var til stede. De som trengte hjelp til utfylling fikk assistanse av ekstern person som var innleid av prosjektet til nettopp dette.

I november besvarte 132 pasienter fra de fire prosjektbydelene på spørsmål vist i tabell under. I mars ble en tilsvarende undersøkelse gjennomført i de tre bydelen som hadde igangsatt pilotering av små tiltak. Her svarte 73 pasienter/brukere. De fleste var i aldersgruppen 81 til 100 år. Rundt 30% var menn. Tabell 2 viser oversikt over hvor mange som svarte fra hver bydel, alder – og kjønnsfordeling.

Brukerne svarer gjennomsnittlig mellom 3.15 og 3.95 på spørsmålene. Det var allikevel store variasjoner, da de brukte hele svarskalaen fra “i svært liten grad” til “i svært stor grad”.

LAV GRAD AV BRUKERMEDVIRKNING OG SELVBESTEMMELSE

Spørsmålet som fikk lavest vurdering var spørsmålet om i hvor stor grad er du med på å bestemme den hjelpen du får. Svaret ligger nær 3, som er på midten, som tilsvarer “i noen grad”. Det var ingen signifikant endring på svarene på dette spørsmålet på de to tidspunktene. Brukerne skåret altså relativt lavt på brukermedvirkning og selvbestemmelse.

ØKENDE TRYGGHET OG TILLIT

Spørsmålet som fikk høyest vurdering var spørsmålet om de følte seg trygge på at de får den hjelpen de trenger. Svaret var nesten 4, som tilsvarer “i stor grad”. Her var det også en signifikant økning på tidspunkt 2.

Tabell 3. Brukernes tillit til tjenestene - utvikling fra november 2016 til mars 2017

Spørsmål	November 2016 Gjennomsnitt (SD) min –max - N=79	Mars 2017 Gjennomsnitt (SD) min –max - N = 73
1. I hvor stor grad føler du deg trygg på at du får den hjelpen du trenger fra kommunen?	3.63 (0.9) 1-5	3.95 (0.8) 2-5 [#]
2. I hvor stor grad er du selv med å bestemme den hjelpen du får?	3.15 (1.1) 1-5	3.37 (1.2) 1-5
3. I hvor stor grad opplever du at dine ønsker og mål blir ivaretatt når det besluttes hvilke tjenester du skal ha?	3.35 (1.1) 1-5	3.59 (0.9) 1-5
4. Hvor tilfreds er du med hjemmetjenesten du får fra kommunen?	3.66 (0.9) 2-5	3.89 (0.9) 1.5
5. I hvor stor grad er tilpasser hjemmetjenesten seg når behovet ditt endrer seg?	3.37 (1.1) 1-5	3.70 (1.0) 1-5 [#]
6. I hvor stor grad får du hjelp med det som er viktigst for deg å få hjelp til?	3.72 (0.9) 1-5	3.82 (1.0) 1-5
Sumskåre [§]	20.88 (4.9) 9-30	22.50 (4.8)*

[#] $p < 0.05$ for forskjell i gjennomsnittlig vurdering av enkeltspørsmål

* $P = 0.044$, T-test for uavhengige grupper

[§] Cronbachs alfa for sumskåre-skalaen var 0.90

ØKENDE TILFREDSHET MED KVALITETEN PÅ TJENESTENE

Vi laget også en sumskåre av svarene (uten bydel Grorud, som ikke piloterte) (tabell 3). Alle spørsmålene samlet kan sees som en totalvurdering av kvaliteten på tjenestene, inkludert trygghet og tillit, sett fra brukernes synspunkt. Lavest mulig skåre kan være 6 og den høyeste 30. Brukernes gjennomsnitt var 20.88 før pilotering og 22.5 etter pilotering. Endringen var statistisk signifikant i positiv retning (effektstørrelse 0.33). Dette er et overraskende godt resultat tatt i betraktning at prosjektet er i oppstart, teamene er midt i en omorganisering og de organisatoriske rammene ennå ikke avklart.

HVA LIKER BRUKERNE BEST?

Brukerne svarte også i åpne tekstfelt utdypende på hva de verdsatte mest og minst ved tjenestene og hva de ønsket endret. På spørsmålet “Det jeg liker best ved hjemmetjenesten i dag er ...” var hovedtendensen i svarene

- at brukerne føler seg godt ivaretatt,
- at de som kommer er blide og hyggelige, og
- at det at de kommer gir forutsigbarhet og trygghet.

HVA LIKER BRUKERNE MINST?

På spørsmålet “Det jeg liker minst ved hjemmetjenesten i dag er ...” var hovedtendensen i svarene

- a) at det er for mange forskjellige personer som kommer,
- b) at de har liten tid, og liten tid til å prate, og
- c) at det der uforutsigbart når de kommer.

HVA ØNSKER BRUKERNE ANNERLEDES (HVA ER VIKTIG FOR BRUKERNE)?

På spørsmålet “*Det jeg først og fremst skulle ønske var annerledes er ...*” svarte brukerne at de ønsket mindre av det de likte minst ved tjenesten. Tre sitater representerer hovedtendensen tydelig,

- a) at det er færre og faste personer som kommer,
- b) at de har bedre tid,
- c) at de holder avtalt tidspunkt og kommer til mer faste tider

MEDARBEIDERUNDERSØKELSE NOVEMBER 2016

I november ble det gjennomført en anonym spørreundersøkelse blant de ansatte i de fire bydelene som er med i prosjektet Tillitsmodellen, inkludert Bydel Grorud, som ikke deltar i mini-piloteringen. I tabell 4 presenteres respondentenes bakgrunn. 153 ansatte svarte. Vi sendte ut 200 spørreskjema (respons 76%), 50 til hver bydel. 82% av de som svarte var kvinner. Median alder var 43 år. Av de som svarte på spørsmål om stilling arbeidet 45 som sykepleier og 36 som hjelpepleier/helsefagarbeider. De som svarte representerte ulike deler av tjenestene; 70% var fra hjemmetjenesten. Et bredt spekter av kompetanse/utdanningsbakgrunn var representert.

Tabell 4. Ansatte som deltok i spørreundersøkelse høsten 2016 (N=153)

Bydel	Ullern Gamle Oslo Østensjø Grorud	47 (31%) 32 (21%) 32 (21%) 42 (27%)
Kjønn	mann kvinne	27 (18%) 126 (82%)
Alder	år (median min-max)	43 (23 – 63)
Stilling	sykepleier hjelpepleier/helsefagarbeider	45 (29 %) 36 (24 %)
Utdanning (N=139)	sykepleier/geriatrik sykepleier fysioterapi/ergoterapi/jordmor/vernepleier/sosialhøgskolen/ høgskole/ bachelor helsefag / hjelpepleier/omsorgsarbeider/ med videreutdanning/fagbrev	54/3 4/6/1/1/16/7/4 10/21/5/2/1/
Arbeidsenhet	søknadskontor hjemmetjenesten praktisk bistand rehabiliteringsteam annet	17 (11%) 107 (70%) 15 (10%) 4 (2 %) 11 (7 %)

TILLIT OG SELVSTYRING?

De ansatte svarte på fem spørsmål om grad av tillit og selvstyring i deres daglige arbeidshverdag. Svorskalaen var fra 1 = "I svært liten grad" til 5 = "I svært stor grad". De ansatte ønsker stor grad av selvbestemmelse i jobben. De opplever også å bli vist ganske stor grad av faglig tillit. De opplever i mindre grad at de har selvbestemmelse i jobben, at forslag til endringer blir tatt godt imot og at de har frihet til å finne gode løsninger. Her brukes hele svorskalaen, så det er store variasjoner på individuelt nivå.

Tabell 5. Grad av opplevd tillit og mulighet for selvstyring.

Spørsmål	
1. Hvor stor grad av selvbestemmelse føler du at du har i jobben?	3.34 (0.8) 1-5
2. Hvor stor grad av faglig tillit føler du at du blir vist i dag?	3.77 (0.8) 2-5
3. Hvor stor grad av selvbestemmelse ønsker du å ha i jobben?	3.89 (0.7) 1-5
4. I hvor stor grad opplever du at dine, og andres, forslag til forbedring av tjenestene blir tatt godt imot?	3.2 (0.86) 1-5
5. I hvor stor grad opplever du at du står fritt til å finne gode løsninger sammen med brukeren?	3.35 (0.9) 1-5

BEDRE TJENESTER?

