

Tillitsmodellen

- hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18

Tom Eide
Monika Gullslett
Etty Nilsen
Janne Dugstad
Hilde Eide



© 2018 Tom Eide, Monika Gullslett, Etty Nilsen, Janne Dugstad og Hilde Eide
Universitetet i Sørøst-Norge
Vitensenteret Helse og teknologi
Drammen, 2018

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 4

ISSN: 2535-5325 (Online)

ISBN: 978-82-7206-490-6 (Online)



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

Forord

Hovedpilotingen av Tillitsmodellen i hjemmetjenestene i Oslo kommune ble gjennomført fra september 2017 til februar 2018 i fire bydeler: Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø. Formålet var å videreutvikle Tillitsmodellen på bakgrunn av en forpiloting i tre bydeler som ble gjennomført 2016-17. Evalueringen av forpilotingen (kalt 'mini-piloting', til tross for at omfanget var ganske stort) viste lovende resultater, og er publisert i rapporten «Tillitsmodellen – erfaringer med mini-piloting av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune» (Eide m. fl. 2017). Det har vært en målsetning fra byrådsavdeling for eldre, helse og sosial som er prosjekteier at resultater fra prosjektet skal dokumenteres gjennom forskning. Denne evalueringsrapporten presenterer erfaringene fra hovedpilotingen.

Prosjektledende bydel har vært Bydel Ullern. Vi vil takke bydelsdirektør Marie Anbjørg Joten, som har ledet Tillitsmodellens styringsgruppe, for tilliten og for godt samarbeide. Vi vil videre takke avdelingssjef Giske Edvardsen i bydelsdirektørens stab, som har hatt det daglige ansvar for å koordinere hovedpilotingen og ledet prosjektledergruppen for hjelpsomhet og utmerket samarbeid. Takk til ledere for å la seg intervju og medlemmene av teamene i de fire bydelene for åpenhet og villighet til å dele erfaringer og refleksjoner i workshops og spørreundersøkelser. Vi vil også gjerne takke de mange brukerne av hjemmetjenestene i de fire bydelene som har vært villige til å delta i spørreundersøkelser i forkant og etterkant av prosjektet. Til slutt vil vi takke prosjektleder for hovedpilotingen, lokale prosjektledere, Fagforbundet i Oslo, tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund og gode kolleger i Vitensenteret Helse og Teknologi ved USN - universitetslektor Ösp Egilsdottir, førsteamanuensis Bjørn Flatås og professor Anne Moen - for grundig lesning av og nyttige kommentarer til utkast til rapport.

Anbefalingene gis på bakgrunn av de samlede erfaringene fra to runder med piloting. For at erfaringene skal komme mest mulig direkte til uttrykk har vi brukt mange sitater fra medarbeidere og ledere. Av hensyn til anonymisering har vi normalisert språket i sitatene.

Vi håper at resultatet kan komme til nytte i det viktige arbeidet med å utvikle tillitsbaserte hjemmetjenester av høy kvalitet i Oslo kommune.

Drammen, juni 2018

Tom Eide, Monika Gullslett, Ety Nilsen,
Janne Dugstad & Hilde Eide

Sammendrag og anbefalinger

Bakgrunn, prosess og antagelser

For å møte fremtidens utfordringer når det gjelder hjemmebaserte helsetjenester på en god måte er det behov for innovasjon og fornyelse. Formålet med prosjekt Tillitsmodellen har vært å utvikle et tillitsbasert alternativ til bestiller/utfører-modellen som

- tar utgangspunkt i hva enkelte tjenestemottager opplever som viktig,
- gir økt ansvar og myndighet til fagpersonene, og
- forenkler og forbedrer kontroll- og rapporteringsrutiner.

Tillitsmodellen for de hjemmebaserte tjenestene i form av selvstyrende tverrfaglige team ble utviklet gjennom en omfattende nedenfra-og-opp-prosess i fire bydeler, med medvirkning fra representanter for brukere, fagorganisasjoner og medarbeidere i bydelene. Resultatet ble et nytt tjenestedesign og en ny forvaltningsmodell med saksbehandling i lokale team, med helhetlig ansvar for et avgrenset geografisk område. Man ønsket å oppnå følgende resultater med den nye forvaltningsmodellen:

- økt trygghet, tilfredshet og selvbestemmelse for brukerne
- økt motivasjon og arbeidsglede for fagpersonalet
- økt fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i tjenestene.

Denne nye forvaltningsmodellen, «Tillitsmodellen», ble forpilotert i tre bydeler høsten 2017 og deretter videreutviklet og hovedpilotert i fire bydeler 2017-18.

Formål, problemstilling og forskningsspørsmål i denne evalueringen

Formålet med denne evalueringen har vært å undersøke erfaringene med hovedpiloteringen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler. Den overordnede problemstillingen er hva som vil hemme og fremme implementering av Tillitsmodellen som ny forvaltningsmodell. De sentrale forskningsspørsmålene er:

- *Hva er brukernes erfaringer?* Hva er viktig for brukerne? Hvorvidt føler de seg hørt? Blir deres ønsker tatt hensyn til? Hva skal til for at tjenestene skal bli best mulig for dem?
- *Hva er teammedlemmenes erfaringer?* Får de tillit, lederstøtte og opplæring? Involverer de brukerne? Hva hemmer og fremmer tjenestekvalitet, motivasjon og arbeidsglede?
- *Hva er ledelsens erfaringer?* Prioriterer de tillit, lederstøtte og kompetansebygging? Hvilke systemutfordringer og hemmere og fremmere for hensiktsmessig implementering ser de?

Metodikk

En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder ble benyttet (*mixed methods*). Datainnsamling er gjort gjennom spørreundersøkelser (brukere og medarbeidere), deltagende observasjon på workshops, og samtaler og intervjuer med ledere og tillitsvalgte. Som grunnlag for anbefalinger ble også tidligere forskning, nasjonale føringer og de dokumenter som kommunen har gjort tilgjengelig konsultert.

Konklusjoner

Brukernes erfaringer

Brukerundersøkelsen viser ganske høy grad av tilfredshet med tjenestene. Det som er viktig for brukerne er:

- forutsigbarhet og kontinuitet: at de som kommer er kjente personer og at avtaler holdes
- vennlighet og hjelpsomhet: å bli hørt og få hjelp til det de opplever som viktig
- profesjonalitet: at hjelperne er forberedt, flinke og vet hvordan ting skal gjøres

Det brukerne liker minst er å måtte vente på hjemmetjenesten, og at det kommer stadig nye personer.

Medarbeidernes erfaringer

Kombinasjonen av kvantitative data og kvalitative undersøkelser viser at forutsetningene i medarbeidergruppen for hensiktsmessig implementering er gode:

- Teammedlemmene ønsker Tillitsmodellen med økt ansvar og myndighet, velkommen
- Omstillingsviljen og -evnen i medarbeidergruppen er jevnt over stor
- Å arbeide i faste, tverrfaglige team med avgrenset antall brukere oppleves motiverende
- Teamene opplever også at kontakten med brukerne og den faglige kvaliteten blir bedre

Medarbeiderundersøkelsen og observasjonsdata peker også mot systemutfordringer og forutsetninger for hensiktsmessig implementering, som blant annet at Tillitsmodellen krever:

- et nytt tenkesett og en kulturendring både i ledelse og i team
- en ny teamlederrolle, med tillitsbasert, nærværende og coachende ledelse i teamet
- avklaring av roller, og opplæring i nye rutiner og tverrfaglig kommunikasjon i team
- opplæring/trening i brukerinvolvering og samvalg ut fra «Hva er viktig for deg?»
- at hvert team har fagadministrativ kompetanse i fordeler- og saksbehandler-rollene
- at bruk av digitale fagadministrative systemer utvikles til å understøtte nye rutiner og ny praksis
- at teamene får robust grunnbemanning, for å unngå svikt og overbelastning ved fravær
- at spørsmål knyttet til kontinuitet mellom skift (dag, natt, helg, ferie) blir avklart

Ledernes erfaringer

Prioriterer lederne tillit, lederstøtte og kompetansebygging? Når lederne i intervju delte erfaringer med Tillitsmodellen og tillitsbasert styring og ledelse viste det seg at de hadde varierende forståelse og praksis:

- ulike forståelser av hva tillitsbasert styring og ledelse av team forutsetter og innebærer,
- ulik praktisering av tillitsbasert ledelse og prioritering av lederstøtte til teamene,
- ulike forståelser av Tillitsmodellen som forvaltningsmodell og saksbehandling i team

Mange av lederne delte også følgende erfaringer:

- at overgang fra bestiller/utfører-modell til Tillitsmodellen representerte en større system- og kulturutfordring enn man kanskje hadde forutsett,
- at Tillitsmodellen som forvaltningsmodell tar tid å utvikle, med tilhørende enkle og tillitsbaserte rutiner og prosedyrer for vedtak, rapportering og kontroll
- at tillitsbasert styring og ledelse av team forutsetter nytt tenkesett og ny lederstil, som vil kreve ny kompetanse (tillitsledelse, prosedyrer) og for mange trolig også coaching over tid

Systemutfordringer

Sentrale systemutfordringer som kom frem, i tillegg til den overordnede utfordringen knyttet til Tillitsmodellen som forvaltningsmodell, var blant andre:

- at det kunne være vanskelig å prioritere tilstrekkelig tid og ressurser til forberedelse og skolering av teamene og teamlederne,
- at bydelene også var involvert i andre utviklings- og endringsprosesser parallelt, noe som kunne ta oppmerksomhet, tid og ressurser fra tilrettelegging for Tillitsmodellen
- at Tillitsmodellen i varierende grad var forankret lokalt på ulike nivåer i bydelene

Ledelsens erfaringer av systemutfordringer samsvarer i stor grad med funn i medarbeiderundersøkelsen. I lys av disse utfordringene kan det være særlig viktig i forberedelser til implementering å ta i betraktning at innovasjons og implementeringsforskning viser at avgjørende fremmere for implementering er a) klarheter om selve intervensjonen (her: Tillitsmodellen), b) klare prioriteringer og gode forberedelser i organisasjonen og c) det å ikke være involvert i flere store organisasjonsprosesser samtidig.