På spørsmål om medarbeiderne tror Tillitsmodellen vil gi bedre tjenester for brukerne svarer 83% ja og 17% nei. De ble også bedt om å begrunne svaret.

De som svarer ja oppgir ulike grunner, men mange overlapper. Nedenfor er svarene gruppert i ni ulike kategorier (antall svar i hver kategori i parentes). De som svarte ja forventet at Tillitsmodellen ville medføre:

- færre ansatte per bruker, så man blir bedre kjent og brukeren tryggere (48)
- økt medbestemmelse for brukerne og mer bruk av faglig skjønn (26)
- økt brukermedvirkning og samarbeid med brukerne (22)
- tverrfaglighet i team, og dermed bedre oversikt og helhet (19)
- mindre tidspress og stress for ansatte (14)
- økt trygghet for brukerne, og mer forutsigbarhet, kontinuitet og tillit (generelt) (9)
- at brukernes problemer fanges opp raskere, og at det blir kortere vedtakstid (8)
- at ansatte får økt motivasjon, trivsel, trygghet og selvtilit vil øke (5)
- mer hverdagsmestringstankegang og økt selvstendighet, selvfølelse, rehabilitering (4)

De relativt få som *ikke* forventet bedre tjenester for brukerne begrunnet dette med at Tillitsmodellen ville medføre:

- for små ressurser til å møte brukernes behov, og for få ansatte (10)
- manglende objektiv likebehandling; noen brukere vil tape på at andre vinner (5)
- mer stress, mer arbeid for medarbeiderne (3)
- manglende kompetanse; kompetanseheving nødvendig, og det vil neppe skje (2)
- økonomiske innsparinger vil påvirke kvaliteten negativt (2)
- overoppfølging av brukerne, større krav, for god relasjon (vanskelig å si nei) (2)

På spørsmål om de selv kunne tenke seg å arbeide i selvstyrende team svarer 65% ja, mens 35% svarer nei.

MEDARBEIDERUNDERSØKELSE JANUAR 2017 MED KOMMENTARER

I det følgende presenteres resultatet av en større medarbeiderundersøkelse som ble gjennomført i januar 2017 sammen med resultater av den kvalitative følgeforskningen. De kvalitative funnen presenteres som ”kommentarer” til de kvantitative, dels for å utdype disse, dels for å nyansere og peke på utviklingstrekk i perioden. Grunnen til at vi presenterer resultatene av disse to metodiske tilnærmingene sammen er for å unngå å presentere svar på tilnærmet samme spørsmål flere ganger, og for å gjøre fremstillingen mer helhetlig og sammenhengende. Vi har altså valgt å presentere de kvalitative funnene som en ”kommentar”, og har satt denne i kursiv for tydelighetens skyld.

OM TILLITSMODELLEN, PERSONORIENTERING OG KOMMUNIKASJONSKOMPETANSE

I januar svarte deltakerne på teamworkshop med erfaringsdeling; teammedlemmer i de tre bydelene, deres ledere og coacher på et omfattende spørreskjema med a) spørsmål som er spesifikt utviklet for denne studien, og flere validerte skjemaer, blant annet om b) evnen til nytenkning (Pirson mfl. 2012), c) personorientering (McCormack mfl. 2017) og d) kommunikasjonskompetanse (Axboe mfl. 2016). Tanken var å innhente erfaringer så langt og identifisere forutsetninger for å lykkes med overgangen til tverrfaglige, selvstyrende team og det å gi gode tjenester med utgangspunkt i hva som er viktig for brukerne.

8 fra Ullern, 11 fra Gamle Oslo og 10 fra Østensjø svarte på spørreskjemaene. 25 (83%) kvinner og 5 (17%) var menn. Gjennomsnittsalder var 42 år (SD = 10 år) fra 25 – 60. Utdanningsbakgrunnen var yrkesfag (7/23%), utdanning på bachelornivå (18/58%), masternivå (2/7%) og annet 1. Tre hadde ikke svart på dette spørsmålet. De representerte et bredt spekter av yrkesgruppe; sykepleier (14/45%), helsefagarbeider (6/19%), vernepleier (3/10%), fysioterapeut (3/10%), omsorgsarbeider (1/3%), ergoterapeut (1/3%), annet (1/3%).

GJENNOMFØRING AV TILLITSMODELLEN I TEAMENE

Deltakerne svarte på spørsmål om kompetanse i teamene, forståelse av oppgaver og lederstøtte. Deltakerne mener at teamet i stor grad har nødvendig kompetanse og at de leverer tjenester av god kvalitet. De områdene som ble lavest vurdert og med signifikant forskjell på bydelenes svar var om det er tilstrekkelig kompetanse i teamene og grad av opplevd lederstøtte.

Tabell 6 Vurdering av team i minipilot-kontekst

På en skal fra 1-5 (1 = i meget liten grad, 2 i liten grad, 3 nøytral, 4 i stor grad, 5 = i meget stor grad), i hvilken grad mener du	Gjennomsnitt (standardavvik)
1. at teamet har tverrfaglige kompetanse til å utføre sine oppgaver i tillitsmodellen?	4.43 (0.7)
2. at teamet <i>alene</i> har tverrfaglige kompetanse til å utføre sine oppgaver i tillitsmodellen?	3.89 (0.9)*
3. at teamet har forstått Tillitsmodellen og oppgavene dette medfører?	3.96 (0.9)
4. at teamet utfører alle oppgaver som var tenkt i starten?	3.55 (0.9)*
5. at teamet leverer tjenester av god kvalitet	4.32 (0.7)
6. at tjenestene i dag er bedre enn før mini-piloteringen startet	4.11 (0.8)

7. at medarbeiderne i teamene har brukernes beste som første prioritet, og ikke noe annet (som hensyn til kolleger, prosedyrer, budsjett, eller annet).	4.11 (0.8)
8. at teamet får den lederstøtte det trenger?	3.61 (1.3)*
9. at teamet selv vil mene at det får den lederstøtte det har behov for?	3.43 (1.1)*

Deltakerne svarte også på hvilke ressurser/fagpersonell som var integrert i teamet og møter regelmessig på teamets møter. Fysioterapeut og ergoterapeut var godt integrert, mens tjenestetildeling og personaladministrasjon ikke var det (tabell 7). Her svarte ikke alle på spørsmålene.

Tabell 7. Integrering av fag og administrative ressurser

	integrert i teamet	ekstern deltagelse	Midt i mellom
Fysioterapeut	21	5	1
Ergoterapeut	20	6	1
Tjenestekontor/administrasjon	11	10	2
Personaladministrasjon	6	8	2

MOTIVASJON FOR Å ARBEIDE I TEAM

Deltakerne svarte på fire spørsmål om motivasjon. De svarer at arbeidet i Tillitsmodellen har påvirket deres arbeid positivt i stor grad, og i liten grad negativt. Den samme svar-tendensen finner vi når de vurderer motivasjonen i teamet. *Dette samsvarer godt med observasjonsdata fra workshop på det tidspunktet (januar) og observasjon på teammøter, men det er også observasjoner mot slutten av perioden som kan peke den andre veien.*

Å arbeide tverrfaglig er en viktig motiverende faktor som understrekes i ulike sammenhenger og på tvers av team, særlig det å ha fått med fysioterapi og ergoterapi. ”Veldig nyttig med fysioterapi i teamet”. Det syntes å være udelt positive erfaringer med å arbeide tverrfaglig, i den grad det ble gjennomført.

Å gjennomføre fornyet inkomstsamtale med utgangspunkt i ”Hva er viktig for deg?”-spørsmålet, var det også svært god erfaringer med. Flere meldte i ulike sammenhenger at de ble bedre kjent med brukerne og deres behov, at det var lettere å tilpasse tjenestene, og at det virket som brukerne også var mer fornøyd.

Observasjoner fra slutten av prosjektperioden (mars/april) peker imidlertid i motsatt retning, at motivasjonen var under press. I flere av teamene ble det da trukket frem at selv om de fortsatt var engasjert og positive, følte de at det var vanskelig å få gjort alt de skulle, og at de knapt hadde tid til å ta pauser. En sa det slik: ”Det blir mye gåing – vi stresser, vi går og spiser samtidig, ikke bare innimellom. Det blir mye.” De følte også på manglende lederstøtte og administrativ kapasitet: ”Vi er de samme personer, men flere oppgaver og ikke lenger noe støtteapparat”. Flere ga uttrykk for at de ofte strakk seg langt, kanskje lenger enn de burde. En formulerte det på denne måten: ”Rammebetingelsene er ikke der. Det går på helsa løs.” Dette betyr ikke nødvendigvis at motivasjonen for å arbeide i team var mindre, men at trolig at frustrasjonen over manglende støtte og risikoen for slitasje hadde økt betydelig mot slutten av prosjektperioden.

Tabell 8. Arbeidsmotivasjon

På en skal fra 1-5 (1 = i meget liten grad, 2 i liten grad, 3 nøytral, 4 i stor grad, 5 = i meget stor grad).	Gjennomsnitt SD
1. I hvilken grad har ditt arbeid med tillitsmodellen påvirket din motivasjon positivt?	4.19 (0.8)
2. I hvilken grad har ditt arbeid med tillitsmodellen påvirket din motivasjon negativt?	2.26 (0.9)
3. I hvilken grad tror at tillitsmodellen har påvirket teammedlemmenes motivasjon positivt?	3.96 (0.6)
4. I hvilken grad tror tillitsmodellen har påvirket teammedlemmenes motivasjon negativt?	2.41 (0.8)

NYTENKNING

Deltakerne svarte også på 14 spørsmål som identifiserer i hvilken grad de ansatte er innovative og kreativt nytenkende. Svorskalaen gikk fra 1 (ikke i det hele tatt) til 7 (i meget stor grad). Gjennomsnittlig sumskåre for deltakerne var 5.6 (4.7 – 6.1) som innebærer ganske stor til stor grad av å være kreativ og nytenkende. *Dette samsvarer rimelig godt med observasjonsdata fra workshops, hvor det også fremkommer et stort engasjement ved å kunne dele tanker, ideer og erfaringer med andre team. På en workshop sent i perioden ble dette et eget tema, og det fremkom et sterkt ønske på tvers av teamene om å kunne møtes også etter mini-piloteringsperioden for åpent å kunne dele erfaringer og lære av hverandre.*

PERSONORIENTERING

Deltakerne svarte på 59 spørsmål om personorientert praksis (McCormack mfl. 2017). I slutten av januar hadde teamene pilotert i drøyt to måneder. Grunnen til at spørsmål om personorientert praksis er med, er fordi personorientering er sentralt i Tillitsmodellen, med utgangspunktet i spørsmålet *hva brukeren selv opplever som viktig*. Spørsmålene i skjemaet måler individuelle og organisasjonskulturelle forutsetningene for å lykkes med nettopp dette.

Spørreskjemaet er utviklet på bakgrunn av et teoretisk rammeverk utviklet av McCormack & McCance (2010), og er validert psykometrisk både i England og i Norge. Spørsmålene er delt inn i tre hovedområder:

- 1) Forutsetninger for personorientert praksis,
- 2) Faglige omgivelser og arbeidsmiljø, og
- 3) omsorgs- og pleieprosesser.

Spørsmålene har 5 mulige svaralternativer fra 1 til 5 (helt uenig, uenig, nøytral enig og helt enig. Cronbachs alpha er kalkulert for hver delskala og lå mellom 0.48 og 0.85. De alle bortsett fra en delskala hadde tilfredsstillende til meget god intern konsistens.

Tabell 9. Oversikt over teamenes egenvurderte personorienterte praksis

Delområde og delskalare (antall spørsmål)	Gjennomsnitt sumskåre (min – max)	Cronbachs alpha
Forutsetninger		
Profesjonell kompetanse (3)	4.01 (3.9 – 4.2)	0.63
Mellommenneskelige ferdigheter (4)	4.17 (3.9- 4.5)	0.68
Jobbengasjement (5)	4.25 (4.2 - 4.4)	0.76
Selvinnsikt (3)	4.15 (4.0 – 4.3)	0.67
Tydelige holdninger og verdier (3)	3.60 (3.4 – 4.0)	0.71
<i>Sumskåre delskala forutsetninger</i>	<i>4.10 (3.4- 4.5)</i>	<i>0.84</i>
Omsorgsprosesser		
Samvalg (3)	4,05 (4.0 – 4.2)	0.75
Engasjement i personen (3)	4.17 (4.0 – 4.3)	0.74
Sympatisk væremåte (3)	4.19 (4.1 – 4.4)	0.66
Holistisk helsehjelp (3)	4.20 (4.1 – 4.3)	0.82
Helsearbeidets omgivelser (organisasjonskultur)		
Skill mix – tverrfaglig kompetanse (3)	4.01 (3.8 – 4.4)	0.48
Deltakelse i beslutningsprosesser (4)	3.89 (3.6 – 4.3)	0.63
Effektive relasjoner i teamet (3)	4.10 (4.0 – 4.3)	0.85
Deling av makt (4)	4.00 (3.6 - 4.0)	0.78
Potensiale for innovasjon og risiko (3)	3.83 (3.7 - 4.0)	0.59
Fysiske omgivelser (3)	3.83 (3.5 – 4.2)	0.77
Støttende organisasjon (5)	3.50 (3.2- 3.9)	0.75
Arbeide med brukers holdninger og verdier (4)	4.05 (3.8 – 4.2)	0.81
<i>Sumskåre delskala organisasjonskultur</i>	<i>3.89 (3.2 – 4.3)</i>	<i>0.90</i>

Faglige forutsetninger

Dette området dekker opplevd kompetanse, ferdigheter, engasjement og verdier. De er engasjert i og viser respekt for de personene de arbeider med. De skårer også høyt på interesse for kompetanseutvikling og vilje til å gi kunnskapsbaserte tjenester. De skårer noe lavere på kommunikasjonsferdigheter i møte med brukerne og på det å utfordre medarbeidere på holdninger og kvalitet. De skårer lavest på det å be om tilbakemeldinger fra kolleger. *Dette samsvarer godt med kvalitative funn fra observasjon og workshop-arbeid mot slutten av perioden; at engasjementet er stort, kompetansen jevnt over god, men at det er behov for å videreutvikle kompetanse i brukerorientert kommunikasjon og samhandling i team.*

Omsorgsprosesser

Dette området gjelder hvordan omsorgsarbeidet gjennomføres. Deltagerne skårer jevnt over relativt høyt på alle spørsmål, både om involvering av brukere og pårørende, aktiv lytting, samvalg og helhetlig omsorg. *Dette samsvarer godt med resultatet av brukerundersøkelsene, som også viser en statistisk signifikant økning av brukertilfredshet og opplevelse av trygge tjenester etter overgang til minipilotering. Det samsvarer også godt med observasjonsdata, som tilsier at mange har en genuin interesse og forståelse for pasientene, og drøfter nettopp spørsmål som gjelder involvering og helhetlig omsorg i teamet. Observasjonsdata tilsier imidlertid også at ikke alle har en like god kommunikativ kompetanse.*

Helsearbeidets omgivelser - organisasjonskultur

Dette området gjelder kompetanse, samhandling og ulike aspekter ved organisasjonskulturen. De mener at teamene har ganske god tverrfaglig dekning, effektive arbeidsrelasjoner, rimelig deling av makt og fokus på brukerens verdier. Deltagelse i beslutningsprosesser og potensiale for innovasjon vurderes noe lavere. Det kanskje viktigste funnet her er at ”støttende organisasjon” får lavest vurdering.

Dette gjelder organisasjon og ledelse, og peker mot et hovedfunn fra observasjon og gruppearbeid på workshops mot slutten av perioden, nemlig at medarbeidere i teamene erfarer å få liten administrativ støtte. ”Vi er de samme personer, men flere oppgaver og ikke lenger noe støtteapparat”. En annen sa det slik: ”Vi føler vi har fått til mye, men rammebetingelsene er ikke der.” Det syntes å være en felles erfaring at det kunne være svært liten forståelse å få fra ledere når man meldte fra om slikt, og også når man meldte om behov eller kommer med forslag til endringer.

Resultatet av medarbeiderundersøkelsen samsvarer altså med kvalitative funn som indikerer at mens medarbeiderne i team er orientert mot det som er viktig for brukerne, er organiseringen og lederne rundt teamene i mindre grad orientert mot det som er viktig for medarbeiderne. Når det er sagt må det også sies at lederne rundt teamene ikke har hatt en enkel jobb, i og med at pilotering og løpende drift av tjenesten foregår samtidig, at også lederrollen er under pilotering og systemet rundt i liten grad har vært endret.

KOMMUNIKASJONSKOMPETANSE

Deltakerne svarte på syv spørsmål (skala 1-5) om kommunikasjonsferdigheter som er viktige i Tillitsmodellen (se tabell 10). Det var noen individuelle variasjoner, men i snitt var de i stor grad sikre på å ha kompetanse som skal til.