Sammenfatning og anbefalinger

Undersøkelsene viser at Tillitsmodellen er ønsket, at erfaringene med den er lovende og at forutsetningene i medarbeidergruppen er gode, men også at det er utfordringer på system- og ledelsesnivå. På bakgrunn av de kvantitative og kvalitative undersøkelsene har vi følgende anbefalinger med tanke på hensiktsmessig implementering:

- Å klargjøre for forvaltningsmessig overgang fra bestiller/utfører-modell til Tillitsmodellen, inkludert avklaring av forvaltningsrettslige forhold, med rutiner og prosedyrer og opplæring i disse.
- Å forberede implementering også elektronisk, inkludert tilpassing av fagadministrative systemer, slik at disse understøtter tverrfaglig samarbeid i team og samvalg med brukerne
- Å organisere tjenesten i komplette tverrfaglige team, med komplementær kompetanse både helsefaglig og fagadministrativt, og med teamleder som en del av teamet
- Å forberede teamledere gjennom kompetansebygging i tillitsbasert styring og ledelse, ny forvaltningspraksis og coachende lederstil
- Å forberede teamene gjennom kompetansebygging i ny forvaltningspraksis, kommunikasjon/samarbeid i team og kommunikasjon/samvalg med brukere ut fra «Hva er viktig for deg?»
- Å gi hvert team en robust grunnbemanning tilpasset brukernes behov, for å motvirke risiko for mye bruk av vikarer, noe som lett vil undergrave forutsigbarhet og trygghet for brukerne

I tillegg vil vi nevne tre forslag til tiltak som trolig vil fremme videre utvikling, implementering og lokal tilpasning av Tillitsmodellen:

- Å legge til rette for systematisk erfaringsutveksling mellom teamledere og mellom team i ulike bydeler, f.eks. halvårlig etter modell av workshops i piloteringsfasen
- Å utvikle forbildetjenester ved å gi støtte til 2-3 bydeler som implementerer tillitsbasert styring og ledelse, og som også skårer høyt på brukertilfredshet og medarbeidermotivasjon
- Å legge til rette for systematisk etisk refleksjon for å motvirke risiki og sikre kvalitet, noe som anbefales av KS både i *Veikart for tjenesteinnovasjon* og *Guide til god ledelse* (KS, 2015, 2016, Eide, Landmark, & Martinsen, 2015)

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag og anbefalinger	5
1. TILLITSMODELLEN – BAKGRUNN OG FORMÅL	11
1.1. Fremsyn - behov for innovasjon i tjenestene.....	11
1.2. Utviklingen av Tillitsmodellen i Oslo kommune.....	12
1.2.1. NPM og bestiller/utfører-modell.....	13
1.2.2. Fra NPM til tillitsreform.....	14
1.2.3. Tillit som styringsprinsipp.....	15
1.2.4. Forskning om tillit i organisasjoner	17
1.3. Piloting av tillitsmodellen	18
1.3.1. Mandat for pilotingen	18
1.3.2. Utviklings av forpilot («mini-pilot»)	18
1.3.3. Forpilotingen og dens anbefalinger	19
1.3.4. Hovedpiloting – modell 1 og modell 2	19
2. MANDAT OG METODIKK	21
2.1. Mandat for evalueringen	21
2.2. Problemstilling og forskningsspørsmål	21
2.3. Metode.....	23
3. TEORI – EVALUERING, IMPLEMENTERING OG TILLIT.....	27
3.1. Evalueringsteori	27
3.1.1. Realistevaluering	27
3.1.2. Tillitsmodellen – antatte mekanismer og resultater.....	28
3.2. Innovasjons- og implementeringsteori	29
3.2.1. MIDI - forutsetninger for innovasjon.....	29
3.3. Perspektiver på tillit	31
3.3.1. Tre former for tillit - systemisk, profesjonell og relasjonell	31
3.3.2. Et psykologisk og etisk perspektiv	31
3.3.3. Et systemteoretisk perspektiv	32
3.3.4. Et organisasjonsperspektiv.....	33
4. RESULTATER.....	35
4.1. Brukerundersøkelser	35
4.1.1. Brukernes tillit til tjenestene	35
4.2. Medarbeiderundersøkelser	37
4.2.1. Tillit, selvstyring og motivasjon for å arbeide i team	38
4.2.2. Personorientering og kommunikasjon	39
4.2.3. Forutsetninger for implementering (MIDI)	43
4.3. Team-perspektivet	47
4.3.1. Workshop 1: Hva skal til for å lykkes med Tillitsmodellen - erfaringsdeling	48
4.3.2. De ansattes råd til ledelsen	49
4.3.3. Workshop 2 - Tillit, motivasjon og samarbeid.....	50
4.3.4. Workshop 3: Roller og kommunikasjon	51
4.4. Lederperspektivet	54
4.4.1. Tverrfaglighet – med saksbehandling i team	55
4.4.2. Nytt tenkesett – hva er viktig for deg?.....	56
4.4.3. Faglig delegert ansvar.....	57
4.4.4. Teamledelse – forventninger og praksis	58
4.4.5. Delegerende teamleder utenfor teamet.....	58
4.4.6. Tilstedeværende teamledelse innenfor teamet.....	59
4.4.7. Teknologistøtte.....	61

5. SAMMENFATTENDE DRØFTELSE OG ANBEFALINGER	63
5.1. Kompleksitet	64
5.1.1. Tillitsmodellens mange aspekter.....	64
5.1.2. Tillitsmodellens ulike varianter	64
5.1.3. Avklaring og forberedelse	65
5.2. Tillitsmodellen som innovasjon.....	65
5.2.1. Tillitsmodellen er ønsket velkommen	65
5.2.2. Mindre team oppleves å gi bedre kontakt og bedre tjenester	66
5.2.3. «Hva er viktig for deg?»-vinklingen gir resultater	66
5.2.4. Tillitsmodellen forutsetter og innebærer et nytt tenkesett.....	66
5.2.5. Oppgaver og roller - teamledelse, fordeling & saksbehandling	67
5.2.6. Tillitsmodellen som forvaltningsmodell	69
5.3. Strukturelle forutsetninger for implementering	70
5.3.1. Kompetanse og ferdigheter i team	70
5.3.2. Teammedlemmenes omstillingsvilje og –evne	70
5.3.3. Robust grunnbemanning.....	71
5.3.4. Forberedelse og kompetansebygging	71
5.3.5. Parallele endringsprosesser	72
5.4. Andre utfordringer	72
5.4.1. Helg, natt og turnus.....	72
5.4.2. Selvstyrende tverrfaglige team vs spesialteam.....	72
5.5. Anbefalinger	74
5.5.1. Å avklare Tillitsmodellen som forvaltningsmodell	74
5.5.2. Å styrke forutsetningene for implementering	75
5.5.3. Å organisere tjenestene i komplette og robuste team	75
5.5.4. Å skolere teamledere i tillitsbasert, coachende ledelse.....	75
5.5.5. Å utvikle ‘forbildetjenester’	76
Referanser	77
Vedlegg 1	81
Vedlegg 2	83
Vedlegg 3	85

1. Tillitsmodellen – bakgrunn og formål

1.1. Fremsyn - behov for innovasjon i tjenestene

For å møte fremtidens utfordringer er det behov for å fornye tjenestene. Bakgrunnen for utvikling og pilotering av Tillitsmodellen er dels den demografiske utviklingen med et økende antall eldre med behov for hjemmetjenester, og dels et ønske om å utvikle gode, fleksible og personorienterte tjenester tilpasset den enkeltes behov. Grunntanker i prosjektet Tillitsmodellen har det vært å gi innbyggere og medarbeidere muligheten til sammen å finne de beste omsorgsløsningene og å utvikle en ny og bedre hjemmetjeneste basert på tillit og samskaping, og dermed skape en bedre hverdag både for den som mottar og for dem som gir tjenester (Oslo kommune, 2018).

Forenklet kan det store bildet bak hovedpiloteringen av Tillitsmodellen grovt skisseres med tre streker. Den ene tegner horisonten av en fremtid med langt flere brukere og færre ansatte i offentlige tjenester enn i dag. Den andre skisserer konturene av en offentlig sektor hvor borgere og brukere av tjenester i større grad enn i dag opplever å bli sett og hørt, og hvor det som er viktig for dem blir ivaretatt på gode måter. Den tredje streken antyder stien som krongler seg frem mot denne fremtiden, fra en nåtid med ledelse og organisering basert på en *bestiller-utførermodell*, hvor hjemmetjenesten utfører bestillinger basert på vedtak fattet sentralt, og hvor tjenesten selv har relativt lite rom for faglig skjønn og fleksibilitet, mot en fremtid med *Tillitsmodell*, hvor vedtak fattes i små, tverrfaglige team som også selv utfører tjenestene, med stort rom for fleksibilitet ved endrede behov – ut fra faglig skjønn og det brukeren selv opplever som viktig.

På et overordnet nivå er Tillitsmodellen Oslo kommunes begrep for en systemendring som innebærer å gå bort fra bestiller-utfører-modellen og erstatte denne med tillitsbasert ledelse og en mer fleksibel forvaltningsform, hvor vedtak tas nærmere praksis. På Oslo kommunes hjemmesider beskrives Pilotprosjektet Tillitsmodellen i hjemmetjenesten slik:

Fire bydeler - Ullern, Gamle Oslo, Østensjø og Grorud - tester nå ut små, selvstyrende, tverrfaglige team som har ansvar for hjemmetjenester innenfor et definert område. Målet er at Oslo-folk som benytter tjenesten skal ha færre ansatte å forholde seg til. Vi mener at dette vil gi en tryggere og mer forutsigbar hverdag og økt medbestemmelse.

Innføring av en tillitsmodell i hjemmetjenesten legger vekt på den enkeltes ressurser, egenmestring og kontroll over eget liv. Innbyggerne skal ha tillit til at de får den hjelpen de trenger, når de trenger det og i større grad involveres med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?» (Oslo kommune, 2018).

Tillitsmodellen representerer med andre ord både a) en *forvaltningsendring*, hvor vedtak ikke lenger skal fattes i en egen bestillerenhet, Søknadskontoret, men i små selvstyrende, tverrfaglige team, b) en *organisatorisk endring*, hvor små team har helhetlig ansvar for hjemmetjenestene i et avgrenset geografisk område, og c) en *faglig endring*, ved at man skal ta utgangspunkt i hva den enkelte brukeren selv opplever som viktig, og dermed legge til rette for samvalg i tjenestene.

I det følgende skal vi gå litt inn på hvordan denne modellen ble utviklet i Oslo kommune over tid, under flere Byråd og gjennom en inkluderende nedenfra-opp-prosess i tjenestene.

1.2. Utviklingen av Tillitsmodellen i Oslo kommune

Kimen til Tillitsmodellen kan spores tilbake til intensjonene i Oslo kommunes Seniorsmelding: «Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo» (2014), som ble lagt frem av et blågrønt byråd (H, V og KrF). Her heter det bl.a. at tjenestene i størst mulig grad skal «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). Videre legges det vekt på nødvendigheten av fornyelse og samskaping for å bygge tillit i befolkningen:

Kommunen trenger nye organisatoriske løsninger med åpne systemer og verktøy som oppmuntrer folk til å bidra. Det krever at man bygger tillit, deler informasjon og innsikt som fagfolk besitter. Oslo kommune vil benytte metoden «Samskaping» som et verktøy for innovasjon i omsorgstjenesten. (s. 34)

Også nasjonalt har det de senere årene vært et politisk ønske om å legge økt vekt på tillit og redusere noe av fokuset på kontroll og rapportering som har preget store deler av offentlig forvaltning og helsetjenestene. Omtrent samtidig med at Seniorsmeldingen signaliserte et behov for å styrke tilliten til de kommunale tjenestene, holdt tidligere kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner (H) foredrag for ledere i staten med overskriften 'Mer tillit, mindre kontroll'. Også han tar til orde for mer tillit i offentlig sektor:

Hva betyr dette? Mindre detaljstyring, mer tillit, større krav til ledelse og mer rom for medarbeidere til å finne gode løsninger. Offentlig sektor må åpne seg for forandring nedenfra. (Sanner, 2014)

Til tross for at nordmenn er på tillitstoppen i Europa (Kleven, 2016; Skirbekk & Grimen, 2012), viser ny helsestatistikk at under halvparten av nordmenn har tillit til at det offentlige vil gi de helsetjenestene de vil trenge når de blir gamle (TNS, 2018).