Tabell 10. Vurdering av egen kommunikasjonskompetanse

Spørsmål: Hvor sikker er du på at du kan ... (skala 1-5: 1 = i meget liten grad, 2 i liten grad, 3 nøytral, 4 i stor grad, 5 = i meget stor grad).	Median (min –max)
1. Kartlegge det som er viktig for bruker	4 (4-5)
2. Vurdere behovet for tjenester	4 (4-5)
3. Justere behovet for tjenester når situasjonen endrer seg	4 (3-5)
4. Lede teammøtet	4 (2-5)
5. Kommunisere med bruker og pårørende i fellesskap	4 (3-5)
6. Løse konflikter i fellesskap	4 (3-5)
7. Samhandle med bruker og stimulere til egenmestring	4 (3-5)

Videre svaret deltakerne på spørsmål om hvor sikre de er på å kunne takle ulike kommunikasjonsutfordringer og –oppgaver (Tabell 11). De svarte at de er rimelig sikre på bla. å kunne involvere brukere og håndtere følelseladde pasienter og pårørende. De er litt mindre sikre på at de kan lykkes med å overbringe vanskelige budskap og håndtere sinte pasienter og pårørende.

Tabell 11 Egevaluering kommunikasjon om følelser og involvering

Spørsmål: Hvor sikker er du på at du kan lykkes med ... (Skala 1-10; 1= slett ikke sikker, 10 = meget sikker)	Median (min - max)
1. å håndtere følelseladede pasienter/pårørende?	8 (4-10)
2. å håndtere sinte pasienter/pårørende?	7 (4-10)
3. å overbringe vanskelige budskap til pasienter/ pårørende?	7 (3-10)
4. å disponere tiden din sammen med pasienter/pårørende?	8 (5-10)
5. å involvere pasienter/pårørende i de beslutninger er som tas?	8 (5-10)

Deltagerne ble også bedt om å vurdere sine egne kommunikasjonsferdigheter mer i detalj (tabell 12), særlig med tanke på hva som blir viktig for å identifisere hva som er viktig for brukeren, motivere for egenmestring og legge til rette for brukermidvirkning og samvalg (Eide & Eide 2017). Spørsmålene gjaldt både hvorvidt man var sikker på å ha de ulike ferdighetene og hvor viktig de mente det var å ha disse ferdighetene.

De er jevnt over sikre på at de i stor grad har disse ferdighetene, men vurderer samtidig sin egen kompetanse lavere enn viktighetsgraden på flere områder. Dette gjelder blant annet det å identifisere det som er viktig for pasienten og å oppmuntre pasientene til å uttrykke tanker og følelser (tabell 12). At dette er vanskelig samsvarer med funn i to større studier av kommunikasjon i hjemmesykepleien (Hafskjold mfl 2016; Sundler, Eide mfl. 2016; Sundler, Hoglander mfl. 2016). Det var også diskrepans rundt om pasienten hadde forstått informasjon og ved det å avslutte samtalen og være sikker på om pasientene hadde fått svar på sine spørsmål.

Tabell 12 Kommunikasjon om det som er viktig for pasienten

Spørsmål: Hvor sikker er du på at du kan ... Hvor viktig mener du det er ... (Skala: (1= slett ikke sikker/viktig , 5 = meget sikker/viktig)	Hvor sikker	Hvor viktig
c) ... å identifisere det som er viktig for pasienten når du er sammen med pasienten?	4 (3-5)	5 (4-5)
d) ... lage en plan for møtet/samtalen sammen med pasienten ? (ledelse av samtalen)	4 (3-5)	4 (3-5)
e) ... oppfordre pasienten til utdype og fortelle om sine problemer/bekymringer?	4 (3-5)	4 (3-5)
f) ... oppmuntre pasienten til å uttrykke tanker og følelser?	4 (3-5)	5 (3-5)
g) ... strukturere en samtale med pasienten ?	4 (3-5)	4 (3-5)
h) ... å vise passende non-verbal atferd (øyekontakt, ansiktsuttrykk, plassering, kroppsholdning, stemme)? (28)	4 (3-5)	4 (4-5)
i) ... å vise empati? (29)	5 (3-5)	5 (4-5)
j) ... å avklare hva pasienten vet, for å kunne formidle informasjon i riktig mengde?	4 (3-5)	4 (3-5)
k) ... å finne ut om pasienten har forstått informasjonen som er gitt?	4 (3-5)	5 (4-5)
l) ... å lage en plan basert på felles beslutning mellom deg og pasienten?	4 (3-5)	4 (3-5)
m) ... å avslutte samtalen og forsikre deg om at pasienten har fått svar på sine spørsmål?	4 (3-5)	5 (3-5)

RESULTATER – UTFYLLENDE KVALITATIVE FUNN

Overfor har vi presentert kvalitative funn i tilknytning til medarbeiderundersøkelsen i januar. Nedenfor skal vi summere opp de erfaringene som ble innhentet gjennom observasjon, intervjuer og samtaler med medarbeidere og ledere, særlig i perioden fra november 2016 til april 2017.

SELVSTYRING

Et viktig tema fra starten var hvor langt tilliten til teamene skulle gå og hvor langt teamene skulle være selvstyrende. Teamene har opplevd å få faglig tillit i den forstand at de har fått ansvar for å gi hjemmetjenester av høy kvalitet til brukerne. Slik sett har de fått tillit. Men deres erfaring – som gjelder teamene i noe ulik grad – er at de ikke er bemannet til denne oppgaven. De mangler blant annet administrativ kompetanse og støtte i teamet. Tre utsagn fra forskjellige sammenhenger som peker på dette: ”Vi er de samme personer, men flere oppgaver og ikke lenger noe støtteapparat”; ”Vi har like mye tid hos bruker, men ingen støtte som den vanlige hjemmesykepleien”; ”Det er stort tidspress. Vi jobber nærmest akkurat på samme måten, men med mindre støtte. Trodde vi skulle fått mer tid.” En viktig erfaring er at teamene må formateres slik at reell selvstyring er mulig uten å forstrekke seg. Dette gjelder også nødvendig kompetanse for å kunne gi helhetlige tjenester.

SAKSBEHANDLING INN I HJEMMETJENESTEN

Teamenes har i varierende og begrenset grad hatt saksbehandlingskompetanse i teamet, og manualen for saksbehandling ble ikke klar før prosjektperioden gikk mot slutten (20.3.17). Hvorfor dette tok så lang tid, vet vi ikke. Man kan spørre seg om det kan være fordi Tillitsmodellen representerer et så stort sprang i forvaltningsforståelse at systemet selv (ved dets representanter på ulike nivåer) bremser nødvendige endringer. Manualen som til slutt ble utarbeidet utfordrer forøvrig etter vår oppfatning bestiller/utfører-modellen i begrenset grad. Uansett hva årsaken er, blir det viktig med tanke på hovedpiloting å utvikle kompetanse i teamene og et rammeverk for vedtak som sikrer god saksbehandling også i Tillitsmodellen. En annen side ved dette er at det synes å være en gjennomgående erfaring at i den grad saksbehandling har foregått i teamet har den vært styrt av en saksbehandler mer eller mindre på utlån, og i mindre grad vært et team-anliggende. Satt på spissen kan man si at man flyttet bestillerkontoret inn i teamet, i stedet for å bygge opp teamets kompetanse til å være selvstyrende i spørsmål om vedtak og saksbehandling. Det er med andre ord behov for å avklare hvordan saksbehandling skal foregå i team eller i hjemmetjenesten, og hvilke rammer og retningslinjer som skal gjelde.

HVA ER VIKTIG FOR DEG? – SPØRSMÅLET. BRUKERORIENTERING

Erfaringen med å involvere de som mottar tjenester i større grad med utgangspunkt i hva som er viktig for dem er som nevnt jevnt over meget gode. Medarbeiderne opplever stort sett at de mestrer dette, får en bedre forståelse av hva brukeren trenger, og kan tilpasse tjenestene i noen grad etter dette.

For noen synes det imidlertid å være noe uklart hva det å ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukeren skal bety. Forskerne har ved flere anledninger fått høre at det å stille dette spørsmålet er uheldig, kanskje oftere fra ledere rundt teamene enn fra teammedlemmer selv.

Grunnen til at det er uheldig, skal være at det kan sette brukerne på den tanken at det er fritt frem å melde hva de måtte ønske og dermed sette tjenestenes ressurser på spill. Hvor utbredt denne tanken er, vet vi ikke, men det kan kanskje være nødvendig å skape en felles forståelse for at rammen om spørsmålet om hva som er viktig for brukere alltid vil være en situasjon hvor man yter nødvendig helsehjelp.

En annen problemstilling, som er blitt nevnt av flere team, er at det å bli bedre kjent med brukerne også gjør det lettere å se hva de virkelig har behov for: ”Når vi åpner for hva som er viktig for dem, bekymringer – ser vi at det er så mye mer å ta tak i.” Dermed kan man komme i en prioriteringsklemme. Og åpner man først for hva som er viktig for den andre, må man også ha anledning til å møte dette på en god måte. Ellers vil den andre lett føle at det ikke var en genuin interesse og vilje til å hjelpe bak spørsmålet, og tilliten vil synke.

En tredje problemstilling er at det å hjelpe personer med det som er viktig for dem kan ta tid. Et eksempel som har vært nevnt flere ganger er det å vente på en person som selv må opp og gå, og følge personen ut på badet tar lenger tid enn å kjøre personen inn i rullestolen: ”Hjelp til selvhjelp krever mye av teamet; må ha tid til å la personen gjøre ting selv.” En annen sa det slik: ”Vi må venne oss til å tenke helt nytt. Det er et annet mindset. Det kommer til å ta tid.”

TVERRFAGLIGHET OG KOMPETANSE

Tverrfaglighet i team har vært en udelt positiv erfaring, som vi var inne på over. Erfaringen er at d gir bredere forståelse av og oppfølging av brukeren, overføring av kunnskap til resten av teamet, og en mer helhetlig forståelse. Den praktiske organiseringen har imidlertid enkelte steder vist seg vanskelig, både ved at for eksempel fysioterapeuter og hjemmetjenesten har konterer på forskjellige steder, at medlemmene av teamene har forskjellige ledere som prioriterer forskjellig, og at teamene kan ha tynn kompetanse på områder hvor det kan være stort behov, som for eksempel demens eller psykisk helse.

Hvis teamet skal ha et helhetlig ansvar må den samlede kompetansen i teamet tilpasses det reelle behovet i brukergruppen. Dermed utfordrer Tillitsmodellen ikke bare bestiller/utfører-modellen, men også den innsats- eller spesialist-team-modellen man har i flere bydeler. Her synes det å være ulike måter å tenke om spesialteam på: At de kan leve side om side med selvstyrende team, at kompetansen de representerer må inn i de selvstyrende teamene, eller at spesialistteam – som for eksempel demens – leverer helhetlige hjemmetjenester til brukere som krever spesialkompetanse.

LEDELSE OG ORGANISERING

Teamene er blitt ledet på ulike måter med ulike erfaringer. Teamlederne har meldt tydelig at rollen er ny og uvant, og forventningen til den er uklare, både fra den øvrige ledelse og fra teamet selv. Prosjektleder har imidlertid vært klar på at rollen som teamleder (utenfor selve teamet) først og fremst innebærer å fungere som coach for teamet. Dette er imidlertid en rolle ikke alle har vært like komfortable med. Teamlederne har fått noe opplæring underveis, men teamene er i piloteringsfase, coach-rollen er ny, man hadde ikke valgt den selv, og systemet rundt er fortsatt det gamle. I tillegg kommer at saksbehandlingsrutinene var under utvikling gjennom hele perioden. Teamene selv meldte et klart behov for å ha en leder som kunne ta overordnede beslutninger. En egen problemstilling er knyttet til at ikke alle medarbeiderne i teamene hadde samme personalansvarlige leder. Dette var naturlig, gitt at teamene var tverrfaglige og skulle mini-pilotere. Men erfaringen var at det også bidro til at spørsmålet om

ledelse ble komplisert. Teamene var i en piloteringsfase og team-lederne i en rolle som også ble pilotert. Samtidig hadde de også lederfunksjoner utenfor teamene, altså i gammel struktur. Dette var ingen enkel situasjon, verken for team-leder eller team-medlemmer.

En naturlig konklusjon kan være at medlemmer av et team ved hovedpilotering bør ha samme leder, slik at uklarerheter om ansvar og prioriteringer kan unngås. En leder bør kunne ha ansvar for flere, minst to team.

Erfaringene fra lederne kan kort oppsummeres som behov for å utvikle og avklare lederrollen, og nødvendig skolering i tillitsledelse. Det synes som fem forhold blir spesielt viktig for en team-ansvarlig, foruten å coache teamet og legge til rette for selvstyring, nemlig å se til a) at teamet har klare og avgrensede oppgaver og tydelig ansvar, b) at prosedyrer og rammer for vedtak og saksbehandling forøvrig er avklart, c) at teamet har den nødvendige faglige og administrative sammensetningen, og d) at teamet har et format som står i rimelig forhold til ansvar og oppgaver.

DIGITAL TEKNOLOGISTØTTE

Teknologistøtte var et tilbakevendende tema på samlinger og workshops, initiert av teammedlemmene selv. Teamene benyttet seg i ulik grad av digitale verktøy til informasjonsoppdatering, dokumentasjon og kommunikasjon. Uavhengig av dette var det et sterkt og gjennomgående ønske om bedre teknologistøtte, og også en forundring over at Oslo kommune var kommet så kort på dette feltet. Mange kjente også til Buurtzorg, hvor all løpende kommunikasjonen og dokumentasjonen foregår digitalt. Et idé som dukket opp på en workshop – som fikk stor tilslutning – var hvordan digitalisering kunne skape en mer fleksibel arbeidsdag og spare mye tid, ved at man for eksempel kunne møte direkte hos første bruker om morgenen, i stedet for å samles til stille eller muntlig rapport før man reiser ut. Tanken var at hvis man først tenker tillit, bør man også kunne bruke tiden på det som er viktig – hos brukeren. Oppsummert var erfaring med teknologistøtte:

- et sterkt ønske om tilpasninger av Geric
- behov for opplæring av alle i teamet
- behov for enklere systemverktøy
- behov for enklere kommunikasjonsverktøy (overføring av info om brukere)
- ønske om aktiv bruk av smart teknologi, som digitale nøkler og annen velferdsteknologi

DEL IV DRØFTELSE

Selvstyrende team med saksbehandling ut av bestillerkontoret og inn i hjemmetjenesten var den konkretiseringen av Tillitsmodellen som ble utviklet til mini-pilotering gjennom en involverende prosess med deltagere hjemmetjenestene, bestillerkontor, ledelse og fagforeninger fra alle fire bydeler. Selvstyrende team etter Tillitsmodell-prinsipper var også den innovasjon som var kjernen i søknaden fra Oslo kommune til Norges forskningsråd.

Vi skal først drøfte to litt overraskende funn, som kanskje er de viktigste, på hver sin måte. Deretter skal vi summere opp og drøfte helheten i erfaringene i form av anbefalinger med tanke på hovedpilotering.

ØKT BRUKERTILFREDSHET

Det første er at vi ser en liten, men signifikant bedring i brukertilfredshet, trygghet og tillit etter 3-4 måneders pilotering. Dette er overraskende, fordi de tre teamene måtte omstille seg, finne nye samarbeidsformer og levere tjenester av høy standard samtidig som man var midt inne i en endringsprosess preget av utprøving og uklarhet om organisering, ledelse beslutningsprosesser, etc. Det er lite i denne situasjonen som skulle tilsi at de samtidig ble i stand til å levere bedre tjenester. På den andre siden kan team-medlemmene ha blitt inspirert og fått energi av å delta i et viktig prosjekt og den oppmerksomheten som ble prosjektet til del, noe som kan ha oppveid ulempene ved å være i endringsprosess med mye uklarhet. Vi tror imidlertid andre grunner spiller en vel så viktig rolle. Det er særlig to grunner vi tror kan være utslagsgivende, grunner som har litt ulike aspekter:

1. *Nytt fokus på brukerorientering:* Vekten i minipiloteringen ble lagt på hensynet til brukerne, og det å ta utgangspunkt i hva brukerne selv opplever som viktig. Det er grunn til å tro at dette i seg selv kan ha bidratt til å skjerpe oppmerksomheten mot brukeren som person. I tillegg kommer at man gjennomførte nye innkomstsamtaler med mange brukere med dette som utgangspunkt. Og for det tredje hadde medarbeiderne eksplisitt frihet og selvbestemmelse til å vektlegge det som var viktig for brukerne, og dermed være mer fleksibel enn tidligere. Det virker sannsynlig at disse tre faktorene bidrar til trygghet og opplevelse av gode tjenester for brukeren.
2. *Styrket medarbeidermotivasjon.* Ifølge Self Determination Theory (SDT) er det særlig tre faktorer som antas å styrke indre motivasjon: å få tilfredsstilt behovet for selvbestemmelse, behovet for tilknytning og fellesskap, og behovet for å føle seg kompetent, som ofte i praksis vil bety å mestre situasjonen og bruke sin kompetanse (Deci & Ryan, 2008; Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). Ideen bak Tillitsmodellen skårer høyt på alle disse tre faktorene. Minipilotene representerer økt selvbestemmelse ved å vise tillit til medarbeidernes faglige skjønn. Behovet for tilknytning kan ha blitt tilfredsstilt i større grad enn tidligere både ved at man er få personer i et team, samarbeider på nye måter og ved at man deltar i et stort felles prosjekt. Behovet for å mestre situasjonen, å oppleve seg kompetent, er en mer tvetydig faktor, i og med at deltagernes kompetanse også blir utfordret og rammebetingelsen er usikre. Mange uttaler imidlertid at de opplever å kunne gi bedre tjenester med denne arbeidsformen, noe som nettopp er et uttrykk for at man bruker sin kompetanse og mestrer situasjonen. Også den kvantitative undersøkelsen peker mot styrket medarbeidermotivasjon.