1.2.1. NPM og bestiller/utfører-modell

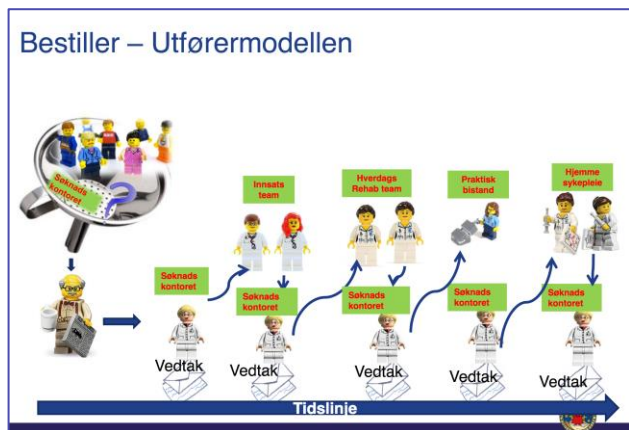
En del av bakgrunnsbildet for Tillitsmodellen er altså en utbredt bekymring for om det offentlige vil være i stand til å møte behovet for helsetjenester i tiden som kommer, og det som ser ut til å være en tverrpolitisk erkjennelse av behov for innovasjon og omstilling av tjenestene for å bli i stand til å møte fremtidens utfordringer.

Det er ulike tolkninger av årsakene til utfordringene tjenestene står overfor. Politisk er formuleres bakgrunnen på ulike måter, men det synes å være en felles forståelse at en tendensen til stadig økende kontroll og synkende tillit i helsetjenestene har vokst frem de siste 15-20 årene, parallelt med innføring av New Public Management (NPM), med vekt på mål- og resultatstyring og systematisk kvalitetsarbeid med regelmessige kvalitetsmålinger.

Med innføring av NPM fulgte også et nytt språk hentet fra industrien (i det følgende markert med anførselstegn). I helsesektoren førte NPM blant annet til innføring av en bestiller/utfører-modell, hvor fagpersoner, som tidligere fikk tillit til å gi nødvendig helsehjelp ut fra beste faglige skjønn, ble redefinert til «utførere» som på «bestilling» fra en «bestillerenhet», Søknadskontoret, utførte oppgaver kontoret fattet «vedtak» om innen en oppgitt tidsramme, «vedtakstid». Å yte helsehjelp ble redefinert til «produksjon» av helsetjenester. Innføring av bestiller/utfører-modellen var følgelig ikke bare en organisatorisk endring. Med denne nye forvaltningsmodellen fulgte også et nytt språk, et nytt tenkesett og en ny fordeling av faglig makt og ansvar. Mens f.eks. en sykepleier tidligere hadde hatt tillit, ansvar for og makt til å gi tjenester etter beste faglige skjønn, ble med bestiller/utfører-modellen makten til å definere behovet for tjenester overført til en egen «bestillerenhet» (ofte bemannet av erfarne sykepleiere), mens tilliten og ansvaret for sykepleiere i tjenestene selv ble redusert til å skulle «utføre» eller «produsere» de tjenester bestillerenheten hadde fattet vedtak om.

Overgangen til NPM og innføring av bestiller/utfører-modellen var omstridt, og fortolkningene av hvilke konsekvenser denne overgangen førte med seg er mange og motstridende. På den ene siden hevdes det blant annet at dette var en nødvendig og viktig overgang, fordi det var behov for å sikre kvaliteten på tjenestene og tilgangen for brukerne til tjenester de rettmessig hadde krav på etter lover og forskrifter. På den andre siden hevdes det blant annet at overgangen

førte til at det faglige ansvaret for de som arbeidet i direkte kontakt med brukerne ble sterkt redusert, og at oppmerksomheten i hjemmetjenestene i praksis ble forskjøvet fra brukerorientering mot en produksjonsorientering med vekt på målinger, rapportering og kontroll. I mange hjemmetjenester førte denne overgangen til at den enkelte bruker kunne få svært mange personer hjem til seg for å utføre tjenestene, og at tjenestene i hovedsak var fiksert til det vedtaket som var fattet, og at behov for justering av vedtak ofte ikke ble kommunisert og fulgt opp.



Figur 1: Bestiller/utfører-modellen (Joten, 2017)

I bestiller/utfører-modellen kan altså ikke helsepersonellet selv justere tjenestene etter brukernes behov. Endringer krever normalt at bestillerenheten, Søknadskontoret, fatter nytt vedtak. Dette gjelder både hjemmesykepleie, praktisk bistand, hverdagsrehabilitering, eller annet (se figur 1).

Modellen gir med andre ord begrenset rom for faglig skjønn i praksis, og er relativt lite fleksibel ved endring av behov, noe som forekommer hyppig i hjemmetjenestene. Systemisk innebærer bestiller/utfører-modellen i hjemmetjenestene at det i praksis er relativt lang organisatorisk avstand mellom beslutningsleddet og brukerne av tjenestene.

1.2.2. Fra NPM til tillitsreform

Konkrete planer om en tillitsreform i Oslo kommune kom med planene om rødgrønt partisamarbeid (AP, SV og MDG) og samarbeidspartiens plattform for byrådssamarbeid (Byrådserklæringen, 2015). Også her er tillit en sentral verdi, og målet for samarbeidspartnerne er at tillit skal prege forholdet mellom innbyggere og kommunen:

Byrådet setter innbyggernes behov i sentrum. Vi vil sørge for best mulig tjenester, uavhengig av hvem du er, hvor du bor eller din økonomiske situasjon. Oslo skal være en åpen, demokratisk og ubyråkratisk kommune, og være preget av tillit og nærhet mellom innbyggeren og kommunen. (s. 10)

Man ønsker også at tillit skal prege kulturen og forholdet mellom ledere og ansatte i kommunen, og ser for seg at økt tillit vil ha en positiv innvirkning på både beslutningsprosesser, samhandling,

kompetanseutnyttelse, brukerdeltagelse, effektivitet og ressursbruk. Derfor vil samarbeidspartnerne gjennomføre en tillitsreform:

Gjennom mange år er det bygd opp tunge byråkratiske systemer i Oslo kommune. Vi ønsker en åpen og tillitsbasert kultur der det blir lettere å ta beslutninger og der det er kortere avstand mellom byens ledelse, kommunens ledere og ansatte i kommunale virksomheter. 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. 12)

Daværende byråd for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo mente at tillitsmodellen, som de da holdt på å innføre, ville stimulere til gode faglige vurderinger, gi mindre unødig byråkrati og gjenreise engasjementet hos medarbeiderne (Thorkildsen, 2016).

1.2.3. Tillit som styringsprinsipp

I mai 2017 ble tillit vedtatt som et bærende prinsipp i styring og ledelse i Oslo kommune (Byrådssak, 1055/17). Informasjonskort med dette som tittel og en rekke kulepunkter som oppsummerte hva dette skulle innebære i praksis ble delt ut til ledere på alle nivåer. Her heter det at tillitsbasert styring og ledelses skal kjennetegnes av (Illustrasjon 1):

- Få og tydelig mål
- Redusert detaljstyring
- Gode beslutningsgrunnlag
- Bred deltagelse blant innbyggerne
- Åpenhet og god kommunikasjon
- God samhandling mellom ledelse og medarbeidere og deres organisasjoner
- God utnyttelse av medarbeidere og deres kompetanse og kreativitet
- God samhandling og samordning på tvers
- Innbyggerorienterte digitale tjenester



Illustrasjon 1: Oslo kommunes informasjonskort om Tillitsmodellen

I byrådssaken beskrives tillit også som en «strategi og arbeidsform i styring og ledelse». Mål- og resultatstyring skal fortsatt legges til grunn på overordnet nivå i kommunen, men tillit som strategi

og arbeidsform får konsekvenser for praktiseringen, med mer vekt på tydelige mål, forventninger til resultater og effekter, og mindre vekt på kontroll, detaljrapportering og måling av aktiviteter, tiltak og virkemidler. I byrådssaken beskrives tillit og tillitsbasert styring og ledelse som en *mekanisme* som vil føre til en rekke resultater, som produktivitet, medarbeidertilfredshet og innovasjon:

Tillit har positiv betydning for produktivitet og oppgaveløsning, medarbeidernes engasjement og tilfredshet. Tillit er også et viktig element for å fremme utvikling og innovasjon. Ledere og medarbeidere vil løse oppgavene bedre og mer effektivt fordi de i større grad kan påvirke hvordan mål skal nås og hvordan oppgaver skal løses. (s. 2)

I byrådssaken forklares tillitsbasert styring og ledelse direkte og indirekte som en middelvei mellom ytterpunkter: «Tillitsbasert styring betyr ikke fravær av kontroll, men å finne den rette balansen mellom styring og ledelse, kontroll og oppfølging.» (s. 3) God kommunikasjon blir i byrådssaken fremhevet som en forutsetning for tillitsbasert styring og ledelse, som en *mekanisme* til forutsigbarhet:

Tillitsbasert styring og ledelse forutsetter god kommunikasjon. Dette er avgjørende når mål, retning og forventninger skal utformes og avklares. God kommunikasjon skaper også forutsigbarhet.

I mandatet (2015) for pilotering av Tillitsmodellen ligger det antagelser om at en overgang fra bestiller/utfører-modellen til Tillitsmodell vil gi resultater både for tjenesten selv, medarbeiderne og den enkelte mottager av 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 implementere nyere tilnæringsmåter som legger vekt på den enkeltes ressurser, egenmestring og kontroll over eget liv.

Hovedtankene bak Tillitsmodellen i Oslo kommune, slik de har utviklet seg fra Seniorsmeldingen (2014) til Byrådserklæringen (2015) og byrådsbehandling (Byrådssak, 1055/17), er – sett i lys av det ovenstående – i tråd med nasjonale politiske verdier og prinsipper for omsorgstjenestene, som medbestemmelse, respekt og verdighet, tilpasning til brukerens individuelle behov, og fleksibilitet og forutsigbarhet for den enkelte (Meld.St. 10, 2012-2013, s. 82), med vekt på nøkkelformuleringer

som «Hva er viktig for deg?» og «Ingen beslutninger om meg tas uten meg» (Meld.St. 26, 2014-2015; Meld.St. 34, 2015-2016).

Ingen avveining av mulige forvaltningsmessige risiki

Tillit ansees altså som en mekanisme til å realisere overordnede verdier og prinsipper. I de politiske dokumentene som ligger til grunn for pilotering av Tillitsmodellen har vi imidlertid ikke kunnet finne noen systematisk avveining av argumenter for og imot å gå bort fra bestiller/utfører-modellen og satse på tillitsbasert styring og ledelse. Såvidt vi kan se kommer verken styrker ved bestiller/utfører-modellen og grunnene til at denne modellen i sin tid ble innført, eller mulige svakheter og risiki knyttet en forvaltning basert på tillit frem av de politiske dokumentene som ligger til grunn for pilotering av Tillitsmodellen.