HØY GRAD AV KOMPLEKSITET

Det andre overraskende funnet var hvor kompleks strukturen i Oslo kommune er, og hvor komplisert det er å gjennomføre piloter med utgangspunkt i et politisk mandat (altså ovenfra) i et samarbeid mellom tre sidestilte, ulike og autonome bydeler. Nå som vi har sett det på nært hold over en periode på ca. 8 måneder er det ikke lenger grunn til å være overrasket, men vår initiale overraskelse over kompleksiteten kan allikevel være en viktig erfaring med tanke på hva som skal til for å lykkes med en hovedpiloting i flere bydeler.

Gjennom dokumentanalysen viste det seg at mye har forskjøvet seg underveis. Til tross for at prosjektet Tillitsmodellen har hatt en klar prosjektansvarlig i bydelsdirektøren i Ullern Bydel og en meget erfaren, dyktig og kreativ prosjektleder ansatt samme sted, har piloteringen – slik vi har erfart det – ikke vært et felles prosjekt for bydelene. Vi har i perioder vært i tvil om Oslo kommune i det hele tatt ønsker Tillitsmodellen velkommen, for så i neste øyeblikk å oppleve et sterkt engasjement og entusiasme. I teamene har entusiasmen vært der hele tiden, såvidt vi kan bedømme. Selv organiseringen av forprosjektet har endret seg underveis, sikkert av gode grunner. Den har vært så vanskelig å identifisere at vi – som den våkne leser sikkert har oppdaget – rett og slett har unnlatt å tegne kartet over hvordan arbeidet har vært organisert, med alle dets grupper og undergrupper. Terrenget har endret seg underveis. Dette er ikke en kritikk av noen, men en erfaring vi har hatt ved å følge mini-piloteringen over tid. Oslo kommune er en ekstremt kompleks organisasjon, preget av parallelle autonome enheter med litt ulik organisering og ulike interesser. Det er svært mange interessenter i denne mini-piloteringen, i og på tvers av bydelene, også i deler av organisasjonen som vi ikke kommer i direkte kontakt med som følgeforskere. Når dette er sagt, må vi også si vi som forskere bare har møtt åpne dører. Ingen kjepper i noen hjul. Hører dette med under erfaringer, som problemstillingen handler om? Ja, vi tror det er en viktig erfaring fra minipiloteringen og en observasjon som vi tror det er verdt å reflektere litt over.

Vi kan konkretisere med et eksempel. Vi har fulgt mini-piloteringen tett, og har forundret oss over for eksempel hvorfor det ikke har vært mulig å klargjøre for *det aller mest sentrale ved hele mini-piloteringen*, nemlig å flytte vedtak og saksbehandling inn i hjemmetjenesten. Alle bydelene hver for seg ønsket å pilotere nettopp saksbehandling i hjemmetjenesten i mini-pilotene. Dette ble også ble vedtatt av styringsgruppen for Tillitsmodellen. Det er også et av hovedformålene med å mini-pilotere Tillitsmodellen, å utfordre bestiller/utfører-modellen. Men rammeverket lot seg ikke ferdigstille. Mangel på et slikt rammeverk har selvfølgelig begrenset piloteringen, og skapt vanskeligheter både for de enkelte teamene og deres ledere. På den annen side – og her er vi ved poenget – kan det at det har vært så vanskelig å få på plass et slikt rammeverk også sees på som *en nøkkelerfaring med tanke på vellykket hovedpiloting*: Det er mye som har vært uklart og som det har vært vanskelig å få klarhet i, og det bør legges en del arbeid i å avklare slike spørsmål før hovedpiloting settes i gang.

ORGANISATORISK TILLIT: EVNE, VELGJØRENHET OG INTEGRITET

Med tanke på at Tillitsmodellen skal bidra til at brukere av hjemmetjenestene skal føle seg trygge og at borgere skal ha tillit til Oslo kommune, er hjemmetjenestens *evne* til å gi gode og trygge tjenester helt avgjørende, jf modellen for organisasjonstillit (figur 2, s. 16). I denne modellen er altså kompetanse helt sentralt, *evne* til å gjøre en god jobb og møte pasientene der

de er. Men også *velgjørenhet* og organisatorisk helhet og *integritet* er viktig. Evne, velgjørenhet og integritet er alle knyttet til ulike sider ved kompetansebegrepet. Vi skal nedenfor sammenfatte de øvrige erfaringene med mini-piloteringen i lys av ulike former for kompetanse og disse tre forutsetningene for organisatorisk tillit:

- *Flerfaglige kompetanse*: Et sentralt aspekt ved Tillitsmodellen. Flerfaglige team har vært en suksess; det hever kvaliteten, øker forståelsen av brukeren, det stimulerer læring og virker motiverende. En nøkkelfaktor i tjenestenes evne til å gi gode tjenester.
- *Vurderingskompetanse*: Også dette er en nøkkelfaktor i Tillitsmodellen. Rammeverket for å bygge vurderingskompetanse i team og utfordre bestiller/utfører-modellen er ennå ikke klart. Dette handler både om organisatorisk integritet og evne til å levere gode tjenester.
- *Samarbeidskompetanse*: Teamene skårer blandet på dette. Kompetansebygging og trening i tverrprofesjonelt samarbeid, erfaringslæring og konfliktløsning i team kan bli viktig, både for evne til å gi gode tjenester og skape sammenheng og integritet i tjenestene.
- *Kommunikasjons- og samvalgskompetanse*: Mange melder at dette mestrer de godt, mens andre opplever utfordringer ved å ta utgangspunkt i en hverdagsmestringstankegang og i hva brukeren selv opplever som viktig. Samvalg og velgjørenhet henger nært sammen.
- *Administrasjonskompetanse*: Her etterlyser teamene både ressurser og rammebetingelser, slik at dokumentasjon, vaktordninger og annen form for administrasjon kommer på plass. Dette har først og fremst med organisatorisk helhet og sammenheng å gjøre.
- *Mestringskompetanse* (tilstrekkelig kapasitet/format). Teamene meldte mot slutten av perioden at kapasiteten var for liten og at det kunne gå på helsa løs. Å til rette for at teamet kan ta helhetlig ansvar er viktig både for å kunne gi gode tjenester og for at brukerne skal oppleve helhet og integritet i møte med tjenestene.
- *Digital kompetanse*. Godt digitalt verktøy og god opplæring blir viktig både for evne, mulighet til velgjørenhet og for at tjenestene skal henge sammen.

KOMPETANSE

Spesialist- og Innsatsteam (NPM) - Høymotiverte spesialteam - Middels motiverte medarbeidere - Brukertilfredshet og sykefravær som før	Selvstyrende, tverrfaglige team (TM) - Høymotiverte medarbeidere - Høy kvalitet og brukerorientering - Økt brukertilfredshet - Redusert sykefravær
Lav tillit og lav kompetanse - Lav kvalitet - Mange avvik - Lav brukertilfredshet - Motivasjonssvikt - Rekrutteringssvikt - Høyt sykefravær	Høy tillit og lav kompetanse - Mestringssvikt - Vurderingssvikt - Avvik/økt slitasje - Manglende mestring - Motivasjonssvikt - Økt sykefravær

TILLIT

I firefelts-tabellen til venstre (akse kompetanse – tillit) har vi forsøkt å illustrere forskjeller på nåværende modell (blått) og en ideell Tillitsmodell (gult). Tillitsaksen gjelder tillit til at tjenesten kan gi *helhetlig* omsorg, kompetanseaksen hvorvidt teamene har høy/lav kompetanse. Begge skårer høyt på kompetanse, nåværende modell med sine spesialiserte team og sitt bestillerkontor, Tillitsmodellen med sine tverrfaglige team. På akse som gjelder tillit til helhetlig omsorg skårer Tillitsmodellen høyt.