1.2.4. Forskning om tillit i organisasjoner

Forskningen om betydningen av tillitbasert ledelse av organisasjoner og bedrifter er ganske omfattende. Det er imidlertid verken enighet om definisjoner av tillit er eller hvilken rolle tillit spiller eller bør spille i en organisasjon. Til tross for dette, synes det å være bred enighet om tre forhold, a) at tillit er forbundet med risiko, b) at tillit og integritet henger nøye sammen, og c) at tillitsbasert ledelse i en organisasjon kan være en positiv og motiverende kraft både i relasjon mellom ledere og ansatte og mellom bedrifter og kunder (Gottfredson & Aguinis, 2017; Kroeger, 2016; Reiche m.fl. 2014; Schoorman m.fl. 2007; Starnes m.fl. 2010). En norsk professor og ledelsesforsker hevder da også at tillit til de ansatte «lønner seg» (Kuvaas, 2010) og at tillitsbasert ledelse «virker» (Kuvaas, 2017).

Forskningslitteraturen om tillitbasert ledelse med tilknytning til helsefeltet er ikke omfattende, men det synes å være enighet om at tillit bør etterstrebes også i helseorganisasjoner, og at høy grad av tillit kan ha positive konsekvenser for både borgere, brukere og pasienter (Bentzen, 2016a; Birkhäuer m.fl., 2017; Calnan & Rowe, 2006; Cohn, 2015).

Den organisatoriske tillits «mørke side»

Samtidig påpeker enkelte at tillit i organisasjoner også har en «mørk side» (*dark side*) som har fått lite oppmerksomhet i forskningen, blant annet at tillit er (tid)krevende å bygge opp, med lett å bryte ned, og at ubegrunnet tillit i en organisasjon kan medføre uforsvarlig risiko, at for høy grad av tillit kan resultere i manglende fornyelse og fleksibilitet, at overdreven tillit kan åpne for utvikling av usunn organisasjonskultur, og at det også kan lede til korrupsjon (Connell & Mannion, 2006).

Erfaringene fra et dansk phd-prosjekt om tillitsledelse i København kommune tilsier at det *ikke* er slik at tillit kan innføres strategisk, at tillit alltid er bra og at tillitsbasert ledelse er det motsatte av kontroll, men snarere slik at tillit, makt og kontroll spiller sammen og at tillitsbasert ledelse innebærer langsiktig arbeid og kontinuerlig balansering mellom nærvær og distanse (Bentzen, 2016a, 2016b).

1.3. Pilotering av tillitsmodellen

1.3.1. Mandat for piloteringen

Mandatet for pilotering av Tillitsmodellen ligger i bystyrets oppfølging av Seniorsmeldingen, og er formulert slik (Mandat, 2015):

Bydelene skal prøve ut en modell for hjemmetjenesten hvor fagpersonene myndiggjøres og gis større ansvar for tjenestene til den enkelte. Tjenestene til den enkelte må være helhetlige og sees i en sammenheng uten detaljstyring.

- Modellen skal utvikles i samarbeid med andre bydeler
- Modellen skal utvikles i samarbeid med brukerrepresentanter, representanter for aktuelle fagorganisasjoner og medarbeidere i bydelene.
- Prosjektet skal prøve ut en ny(e) forvaltningsmodell(er) for definering av tjenestebehov
- Redusere unødig rapporterings- og kontrollkrav
- Tillitsbasert ledelse på alle nivå
- Tilstrebe heltidsstillinger og redusere behov for vikarbruk

1.3.2. Utvikling av forpilot («mini-pilot»)

Hvordan tillitsmodellen for hjemmetjenestene skulle se ut var ikke på forhånd definert. I tråd med mandatet ble en omfattende nedenfra-opp-prosess gjennomført for å sanke ideer og utvikle konkrete forslag. Tilnærmingen i utviklingsfasen var preget av dialog og bred medvirkning. Representanter for brukere og aktuelle fagorganisasjoner deltok sammen med medarbeidere i bydelene. Flere ide-workshops ble gjennomført, og også en konkurranse blant alle ansatte i prosjektbydelene (mai 2016) for å få inn konkrete ideer til hvordan de ansatte selv ønsket at Tillitsmodellen skulle utformes og hva de ønsket å pilotere (Eide m.fl. 2017; Prosjektledergruppen, 2017).

Styringsgruppen vedtok å pilotere selvstyrende, tverrfaglige team, med saksbehandler og saksbehandling i teamet. Hvert team skulle ha delegert helhetlig ansvar for et avgrenset geografisk område med ca. 50-70 brukere, og delegert myndighet til å gjennomføre inntakssamtaler, fatte vedtak og justere disse ved endrede behov. Den tverrfaglige sammensetningen skulle inkludere sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut. Ved behov skulle annen spesialkompetanse kunne hentes inn.

1.3.3. Forpilotingen og dens anbefalinger

Tillitsmodellen i form av selvstyrende, tverrfaglige team ble forpilotert i de tre bydelene Gamle Oslo, Ullern og Østernsjø høsten 2016. Evalueringen viste lovende resultater i form av signifikant økning i trygghet for brukerne og tillit til tjenestene (Eide m.fl. 2017; se sammenfatningen, vedlegg 1). Følgende anbefalinger ble gitt på bakgrunn av evaluering av mini-pilotingen (kortet ned til hovedpunkter):

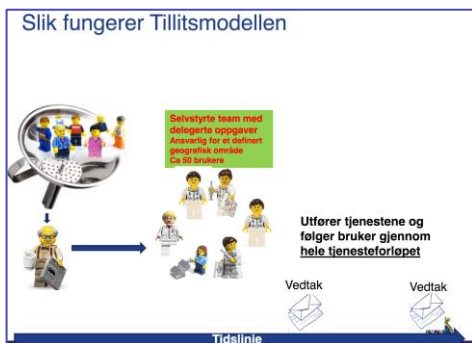
- At bydelene utvikler hovedpiloter basert på erfaringene med selvstyrende team (eller implementerte modellen direkte)
- At ledere i bydelene som skal pilotere gis mulighet til å skolere seg i tillitsledelse,
- At bydelene avklarer organiseringen av teamene
- At bydelene avklarer lederrollen i tilknytning til teamene, bl.a. at hvert team har en leder med personalansvar for alle faste teammedlemmer, og at ansvarlig leder får skoleing i tillitsledelse
- At bydelene sikrer at hvert team har nødvendig kompetanse og kapasitet, bl.a. hva gjelder saksbehandlingsansvar og tverrfaglig sammensetning
- At bydelene bygger et tillitsbasert system for systematisk kvalitetsarbeid, bl.a. ved å initiere følgeforskning, legge til rette for erfaringsutveksling med andre team og systematisk etisk refleksjon
-

1.3.4. Hovedpiloting – modell 1 og modell 2

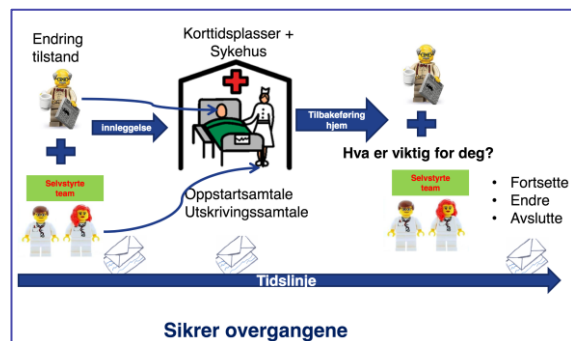
Erfaringene fra minipilotingen ble så lagt til grunn for utvikling av en hovedpilot, som ble gjennomført oktober 2017 til februar 2018 i fire bydeler: Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østernsjø. Styringsgruppen for hovedpilotingen vedtok å pilotere to ulike modeller (27.4.17; vedlegg 2). Bydelene valgte selv hvilken modell de ville pilotere. Ullern (BUN) og Gamle Oslo (BGO) valgte modell 1, som var den mest ambisiøse med helhetlig ansvar, mens Grorud (BGR) og Østernsjø (BOS) valgte modell 2, hvor man bl.a. hadde spesialteam ved siden av.

De to modellene hadde mange felles trekk, som bl.a. at

- teamet har ansvar for alle brukere med vedtak i sitt område
- teamet har helhetlig basisbemanning, med både sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, saksbehandler, ergo- og fysioterapeut
- alle i teamet rapporterer til samme leder
- vedtaksmyndigheten ligger hos teamleder, og
- alle brukerne i området skal få ny vurdering og tiltaksplan utfra «Hva er viktig for deg?»



Figur 2: Tillitsmodellen i praksis (Joten, 2017)



Figur 3: Teamenes rolle i overganger (Joten, 2017)

De vesentligste forskjellene på disse to modellene er at i modell 1 har teamet et helhetlig ansvar for alle brukerne i området, inkludert oppstartsamtaler med nye brukere og oppfølging overfor sykehus, helsehus og KAD, mens i modell 2 inngår teamene i en sammenheng med andre team eller arbeidslag (se vedlegg 2), blant annet ved at

- vurderingsteam/Innsatsteam fortsatt vurderer nye brukere,
- spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam, hverdagsrehabilitering, etc leverer tjenester til nye brukere, som før, og at
- dersom nye eller eksisterende brukere kvalifiserer til tjenester fra arbeidslag demens overføres de til dette teamet

2. Mandat og metodikk

2.1. Mandat for evalueringen

Mandatet for evalueringen er i oppdragsavtalen formulert som følger: «Formålet med evalueringen er å undersøke erfaringene med hovedpilotingen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler.» Videre er mandatet spesifisert spesifisert til å gjelde erfaringene til brukerne, teamene og teammedlemmenes ledere. I mandatet for evalueringen formuleres oppgavene som skal gjennomføres på følgende måte:

1. *Brukerundersøkelse*: Analyse av brukeres erfaringer etter samme metodikk (spørreskjema) som i evalueringen av mini-pilotene. Bydelene innhenter selv materialet, i samarbeid med forskergruppen.
2. *Medarbeiderundersøkelse*: Analyse av medarbeideres erfaringer etter samme metodikk (spørreskjema) som i evalueringen av mini-pilotene. Bydelene innhenter selv materialet, i samarbeid med forskergruppen.
3. *Lederundersøkelse*: En undersøkelse og analyse av lederes erfaringer med hovedpilotingen. Forskergruppen gjennomfører undersøkelsen (individuelle intervjuer eller fokusgruppeintervju) i samråd med prosjektledelsen.
4. *Validering og rapportering*: En sammenfatning av foreløpige resultater presenteres i relevante fora (f eks styringsgruppen, teamdeltakere, ledergruppe) med tanke på validering og nyansering før rapporten ferdigstilles, med en systematisk fremstilling av resultater og anbefalinger.

2.2. Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi har forstått mandatet slik at formålet er å identifisere og systematisere erfaringene som brukere, medarbeidere og ledere i de fire bydelene har knyttet til hovedpilotingen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering. Dette innebærer at vi *ikke* har sett det som en del av oppgaven å evaluere den enkelte bydels gjennomføring av pilotingen opp mot deres mandat for dette, eller å vurdere de ulike planlagte variantene av Tillitsmodellen opp mot hverandre.

Overordnet problemstilling

Når det i oppdragsdokumentet heter at formålet er å undersøke «erfaringene med hovedpilotingen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering» forstår vi den overordnede problemstillingen som å identifisere hemmere og fremmere for vellykket

implementering på bakgrunn av erfaringene med hovedpilotingen. I dette ligger også et spørsmål om erfaringene tilsier at det bør gjøres viktige endringer ved Tillitsmodellen.

Prosjektet Tillitsmodellen er omfattende og komplekst, og innebærer endringer i praksis av ulike slag på en rekke områder, blant andre:

- ny organisering med nye saksbehandlings- og beslutningsprosedyrer
- nytt tjenstedesign og ny arbeidsform i selvstyrende tverrfaglige team
- ny form ledelse, basert på prinsipper om tillit, delegering og oppfølging
- nye roller og ny form for brukerinvolvering i teamene (Hva er viktig for deg?)
- nye krav til tverrfaglig bemanning og kompetanse i team
- nye behov for tilpassing av digitale verktøy og/eller anvendelse av disse
- overgang til et nytt, tillitsbasert tenkesett både for ledere og medarbeidere

For å undersøke erfaringene på disse områdene og finne svar på det overordnede spørsmålet om hemmere og fremmere for implementering, har vi stilt opp følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål

- *Hva er brukernes erfaringer med hovedpilotingen?* Hva er viktig for dem når det gjelder hjemmetjenesten, hvorvidt føler de seg involvert og hørt, og hva hemmer og fremmer deres opplevelse av en god hjemmetjeneste?
- *Hva er teammedlemmenes erfaringer med hovedpilotingen?* Hva er viktig for medarbeiderne i teamene når det gjelder hjemmetjenesten, og hvorvidt erfarer de at de blir vist tillit, at de får nødvendig lederstøtte, at de har den nødvendige kompetanse, at de involverer brukeren mer, at brukeren har økt selvbestemmelse og at tjenestene er mer fleksible? Hva ved Tillitsmodellen hemmer og fremmer god kvalitet i tjenesten og deres egen arbeidsmotivasjon og -glede?
- *Hva er ledelsens erfaringer med hovedpilotingen?* Hvorvidt er pilotingen gjennomført etter planen, og i hvilken grad erfarer de at tillitsledelse blir praktisert, at teamene har nødvendig kompetanse og lederstøtte, og at Tillitsmodellen som forvaltningsmodell representerer en systemisk forenkling, og er å foretrekke fremfor bestiller/utfører-modellen? Hva ser lederne som de viktigste systemiske hemmere og fremmere for en vellykket implementering?

Forskergruppen

Evalueringen er gjennomført av en tverrfaglig sammensatt gruppe på fem forskere ved Vitensenteret Helse og Teknologi, Universitetet i Sørøst-Norge (USN, tidligere Høgskolen i Sørøst-Norge, HSN). Fire av de fem forskerne deltok også i evalueringen av minipiloten. Forskergruppen

har bred tverrfaglig kompetanse, fra ledelse og organisasjon til sykepleie, kommunikasjon og innovasjon på helsefeltet. Deltagerne i forskergruppen:

- Tom Eide, Professor, Dr.philos. (ledelse, etikk, kommunikasjon), prosjektleder, ledet også følgeforskningen om minipiloten. Fakultet for helse- og sosialvitenskap, USN
- Monika Gullslett, Førsteamanuensis, PhD (sosiologi, psykisk helse, innovasjon) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, USN
- ETTY Nilsen, Førsteamanuensis, PhD (økonomi, ledelse, organisasjonslæring) ved Handelshøyskolen, USN
- Janne Dugstad, Leder av Vitensenteret Helse og Teknologi, MSc (optometri, ledelse, tjeneste-innovasjon) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, USN.
- Hilde Eide, Professor, Dr.philos. (sykepleie, psykologi, kommunikasjon og innovasjon). Forskningsleder ved Vitensenteret Helse og Teknologi, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, USN.

2.3. Metode

Som det fremgår av mandatet, skulle både kvantitative og kvalitative metoder benyttes i evalueringen, i form av spørreskjemaer og intervjuer. Fordi prosjektet er såpass komplekst og for å komme mer i dybden av teamenes erfaringer, har forskergruppen i tillegg valgt å benytte observasjon og spørreskjema på tre workshops med team-medlemmer.

Gjennomføringen av hovedpilotingen var opprinnelig estimert fra september til desember 2017, men ble forskjøvet noe i tid med litt ulikt oppstarttidspunkt i bydelene og varte ut januar 2018. Bruker- og medarbeiderundersøkelser ble gjennomført i november 2017 og januar 2018. De tre team-workshopene ble gjennomført i november og desember. Lederundersøkelser ble gjennomført i form av individuelle intervjuer i første halvdel av desember 2017.

Brukerundersøkelse

Brukerundersøkelsen var utviklet spesifikt for evaluering av Tillitsmodellen. Spørreskjemaet var det samme som i mini-pilotingen, med tanke på sammenligning av resultater. For å identifisere brukernes erfaringer inneholdt spørreskjemaet spørsmål om brukerens opplevde tillit, trygghet og medbestemmelse, og inkluderte også åpne spørsmål om hva de opplevde som bra og mindre bra ved tjenestene.

Medarbeiderundersøkelse

Medarbeiderundersøkelsen bestod av to deler, hvor den første var en omfattende spørreskjemaundersøkelse til samtlige teamdeltagere, og den andre observasjon og spørreskjema på tre workshops med omtrent halvparten av teamdeltagerne til stede (ca. 40-50 personer).

Den omfattende spørreundersøkelsen var - som brukerundersøkelsen - utviklet spesifikt for denne evalueringsstudien, og basert på validerte spørreskjemaer. For å undersøke erfaringer og forutsetninger for å lykkes med Tillitsmodellen omfatter medarbeiderundersøkelsen temaer om a) forutsetninger for vellykket innovasjon og implementering (Fleuren m.fl. 2013), b) personorientering (McCormack m.fl. 2017) og c) kommunikasjonskompetanse (Axboe m.fl. 2016). Medarbeidernes opplevelse av forutsetninger for innovasjon har vi sett som viktig med tanke på å forstå erfaringene med det systemskiftet Tillitsmodellen innebærer. Personorientering og kommunikasjonskompetanse er sentralt fordi Tillitsmodellen også innebærer en nye former for samarbeid, både i teamet og med brukerne av tjenestene. Delen av skjemaet som omhandler personorientering er delt i tre hovedområder vi antok var av særlig relevans for Tillitsmodellen. Det første handler om forutsetninger for personorientert praksis. Vi har vurdert dette som særlig viktig fordi tjenestens innhold i Tillitsmodellen skal defineres gjennom samvalg med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet. Dette stiller høye krav til ens evne til å forholde seg åpent, lyttende og respektfullt til den andre som person, ikke bare som er bruker av tjenestene. Det andre området handler om faglige omgivelser og arbeidsmiljø, noe vi har tatt med for å identifisere erfaringer med overgang fra å arbeide som utførere i en større avdeling til å ha økt ansvar og delta i kommunikasjon og samarbeid i selvstyrende team. Det tredje området er omsorgs- og pleieprosesser, som er sentralt for å identifisere erfaringer med overgangen til en systemisk ny måte å gi kvalitativ god pleie og omsorg på.

Workshop-undersøkelsen ble metodisk gjennomført som en IGP-prosess (individuell-gruppeplenum). Formålet med dette var å bygge trygghet, åpenhet og kreativitet på tvers av bydeler og team (Gausdal & Hildrum, 2012; Gausdal, 2015), og på den måten komme mer i dybden på erfaringer enn et spørreskjema alene legger til rette for. Det individuelle besto i at alle fylte ut et enkelt spørreskjema med åpne spørsmål om hvilke endringer som er gjennomført og erfaringer så langt (om hva som går bra og mindre bra, fortellinger om ting som fungerer godt, etc). Gruppeelementet bestod i at teamene hver for seg drøftet erfaringene og hva de opplevde som viktig fremover, blant annet hvilke råd de ville gi til ledelsen med tanke på å gjøre Tillitsmodellen best mulig. Plenum-delen bestod i at hver gruppe presenterte resultatet av drøftelsene for alle. Å bruke

spørreskjemaer er ikke vanlig i en IGP-prosess, men noe vi har god erfaring med dette med når prosessen brukes som forskningsmetode. Det sikrer tilgang til både individuelle, skriftlige data fra spørreskjema og data utviklet gjennom gruppe- og plenumsprosesser (Fauskanger & Eide, 2018).

Lederundersøkelse

For å undersøke erfaringer på ledernivå ble 10 individuelle intervjuer gjennomført medio desember 2017 med ledere på ulike nivåer (fra teamledere og tillitsvalgt til lokale prosjektledere og overordnet prosjektleder) (se intervjuguide, vedlegg 3). Materialet ble bearbeidet og analysert, og de kvantitative og kvalitative funnene ble vurdert opp mot hverandre.

Brukervalidering

Som en del av metoden ble foreløpige resultater presentert for styringsgruppen (ultimo april 2018), og en foreløpig rapport oversendt prosjektledelsen for kommentar. Vi mottok skriftlige tilbakemeldinger fra overordnet prosjektleder, lokale prosjektledere (samlet), Sykepleieforbundet og Fagforbundet. Disse var gode innspill til utarbeidelsen av den endelige versjonen av denne rapporten.

3. Teori – evaluering, implementering og tillit

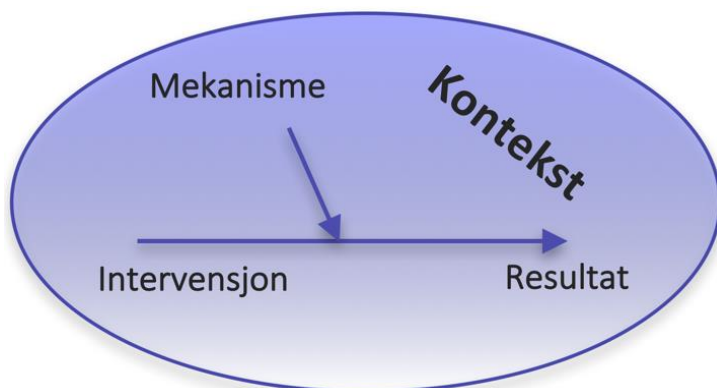
Til grunn for denne evalueringen ligger to typer teorier – evalueringsteori og tillitsteori. Med teori mener vi her et sett av systematisk formulerte antagelser om hvordan ting henger sammen.

Nedenfor skal vi kort skal vi kort gå inn på hver av de teoriene vi legger til grunn.