Nåværende modell skårer lavere på tillit, fordi den innebærer manglende tillit til at hjemmetjenesten alene – uten assistanse fra spesialteam – kan gi helhetlig omsorg og gode tjenester. Vi har satt det opp slik – visuelt litt retorisk – for å illustrere hvorfor vi tror det er sannsynlig at Tillitsmodellen på sikt vil gi økt brukertilfredshet og medarbeidermotivasjon og mindre sykefravær enn dagens modell. Det er i hovedsak tre grunner til dette: 1) Tillitsmodellen

skårer høyt på indre motivasjonsfaktorer som selvbestemmelse, mestring og tilhørighet, og resultatet er høymotiverte medarbeidere. Det samme gjelder for spesialistteamene, mens derimot vanlige medarbeidere i tjenestene trolig vil skåre lavere. 2) Tillitsmodellen har en brukerorientering vi ikke finner i dagens modell, og møter også brukernes ønske om å møte et begrenset antall personer. Dette øker brukertilfredsheten, som også denne studien viser. Gammel modell vil ikke representere noen endring i dette, og brukerne vil fortsatt ha mange personer å forholde seg til. 3) Tillitsmodellen – når det er kommet i flyt – vil ha motiverte medarbeidere og tilfredse brukere, og dermed mindre slitasje og sykefravær. Vi gjentar: dette er en idealisert versjon. I dagens modell vil sykefraværet forbli uendret, fordi modellen ikke endres og motivasjons- og slitasjefaktorene vil forbli de samme.

Forutsetningen for at dette ideelle bildet skal kunne realiseres, avhenger – slik vi tolker erfaringen fra mini-piloteringen – først og fremst av hvorvidt man vil være i stand til å ta høyde for de syv organisatoriske tillits- og kompetansefaktorene nevnt over. Dette vil – slik vi har erfart og fortolket den komplekse organisatoriske dynamikken i Oslo kommune – i mindre grad avhenge av hovedpilotering som et felles, bydelsovergripende prosjekt, enn av den enkelte bydels lyst til å satse på Tillitsmodellen og gjøre de nødvendige prioriteringer.

DEL V KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

KONKLUSJONER

På bakgrunn av å ha fulgt utviklingen av og arbeidet i minipilotene over en periode på ca. åtte måneder finner vi at erfaringene med mini-piloteringen er svært lovende med tanke på hovedpiloting og implementering.

Forventninger

Undersøkelser i forkant viste at medarbeidere i pilot-bydelene hadde store forventninger, blant annet at det å arbeide i Tillitsmodellen ville bety:

- mer tid til brukerne
- færre personer per bruker, og at man ville bli bedre kjent
- mer involvering av brukerne

Brukerorientering

Erfaringene med økt brukerorientering – å ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukerne og være færre personer per bruker – er svært positive:

- brukernes opplevelse av tillit og trygghet øker (signifikant) mot slutten av perioden
- team-medarbeiderne opplever å bli bedre kjent med brukerne og deres behov
- tjenestene blir mer fleksible og kan justeres etter endret behov

Tverrfaglighet

Undersøkelser gjennom piloteringsperioden viste at erfaringene med å arbeide i tverrfaglige team er udelt positive:

- det skaper ny forståelse for hva som er viktig for brukerne
- det oppleves som meningsfullt og motiverende
- det stimulerer erfaringsdeling og læring på tvers av fag

SUKSESSFAKTORER/RISIKOFAKTORER

I det følgende vil vi sammenfatte erfaringene i 10 punkter, som vi mener det kan være nyttig å legge til grunn for utvikling av hovedpiloter, alternativt implementering. De 10 punktene representerer risikofaktorer som kan snus til suksessfaktorer hvis de på gode måter. mener vi er 10 sannsynlige suksess- eller risikofaktorer for vellykket hovedpiloting og implementering av Tillitsmodellen. Om man velger å se disse faktorene som risiki- eller suksessfaktorer avhenger av hvilken vinkling man anlegger. Vi tror det er mest produktivt å se disse 10 faktorene som suksessfaktorer, fordi det viktige jo er å sørge for at hovedpilotingen, eventuelt implementeringen av Tillitsmodellen blir en suksess, og da vil det å gjennomføre de 10 forslagene til tiltak kunne bidra vesentlig til dette.

1. *Brukerorientering*: Å ta utgangspunktet i hva som er viktig for bruker kan avdekke nye behov for helsehjelp. Suksessfaktorer: Fleksibilitet i vedtak og ressurser.
2. *Kompetanse*: Helhetlig omsorg krever kommunikasjonsferdigheter i samvalg og tverrfaglig kompetanse tilpasset brukergruppen. Suksessfaktor: kompetansebygging.
3. *Tenkesett*: Helhetlig ansvar, også for hjelp til egenmestring og rehabilitering, krever at dette integreres som tenkesett i hvert team. Suksessfaktor: refleksjonslæring.

4. *Administrasjon*: team-organisering forutsetter administrative ressurser i teamet, med tanke på sikker drift og god administrasjon.
5. *Saksbehandling*: God saksbehandling i team med vedtak ut fra hva som er viktig for brukeren forutsetter klare prosedyrer/retningslinjer og god opplæring i teamene
6. *Ledelse og organisering*: Selvstyrende team trenger tillitsbasert ledelse, og medlemmer i ett team bør ha samme leder for å sikre kompetanse, kontinuitet og kvalitet
7. *Teknologi*: Kommunikasjons/dokumentasjonssystemet kan med fordel fornyes og/eller tilpasses Tillitsmodellen for å øke effektiviteten og å forbygge at omstillingen bremses
8. *Ressurser*: Medarbeiderne er motivert og strekker seg langt, men det kan gå på helsa løs med risiko for økt sykefravær hvis ressursene er for knappe
9. *Innovasjon*: Hovedpiloting innebærer innovasjon, som i seg selv innebærer risiki (jf søknaden til Norges forskningsråd). Erfaring viser at en erfaren og kreativ prosessleder (orkestrator) som kan skape flyt i prosessene er avgjørende, slik vi har sett ved en rekke anledninger under mini-pilotingen.
10. *Gevinstrealisering*: Tillitsmodellen vil trolig på sikt kunne gi stor gevinst i form av økt kvalitet, kapasitet og tillit, og redusert sykefravær og spill av ressurser, men å ta ut gevinst ved å redusere ressurser før kompetanse er bygget opp, omstillingen gjennomført og teamene er i flyt vil lett kunne bremse prosessen og føre til økt slitasje og sykefravær.

ANBEFALINGER MED TANKE PÅ HOVEDPILOTERING/IMPLEMENTERING

På bakgrunn av de systematiserte erfaringen med minipilotingen og ekspertpanelets vurderinger vil vi anbefale:

- *At bydelene utvikler hoved-piloter basert på erfaringene med selvstyrende team* (inkludert de 10 risikofaktorene over), eller – hvis de mener det er grunnlag for det – implementerer Tillitsmodellen i de hjemmebaserte tjenestene
- *At ledere i bydelene som skal pilotere gis mulighet til å skolere seg i tillitsledelse*, fra bydelsdirektør og nedover til fag- og teamansvarlige, slik at tillit gjennomsyrrer organisasjonen fra topp til bunn. Konsistens i ledelse styrker gjennomføringen.
- *At bydelene avklarer organiseringen av teamene*, bl.a.:
 1. at selvstyrende team får en klar og naturlig plass på organisasjonskartet,
 2. at det avklares hvem som er personalansvarlig for teamets medlemmer og fagansvarlig for kvaliteten på de tjenester teamet leverer
 3. at teamenes oppgaver, ansvarsområder og beslutningsmyndighet klargjøres
 4. at teamene får tillitsbaserte retningslinjer for vedtak om tjenester
 5. at administrative rutiner for team klargjøres (dokumentasjon, vaktordning etc)
- *At bydelene avklarer lederrollen i tilknytning til teamene*, bl.a.
 1. at hvert team har én faglig og administrativt ansvarlig leder med personalansvar for faste teammedlemmer (1 leder kan ha flere team).
 2. at ansvarlig leder kun har overordnet, og ikke utøvende ansvar for vedtak og saksbehandling forøvrig
 3. At ansvarlig leder får skoling i tillitsledelse