3.1. Evalueringsteori

3.1.1. Realistevaluering

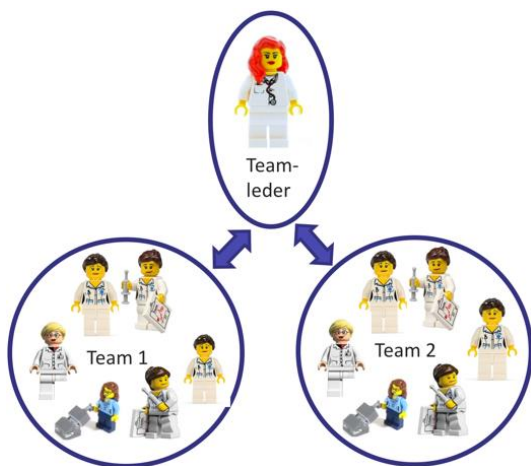
Fordi det til grunn for piloteringen av tillitsmodellen ligger en rekke antagelser om hva økt tillit vil føre til, har vi valgt å ta utgangspunkt i såkalt «realistevaluering» – *realist evaluation* (Pawson, 2013; Pawson & Tilley, 2004). Dette er en evalueringsteori som er bygd opp rundt fire hovedbegreper eller elementer (figur 4). Med utgangspunkt i en beskrivelse av selve *intervensjonen* (her: Tillitsmodellen) og dens antatte *mekanismer* (her: tillit i ulike relasjoner) undersøkes hvilke *resultater* disse mekanismene i realiteten synes å gi i den spesifikke *konteksten* for intervensjonen (her: hjemmetjenestene i fire ulike bydeler i Oslo kommune, Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø.).



Figur 4: *Elementer i realistevaluering* (Pawson & Tilley, 1997)

Intervensjonen - Tillitsmodellen

Selve intervensjonen er altså Tillitsmodellen, som representerer både en ny organisering, en en ny arbeidsform og til dels også ny tilnærming til brukerne.



Figur 5: Teamorganisering

Den nye organiseringen innebærer tverrfaglige selvstyrende team underledelse av en teamleder, med helhetlig ansvar for hjemmetjenestene i et avgrenset geografisk område i hver bydel. At teamene er tverrfaglige med helhetlig ansvar innebærer at både sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut er faste medlemmer, og at alle rapporterer til samme leder.

Den nye arbeidsformen innebærer at teamet samarbeider internt om å kartlegge brukernes behov, fatte og justere vedtak om helsehjelp og å selv gi denne helsehjelpen. Den nye tilnærmingen innebærer å ta utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»- spørsmålet og en hverdagsrehabiliteringstankegang. Dette er kjernen i intervensjonen, som skiller seg fra bestiller-utfører-modellen ved at det er det utførende leddet – det tverrfaglige teamet – som både kartlegger behovene, tar beslutning om tjenestetildeling og utfører tjenestene.

3.1.2. Tillitsmodellen – antatte mekanismer og resultater

Et ledd i arbeidet med en realistevaluering er å tegne den endringsteorien som ligger til grunn for intervensjonen, altså antagelsene om hvilke mekanismer som vil føre til hvilke resultater i den aktuelle konteksten. Til grunn for hovedpilotingen av Tillitsmodellen finner vi slike antagelser om mekanismer og resultater først og fremst i den opprinnelige prosjektplanen for pilotering av Tillitsmodellen, men også i sentrale politiske dokumenter (Byrådserklæringen, 2015; Byrådssak, 1055/17), daværende byrådsleders innlegg i ulike medier og styringsgruppens prioriteringer og dokumenter, som kompetanseplanen for hovedpilotingen som ble utarbeidet på oppdrag fra styringsgruppen (Kompetanseplan, 2017). Overfor (1.3) har vi drøftet hva som ligger nedfelt av antagelser om betydningen av tillit i hjemmetjenestene. Når Oslo kommune ønsker å gjøre et systemskifte ved å gå bort fra bestiller/utfører-modellen og utvikle en tillitsbasert forvaltningsmodell synes det å være ut fra tre hovedantagelser:

- At økt tillit brukernes ressurser i form av at hjemmetjenesten tar utgangspunkt i hva brukeren selv opplever som viktig («Hva er viktig for deg?») vil føre til at brukerne opplever økt trygghet, tilfredshet og selvbestemmelse
- At økt tillit til fagpersonenes kompetanse i form av helhetlig ansvar og myndighet i team vil føre til økt medarbeidertilfredshet og -motivasjon
- At overgang til ny organisering vil innebære en systemisk forenkling som vil føre til økt fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i tjenestene og økt tilfredshet både for brukere og medarbeidere

3.2. Innovasjons- og implementeringsteori

3.2.1. MIDI - forutsetninger for innovasjon

For å evaluere erfaringene med hovedpilotingen med tanke på hva som vil fremme og hemme implementering, legger vi til grunn et teori- og forskningsbasert rammeverk, kalt MIDI (Measurement Instrument for Determinants of Innovation; Fleuren m.fl. 2013). Dette rammeverket er basert på en systematisk oversikt over faktorer som har vist seg å være avgjørende for vellykket implementering av helseinnovasjoner. Faktorene ble identifisert i 57 internasjonalt publiserte, empiriske forskningsstudier. 44 implementeringsekspertene vurderte disse, og identifiserte 50 ulike faktorer (Fleuren m.fl. 2004). Faktorene ble undersøkt i åtte nye empiriske studier, og en oppdatert systematisk analyse ble forelagt og vurdert av 22 implementeringsekspertene. Gjennom dialog mellom et forskerteam og ekspertene, ble 29 faktorer identifisert som avgjørende for vellykket implementering. Disse ble publisert i form av et spørreskjema (Fleuren m.fl. 2014).

Den foreliggende evalueringen av Tillitsmodellen har lagt disse studiene til grunn for utvikling av medarbeiderundersøkelsene, dels også for utviklingen av intervjuguiden for lederintervjuene. Dette innebærer at evalueringen bygger på et svært omfattende, empirisk basert forskningsmateriale om hva som skal til for å lykkes med implementering.

MIDI-rammeverket skiller mellom faktorer knyttet til a) *den sosio-politiske konteksten* (her: nasjonalt og i Oslo kommune), b) *innovasjonen selv* (her: tverrfaglige selvstyrende team i hjemmetjenestene), c) *de som anvender innovasjonen* (her: de som arbeider i teamene), og d) *organisasjonen* (her: organisering og ledelse i og rundt innovasjonen, dvs i de piloterende bydelenes helse- og omsorgstjenestene involvert i pilotingen). MIDI-rammeverket omfatter altså de strukturelle forutsetningene for innovasjonen, inkludert innovasjonen selv, organisasjonen rundt denne og de som arbeider i og med den.

Teorien går altså ut på at en rekke faktorer på disse fire sentrale områdene må være på plass for å lykkes med å utvikle og implementere en innovasjon (som Tillitsmodellen). Sentrale *sosio-politiske faktorer* er hvorvidt innovasjonen er politisk ønsket og i tråd med lover og retningslinjer på feltet. Sentrale faktorer knyttet til *innovasjonen selv* er hvorvidt den er tydelig beskrevet, kunnskapsbasert, enkel å anvende og forberedt, dvs at det er lagt godt til rette for å benytte den. Sentrale faktorer knyttet til *de som anvender innovasjonen*, altså de som skal arbeide med og i innovasjonen, er hvorvidt den fungerer godt for dem selv og for de som skal ha nytte av den, det vil si brukere og pårørende.

Sentrale faktorer knyttet til *organisasjon og ledelse* er hvorvidt det er tilstrekkelig personale, kompetanse, ressurser og tid til å arbeide i tråd med innovasjonen. I dette tilfellet vil også spørsmålet om hvorvidt ledere selv praktiserer tillitsbasert styring og ledelse være sentralt. *Resultatene* av innovasjonen i form av *virknings* for brukerne av tjenestene omfattes ikke av dette innovasjonsrammeverket, og undersøkes i denne studien separat i form av brukerundersøkelser.

I forlengelsen av evalueringsteori basert på *realist evaluasjon* og MIDI-rammeverket kan strukturen i denne evalueringen fremstilles i en modell (figur 6):



Figur 6: Evalueringens struktur

3.3. Perspektiver på tillit

3.3.1. Tre former for tillit - systemisk, profesjonell og relasjonell

Sett i lys av realistevaluering inneholder endringsteorien som ligger til grunn for Tillitsmodellen tre grupper av mekanismer og resultater. Hovedmekanismen er økt tillit, som kan deles opp i tre ulike former knyttet til ulike relasjoner. For det første er det en *systemisk tillit* til at tverrfaglige selvstyrende team kan overta saksbehandlingsansvaret og fatte gode og riktige vedtak. Det andre er *profesjonell tillit* til at medarbeiderne i teamene kan levere gode og effektive tjenester ut fra hva som er viktig for den enkelte bruker. Det tredje er *relasjonell tillit* til brukerne av tjenestene og deres ressurser, og til at det å ta utgangspunkt i hva den enkelte bruker selv opplever som viktig vil motivere og mobilisere til egenmestring.

Tillit er et sammensatt fenomen. Tillit spiller en viktig rolle både i personlige forhold, profesjoner, organisasjoner og i samspill mellom aktører av ulike slag nasjonalt og internasjonalt. Teorier om tillit finnes i ulike varianter og på ulike faglige grunnlag, fra psykologi og etikk til sosiologi og organisasjonsforskning. Det kanskje mest sentrale elementet i tillit, som er felles for de ulike perspektivene, er at det å vise andre tillit innebærer en viss *risiko* for negative konsekvenser. Samtidig kan det å vise noen tillit også innebære *anerkjennelse*, noe som gjerne stimulerer *motivasjon*. Et tredje trekk ved tillit er at det innebærer en *forenkling* – ved å gi noen tillit blir det som er sammensatt og uoversiktlig litt lettere å ha oversikt over uten å skulle følge med og kontrollere hele tiden. Et fjerde trekk ved tillit – som henger sammen med de tre andre aspektene – er at det å vise tillit innebærer å gi slipp på *kontroll* og overlate *makt* til andre, og makt kan også misbrukes. Nedenfor skal vi kort presentere tre teorier om tillit (som også beskrives i evalueringen av minipiloten), fordi vi tror at det å ha disse ulike perspektivene present kan være nyttig for å forstå tanken bak og de mulige effekter av Tillitsmodellen.

3.3.2. Et psykologisk og etisk perspektiv

En nyere metastudie av 47 forskningsartikler viser at det synes å være en sammenheng (liten til moderat korrelasjon) mellom pasienters tillit til helsepersonell og resultater av behandling (Birkhäuer m.fl. 2017). Hva denne sammenhengen består i, er imidlertid vanskelig å si. Det kan være at tillit i en behandlingsrelasjon gir gode resultater, at gode resultater skaper tillit, at tillitsvekkende helsepersonell også er gode behandlere, eller en kombinasjon av disse og kanskje også andre faktorer. Psykologiske faktorer kan spille en rolle.

Ifølge Erik Eriksons teori om stadier i den psykologiske utviklingen formes ens evne 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 den tilliten det innebærer å slippe andre inn i sitt eget hjem, f eks når det gjelder hensynsfull oppførsel, personvern og diskresjon om intime forhold. Ikke minst gjelder det pålitelighet og faglighet, som at man kan stole på at hjemmetjenesten kommer som avtalt og at de som kommer er flinke og vet hva man trenger hjelp til.

Når forskningen synes å vise at det er en forbindelse mellom tillit og gode behandlingsresultater, kan det ha slike årsaker. Og omvendt, hvis tillit brytes gjentatte ganger, f eks ved at hjemmetjenesten ikke kommer til avtalt tid, at det kommer stadig nye personer man ikke kjenner, eller de som kommer ikke vet hva de skal gjøre, vil tilliten synke – trolig med den følge at resultatet for brukeren også blir dårligere for brukerne.

3.3.3. Et systemteoretisk perspektiv

Sosiologen Niklas Luhmann (1999) ser på tillit på systemnivå, som en mekanisme til reduksjon av sosial kompleksitet. 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 vil misbruke den. Bestiller/utfører-modellen slik den er utviklet og praktisert i kombinasjon med et stort og omfattende kontrollapparat, kan i et slikt perspektiv sies å innebære en for liten grad av systemisk tillit med en overdreven bruk av ressurser til kontroll, slik at det vil være rasjonelt å øke tillit og redusere kontroll i den grad kvaliteten kan opprettholdes eller økes på denne måten. På den annen siden vil også et tillitsbasert system i noen grad måtte ha kontrollmekanismer, for at det ikke skal ligge åpent for svikt og misbruk. Tina

Bentzen, som har studert tillitsbasert styring og ledelse i København kommune, konkluderer blant annet at tillit ikke er det samme som fravær av kontroll (Bentzen, 2016a).

3.3.4. Et organisasjonsperspektiv

I organisasjonslitteraturen har tillit lenge vært ansett som en viktig faktor både i næringsliv og helsevesen, blant annet for motivasjon, innovasjon, kommunikasjon, samarbeid og prestasjoner (Gilson, 2006; Goold, 2001; Jones & George, 1998; Tourish & Hargie, 2004). Noen argumenterer også for at den etiske kjernen i helseprofesjoner nettopp er knyttet til tillit, det faktum at pasienter må kunne stole på at profesjonsutøvere har pasientens beste i tankene når de gjør sine valg (Ozar m.fl. 2000). I et spesialnummer om tillit av tidsskriftet *Journal of Health Organization and Management* understrekes betydningen av tillit både internt i organisasjonen og i relasjon til pasientene (Calnan m.fl. 2006). Mye gjenstår imidlertid når det gjelder forskning om tillit i helsevesenet. Det er begrenset hva forskningslitteraturen om tillit i helseorganisasjoner kan si oss utover det som er nevnt over, at det trolig er en direkte sammenheng mellom brukeres tillit til helsepersonell og behandlingsresultater, og at tillit i helseorganisasjoner også synes å være en positiv faktor med tanke på brukerens beste.

Forskningslitteraturen om tillit i organisasjon og ledelse *utenfor* helsefeltet er mer omfattende. Det har lenge vært påpekt at uten tillit er ledelse ikke mulig (Solomon, 1998). Ny forskning bekrefter at det å involvere medarbeidere i beslutningsprosesser – som er sentralt i Tillitsmodellen – stimulerer motivasjon og tillit (Thompson m.fl. 2017). En nyere oversiktsanalyse av mer enn 3300 enkeltstudier og nesten en million observasjoner konkluderer at en tillitsbasert relasjon mellom medarbeider og leder kan gi en rekke fordelaktige resultater (Gottfredson & Aguinis, 2017). Samtidig er det enighet om at tillit er et mangfoldig begrep i organisasjonslitteraturen (Connell & Mannion, 2006). De amerikanske organisasjonsforskerne Mayer, Davis & Schoorman (1995) antok 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. Dette er et relevant moment for Tillitsmodellen, selv om det ikke har vært nevnt i bakgrunnsdokumentene. Som vi var inne på i evalueringen av mini-piloten (2017) utviklet Schoorman og medarbeidere (Mayer m.fl. 1995; Schoorman m.fl. 2007) en modell for *organisatorisk tillit* forstått som tillit til organisasjonen sett utenfra. På bakgrunn av litteraturstudier og egen forskning kom de frem til at særlig tre faktorer eller egenskaper ved organisasjonen påvirket personers opplevelse av tillit til den: evnen til å levere som avtalt (*ability*), graden av

opplevd velvilje eller velgjørenhet (*benevolence*) og hvorvidt man opplever at organisasjonen at organisasjonen har integritet (*integrity*), dvs at man oppfattet det slik at organisasjonen og dens representanter handler ut fra felles verdier og prinsipper, f eks hensynet til kundens beste.

Fra et brukerperspektiv er det den enkelte representant for organisasjonen som *er* organisasjonen. Overført til kommunale hjemmetjenester vil borgerne – ifølge denne modellen – oppleve tillit til kommunen i den grad tjenestemottakerne og deres pårørende erfarer a) god kompetanse og at de som kommer er i stand til å levere gode tjenester, b) vennlighet og hjelpsomhet, og at man viser at man vil tjenestemottageren vel og c) helhet, sammenheng og kontinuitet i tjenestene.

4. Resultater

Formålet med evalueringen var altså å undersøke erfaringene med hovedpilotingen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler. I det følgende presenteres resultatene av evalueringen i fire deler. Spørreskjemaundersøkelsene presenterer også resultater fra undersøkelsene i forpilotingen november 2016 og i mars 2017 for å vise utvikling over tid.

4.1. Brukerundersøkelser

Vi presenterer brukerundersøkelsene i hovedpilotingen sammen med brukerundersøkelsen i forpilotingen (mini-piloten) for å vise utviklingen. To brukerundersøkelser ble gjennomført både i forpilotingen (mini-piloten, november 2016 og mars 2017) og i hovedpilotingen (november 2017 og januar 2018). Bydel Grorud deltok i forberedelsene til minipilotingen, men valgte å utsette piloting til hovedpilotingen. Bydelen deltok i brukerundersøkelsen i starten av forpilotingen, men ikke i etterkant (derfor 0 deltagere mars 2017). Tabell 1 gir en samlet oversikt over deltagerne i brukerundersøkelsene i forpilotingen og hovedpilotingen.

Tabell 1: Deltakere i brukerundersøkelsene i forpilotingen og hovedpilotingen

		Forpiloting november 2016 N = 79 N (%)	Forpiloting mars 2017 N=73 N (%)	Hovedpilot november 2017 N= 210 N (%)	Hovedpilot januar 2018 N= 160 N (%)
Bydel	Ullern	13 (9.8)	16 (21.9)	34 (16.2)	43 (26.9)
	Gamle Oslo	27 (20.5)	25 (34.2)	64 (30.5)	23 (14.4)
	Østensjø	39 (29.5)	33 (45.2)	68 (32.4)	59 (36.9)
	Grorud	53 (40.2)	0	44 (21.0)	35 (21.9)
Kjønn	Mann	40 (30.5)	19 (26)	59 (28.1)	52 (32.5)
	Kvinne	91 (69.5)	52 (74)	151 (71.9)	108 (67.5)
Alder	18-49	1 (0.8)	3 (4.1)	3 (1.4)	2 (1.2)
	50-67	18 (13.6)	11 (15.1)	16 (7.7)	16 (9.9)
	68-80	40 (30.3)	15 (20.5)	49 (23.4)	36 (22.4)
	81-100	73 (55.3)	41 (56.2)	141 (67.5)	107 (66.5)

4.1.1. Brukernes tillit til tjenestene

Brukerne får i stor grad hjelp til det som er viktigst å få hjelp til. De er også i stor grad tilfreds med hjemmetjenesten og trygg på at de får den hjelpen de trenger.

Vi laget også en gjennomsnittlig sumskåre av de fem spørsmålene som samlet kan sees som en totalvurdering av kvaliteten på tjenestene, inkludert trygghet og tillit, sett fra brukernes synspunkt. Deres svar ligger nærmest svarkategorien «i stor grad». Det var ingen endring i

brukernes tilfredshet fra november til februar, men brukernes vurdering hadde samme nivå som undersøkelsen i mars 2017.

Tabell 2: Brukernes tillit til tjenestene - utvikling fra forpilot til avslutning av hovedpilot

Spørsmål	Forpiloting§ november 2016 Snitt (SD) min-max N=79	Forpiloting mars 2017 Snitt (SD) min-max N=73	Hovedpiloting november 2017 Snitt (SD) min-max N=207	Hovedpiloting februar 2018 Snitt (SD) min-max N=162
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 [#]	3.66 (0.91)	3.82 (0.82)
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	3.43 (1.01)	3.51 (0.91)
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	3.52 (0.96)	3.54 (0.91)
4. Hvor tilfreds er du med hjemmetjenesten du får fra kommunen?	3.66 (0.9) 2-5	3.89 (0.9) 1.5	3.76 (0.79)	3.85 (0.82)
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 [#]	3.52 (0.93)	3.58 (0,82)
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	3.69 (0,90)	3.83 (0.90)
Gjennomsnitts sumskåre [§]	3.48 (0.8)	3.75 (0.8)*	3.61 (0.8)	3.68 (0.7)

§ I brukerundersøkelsen fra forpiloten er bydel Grorud ikke med

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 i både forpiloting og hovedpiloting.

Brukerne hadde også mulighet til å kommentere hva de var mest og minst tilfreds med. Svarene deres er oppsummert rangert fra det viktigste som flest svarte i tabell 3 og 4 (nedenfor). Ikke alle ga utfyllende svar, derav færre svar. Svarene er i tråd med funnene fra forpilotingen. Det brukerne liker mest er (a) *forutsigbarhet*; at hjelperne kommer som avtalt, og at det er personer de vet hvem er, (b) *pålitelighet*; at de vet hva de skal gjøre og at de gjør en god jobb og (c) *vennlighet*, dvs at hjelperne er hyggelige og imøtekommende. Tilsvarende liker brukerne minst blant annet at hjelpere ikke kommer som avtalt og at det stadig kommer personer de ikke kjenner. Det var færre som svarte på hva de likte minst, noe som kan ha flere årsaker, som at de fleste var rimelig godt fornøyd og at det kan være vanskelig for personer som mottar hjemmetjenester å si noe negativt om disse.

Tabell 3: Brukernes svar på åpent spørsmål om hva de liker mest

	Høst 2017 169 svar	Vår 2018 119 svar
At de kommer, pålitelighet, god jobb, omsorg	72	61
At de er hyggelige positive, imøtekommende	75	41
Å få hjelp til vask, helsehjelp fysisk	16	7
Praktisk	1	4
Sosialt	2	5
Annet	3	1

Tabell 4: Brukernes svar på åpent spørsmål om hva de liker minst

	Høst 2017 135 svar	Vår 2018 66 svar
At de er upresise, ikke holder avtaler	33	20
For mange ukjente som kommer	22	18
Alt ok (dvs ikke noe man liker minst)	24	11
At de har for liten tid	21	10
Manglende kompetanse	7	3
Menn (til kvinner)	7	2
Annet	13	2

4.2. Medarbeiderundersøkelser

Ved starten av forpiloteringen i november 2016 og ved oppstart av hovedpilot høsten 2017 ble det gjennomført anonyme spørreundersøkelser blant de ansatte i de fire bydelene som er med i prosjektet Tillitsmodellen, inkludert Bydel Grorud, som ikke deltok i mini-piloteringen.