- *At bydelene sikrer at hvert team har nødvendig kompetanse og kapasitet, bl.a.*
 1. At hvert team får en klart definert oppgave- og ansvarsbeskrivelse og selvstendig saksbehandlingsansvar
 2. At hvert team får et format som er tilpasset brukergruppens størrelse og hjelpebehov, inkludert saksbehandling, administrasjon og dokumentasjon
 3. At hvert team får en bred tverrfaglig sammensetning tilpasset brukergruppen, evt. med spesialkompetanse (som demens, rehabilitering, psykisk helse, sår, etc)
 4. At hvert team får skolering i tillitsbasert teamarbeid og i hvordan kommunisere og gi tjenester med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte bruker
- *At bydeler som innfører Tillitsmodellen bygger et tillitsbasert system for systematisk kvalitetsarbeid, bl.a. ved*
 1. å initiere tillitsbasert følge/aksjonsforskning under piloteringen etter modell av søknaden til NFR (stimulere brukerorientert kommunikasjon og læring i team, identifisere risiki, utvikle og gjennomføre gode tiltak underveis, etc.
 2. å legge til rette for systematisk etisk refleksjon i piloteringsfasen for å identifisere risiki, slik det anbefales i *Veikart for tjenesteinnovasjon (SAMVEIS)* og *KS' Guide til god ledelse*
 3. å legge til rette for systematisk erfaringsutveksling med andre team i og etter pilotering, f eks halvårlig etter modell av work shops i mini-piloteringsfasen

Avslutningsvis: Tillitsmodellen innebærer ikke bare en ny organisering, men også et nytt *tenkesett* både for ledelse, organisering og praksis. Senormeldingen slo fast at det å skape en innovasjonskultur blir avgjørende for å lykkes (s. 2). Dette tror vi er riktig. Til det vil bydelene – som alle organisasjoner – trenge en pådriver som kan påta seg oppgaven å skape møteplasser, utfordre til å tenke nytt og stimulere til å kontinuerlig utvikling, og som også har stamina til å inspirere og provosere når endringsprosesser stopper opp, som de lett kan gjøre i et komplekst system som det her er snakk om. Forskergruppens erfaring er at prosjektleder har fylt den rollen på en fremragende måte i mini-piloteringen. Den rollen må også fylles når hovedpiloteringen skal settes i gang, og Tillitsmodellen som *tenkesett* skal implementeres på alle nivåer i organisasjonen.

ETIKK OG BEGRENSNINGER

Alt materiale i denne studien er behandlet fortrolig, kilder er anonymisert og alle som har deltatt har gitt informert samtykke til at materialet benyttes i anonymisert form. Studien er meldt til og godkjent av NSD (Prosjekt 50966 Pilotprosjekt Tillitsmodellen - mini-pilotering).

Studiens begrensninger ligger i valg av problemstilling og metode. Funnene er drøftet i flere runder i forskergruppen, og her lagt frem så åpent som mulig uten å eksponere kilder. Tolkninger av funnene og relevansen av anbefalingene er i noen grad validert gjennom presentasjoner for brukergruppen (pilot-deltagere, styringsgruppen og et større forum med ledere i Oslo kommune. Kommentarer er innarbeidet i foreliggende versjon.

LITTERATUR

- Agenda Kaupang (2016). *Utredningsprosjekt knyttet til analyse, videreutvikling og forbedring av tjenesteproduksjonen i bydelene*. Oslo: Oslo kommune, Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester.
- Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P.-E., & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Medical Education* 16 (1), 272: doi: [10.1186/s12909-016-0798-7](https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7).
- Bentzen, T. Ø. (2016a). Fem misforståelser om tillid. *Den offentlige* (<http://www.denoffentlige.dk/fem-misforstaaelser-om-tillid>).
- Bentzen, T. Ø. (2016b). *Tillidbaseret styring og ledelse i offentlige organisationer - I springet fra ambition til praksis (PhD avhandling)*. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Byrådserklæringen (2015). *Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti i Oslo 2015-2019*. Oslo: AP, MDG & SV.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182-185.
- Deloitte (2012). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller - utfører - modellen*. Oslo: KS/Deloitte.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Aadland, E. (2012). *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester (2. utg.)*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Folkehelsemeldingen (2013). Meld. St. 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafskjold, L., Eide, T., Holmström, I. K., Sundling, V., van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Older persons' worries expressed during home care visits: Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Councelling*, 99 (12), 1955–1963.
- Helsedirektoratet (2017). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016*. Oslo.
- Helsevel (2015). *Programplan 2015-2024. Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Jones, G. R., & George, J. M. (1998). The Experience and Evolution of Trust: Implications for Cooperation and Teamwork. *Academy of Management Review*, 23 (3), 531-546.
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4 (1), 40-44.
- Kristensen, D. V., Sundler, A. J., Eide, H., Hafskjold, L., Ruud, I., & Holmström, I. K. (2017). Characteristics of communication with older people in home care: a qualitative analysis of audio recordings of home care visits. *Journal of Advanced Nursing*. doi: [10.1111/jocn.13807](https://doi.org/10.1111/jocn.13807).
- Luhmann, N. (1999). *Tillid - en mekanisme til reduktion af kompleksitet* (dansk overs. av *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 1968). København: Hans Reitzels Forlag.
- Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.

- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Blackwell.
- McCormack, B., Slater, P., & McCance, T. (2017). The development and testing of the Person-centred Practice Inventory (PCPI) (i trykk, norsk oversettelse under utarbeidelse).
- Meld. St. 29 (2012–2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Monsen, K., & De Blok, J. (2013). Buurtzorg Nederland. *American Journal of Nursing*, 113 (8), 55-59.
- Nesheim, T. (2006). *Fremtidens ledelse i kommunene* (NSN-rapport 26/06). Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research* 16 (1), 657: doi:10.1186/s12913-016-1913-5.
- Pirson, M., Langer, E. J., Bodner, T., & Zilcha-Mano, S. (2012). The development and validation of the Langer mindfulness scale - enabling a socio-cognitive perspective of mindfulness in organizational contexts. *Fordham University Schools of Business Research Paper*: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2158921>.
- Primærhelsemeldingen (2015). Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prosjektplanen. (2016). *Prosjektplan for tillitsmodellen*. Oslo kommune.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist* (10), 2-5.
- Røste, R., & Godø, H. (2005). *Notat om innovasjon i offentlig sektor* (Arbeidsnotat 2/2005). Oslo: NIFU STEP.
- Samarbeidsavtalen. (2016). Enkel samarbeidsavtale for følgeforskning forprosjekt Tillitsmodellen mellom Oslo kommune, Bydel Ullern og Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for Helsevitenskap (15.7.2016).
- Samhandlingsreformen (2009). St. Meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Seniormeldingen. (2014). *Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo* (Byrådssak 66/14, Bystyremelding nr. 1/2014). Oslo: Oslo kommune.
- Skogli, E. (2017). *Norges Forskningsråd - Foresight innenfor tre temaområder. Kunnskapssyntese: Innovasjon i offentlig sektor* (Vol. 11). Oslo: Menon Economics.
- Solomon, R. C. (1998). Ethical leadership, emotions and trust: Beyond "charisma". I: J. B. Ciulla (red.), *Ethics, the heart of leadership* (s. 87-108). Westport: Praeger.
- Sundler, A. J., Eide, H., van Dulmen, S., & Holmström, I. K. (2016). Communicative challenges in the home care of older persons – a qualitative exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (10), 2435–2444.
- Sundler, A. J., Hoglander, J., Eklund, J. H., Eide, H., & Holmstrom, I. K. (2016). Older persons' expressions of emotional cues and concerns during home care visits. Application of the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) in home care. *Patient Education and Counseling*. doi:10.1016/j.pec.2016.09.009
- Tourish, D., & Hargie, O. (2004). *Key issues in organizational communication*. London & New York: Routledge.

**Tillitsmodellen –
erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team
i tre bydeler i Oslo kommune**
Vitensenteret helse og teknologi

Tom Eide, Etty R. Nilsen, Monika K. Gullslett,
Anja H. Olafsen, Amund H. Aaberge og Hilde Eide

ISBN 978-82-7860-303-1
ISSN 2464-3505

usn.no/vitensenteret