Tabell 5: Ansatte som deltok i spørreundersøkelse høsten 2016 og høst 2017

Bydel, kjønn, alder, stilling og enhet		H 2016 N=153	V 2017 N=29	H 2017 N=76	V 2018 N=60
Bydel	Ullern	47 (31)	8	17 (22.4)	8 (13.3)
	Gamle Oslo	32 (21)	11	14 (18.4)	16 (26.7)
	Østensjø	32 (21)	10	22 (28.9)	21 (35.0)
	Grorud	42 (27)		23 (30.3)	15 (25.0)
Kjønn	mann	27 (18)		17 (22.4)	12 (20.3)
	kvinne	126 (82)		59 (77.6)	47 (79.7)
Alder	år (median min-max)	43 (23-63)			
Stilling	sykepleier	45 (29.8)		22 (30.1)	18 (30)
	hjelpepleier/helsefagarbeider	41 (27,2)		18 (24.7)	25 (41.7)
	saksbehandler/konsulent	18 (11.9)		5 (6.8)	4 (6.8)
	Fysioterapeut	5 (3.3)		4 (5.5)	2 (3.4)
	Ergoterapeut	6 (3.9)		4 (5.5)	2 (3.4)
	Deltidsansatte	15 (9.7)		10 (13.7)	2 (3.4)
	Praktisk bistand	11 (7.3)			2 (3.4)
	Annet				

I tabell 5 (forrige side) presenteres respondentenes bakgrunn. 153 ansatte svarte høsten 2016 og 76 høsten 2017. I 2016 sendte vi ut 200 spørreskjema (respons 76%), 50 til hver bydel. I 2017 ble spørreskjemaet sendt til teamene i hovedpilotingen. 76 svarte (totalt 105 teammedlemmer; 73% svarrespons). 82% av de som svarte var kvinner. De som svarte representerte ulike deler av tjenesten og et bredt spekter av kompetanse/utdanningsbakgrunn var representert. (Fordi Grorud ikke deltok i forpilotingen og undersøkelsen vår 2017 er det tomme celler/felter i tabellen).

4.2.1. Tillit, selvstyring og motivasjon for å arbeide i team

De ansatte svarte på fem spørsmål om grad av tillit og selvstyring i deres arbeidshverdag. Tabellen viser svar både fra ansatte i bydelene før minipiloting (høst 2016) i Svarskalaen 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 svarskalaen, så det er store variasjoner på individuelt nivå. Ved oppstart av hovedpiloting (høst 2017) er det ikke vesentlige endringer i dette, bortsett fra at en av bydelene skårer signifikant høyere enn de øvrige på spørsmålet om forslag til forbedringer blir tatt godt imot eller ikke.

Tabell 6: Grad av opplevd tillit og mulighet for selvstyring.

Spørsmål	H 2016 N=153	H 2017 N=76
1. Hvor stor grad av selvbestemmelse føler du at du har i jobben?	3.34 (0.8) 1-5	3.30 (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	3.66 (0.8) 1-5
3. Hvor stor grad av selvbestemmelse ønsker du å ha i jobben?	3.89 (0.7) 1-5	3.99 (0.6) 3-5
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	3.18 (0.8) 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	3.45 (0.7) 1-5

* Statistisk signifikant forskjell på bydelene, P=0.000

På spørsmål om medarbeiderne tror Tillitsmodellen vil gi bedre tjenester for brukerne svarer 83% ja og 17% nei høsten 2016. Høsten 2017 svarer 96% ja og 4% nei.

Påvirkning på arbeidsmotivasjon

Deltakerne fikk fire spørsmål om motivasjon, og svarte at arbeidet i Tillitsmodellen i stor grad har påvirket deres arbeid positivt og i liten grad negativt. Den samme svartendens finner vi når de vurderer motivasjonen i teamet som gruppe.

Tabell 7: Medarbeidernes arbeidsmotivasjon

Spørsmål: 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).	V-2017 Snitt SD	V-2018 Snitt SD	«Effekt» Cohens D
1. I hvilken grad har ditt arbeid med tillitsmodellen påvirket din motivasjon positivt?	4.19 (0.8)	3.74 (0.9)*	- 0.53
2. I hvilken grad har ditt arbeid med tillitsmodellen påvirket din motivasjon negativt?	2.26 (0.9)	2.12 (1.2)*	-
3. I hvilken grad tror at tillitsmodellen har påvirket teammedlemmenes motivasjon positivt?	3.96 (0.6)	3.60 (0.9)*	- 0.47
4. I hvilken grad tror tillitsmodellen har påvirket teammedlemmenes motivasjon negativt?	2.41 (0.8)	2.39 (1.2)*	-

*Statistisk signifikant forskjell mellom bydelene

Fra avslutning av minipilot (våren 2017) til avslutning av hovedpilot (våren 2018) er det imidlertid i snitt en liten nedgang i gjennomsnittlig arbeidsmotivasjon, men signifikant forskjell mellom bydelene. Dette kan ha flere forklaringer, som at en del av de som deltok i begge runder med pilotering opplevde en viss «piloteringstretthet» i andre runde og at nyhetens interesse ved piloteringen (Hawthorne-effekten) avtok. Bydelen som skåret motivasjon signifikant høyere enn de øvrige, var den som deltok for første gang, noe som også kan skyldes flere faktorer, som økt tillit, mer tverrfaglig samarbeid, ny form for ledelse, etc) og til å delta i et nytt prosjekt, med den oppmerksomheten og det ekstra fokuset det innebærer (Hawthorne-effekten).

Hovedfunnet er altså at teammedlemmenes opplever at arbeid i Tillitsmodellen påvirker motivasjonen positiv både for den enkelte og for teamet som helhet. Det er imidlertid en viss usikkerhet ved hvor mye av dette som kan tilskrives Tillitsmodellen og hvor mye som eventuelt skyldes den ekstra oppmerksomheten som følger med å delta i et prosjekt som det også blir forsket på.

4.2.2. Personorientering og kommunikasjon

Personorientering

Personorientering er sentralt i Tillitsmodellen, at mottakerne av tjenestene ikke bare behandles som «brukere», men som personer med egne ønsker, behov og rett til selvbestemmelse. Dette kommer særlig til uttrykk i at utgangspunktet for inntakssamtaler og beslutninger om hjemmehjelp er spørsmålet hva brukeren selv opplever som viktig. For å vurdere egen personorientert praksis

svarte ansatte på 59 spørsmål (McCormack & McCance, 2017). I slutten av januar 2017 hadde teamene pilotert i drøyt fire måneder. Spørsmålene i skjemaet måler individuelle og organisasjonskulturelle forutsetningene for å lykkes med nettopp dette. Spørsmålene er delt inn i tre hovedområder: 1) Forutsetninger for personorientert praksis, 2) Omsorgs- og pleieprosesser og 3) Faglig organisasjonskultur og arbeidsmiljø. Spørsmålene har 5 mulige svaralternativer fra 1 til 5 (helt uenig, uenig, nøytral enig og helt enig).

Tabell 8: Personorientering og organisasjonskultur

Delområde og delskalaer (antall spørsmål)	2016 - 2017 Snitt sumskåre (min-max) N=29		2017-2018 Snitt sumskåre (min-max) N=60	Cronbachs alpha
1. Forutsetninger for personorientering				
Profesjonell kompetanse (3)	4.01 (3.9 – 4.2)	0.63	4.00 (3.9-4.1)	0.42
Mellommenneskelige ferdigheter (4)	4.17 (3.9- 4.5)	0.68	4.13 (3.9-4.3)	0.63
Jobbengasjement (5)	4.25 (4.2 - 4.4)	0.76	4.02 (3.9-4.2)	0.79
Selvinnsikt (3)	4.15 (4.0-4.3)	0.67	3.95 (3.9-4.0)	0.74
Tydelige holdninger og verdier (3)	3.60 (3.4-4.0)	0.71	3.62 (3.4-4.0)	0.73
Sumskåre delskala forutsetninger	4.10 (3.4-4.5)	0.84	3.97 (3.4-4.3)	0.86
2. Omsorgsprosesser				
Samvalg (3)	4,05 (4.0-4.2)	0.75	3.95 (3.9-4.0)	0.59
Engasjement i personen (3)	4.17 (4.0-4.3)	0.74	4.0 (3.8-4.2)	0.62
Sympatisk væremåte (3)	4.19 (4.1-4.4)	0.66	4.1 (4.0-4.1)	0.71
Holistisk helsehjelp (3)	4.20 (4.1-4.3)	0.82	4.03 (3.9-4.3)	0.88
Sumskåre delskala omsorgsprosesser			4.03 (3.8-4.3)	0.86
3. Faglig organisasjonskultur				
Skill mix-tverrfaglig kompetanse (3)	4.01 (3.8-4.4)	0.48	3.93 (3.8-4.1)	0.60
Deltakelse i beslutningsprosesser (4)	3.89 (3.6-4.3)	0.63	3.64 (3.3-4.0)	0.78
Effektive relasjoner i teamet (3)	4.10 (4.0-4.3)	0.85	3.92 (3.9-4.0)	0.79
Deling av makt (4)	4.00 (3.6-4.0)	0.78	3.58 (3.3-3.9)*	0.85
Potensiale for innovasjon og risiko (3)	3.83 (3.7-4.0)	0.59	3.54 (3.3-3.8)*	0.48
Fysiske omgivelser (3)	3.83 (3.5-4.2)	0.77	3.73 (3.5-4.1)	0.63
Støttende organisasjon (5)	3.50 (3.2-3.9)	0.75	3.18 (2.8-3.4)	0.84
Arbeide med brukers holdninger og verdier (4)	4.05 (3.8-4.2)	0.81	3.96 (3.8-4.1)	0.76
Sumskåre delskala organisasjonskultur	3.89 (3.2-4.3)	0.90	3.66 (2.8-4.1)#	0.91

*Statistisk signifikant forskjell 2017 og 2018

Statistisk signifikant forskjell 2017 og 2018 (p=0.3, Cohens D = -0.53; dvs lavere skåre i 2018)

Spørsmålene om faglige forutsetninger for personorientert praksis dekker opplevd kompetanse, ferdigheter, engasjement og verdier. De ansatte opplever selv at 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 det å utfordre medarbeidere på holdninger og kvalitet, og lavest på det å be om tilbakemeldinger fra kolleger.

Det andre området, omsorgs- og pleieprosesser, gjelder hvordan arbeidet gjennomføres. Også her skårer deltagerne jevnt over relativt høyt på alle spørsmål, både om involvering av brukere

og pårørende, aktiv lytting, samvalg og helhetlig omsorg, men noe lavere på samvalg med brukere (se nedenfor).

Organisasjonskulturelle forutsetninger skåres imidlertid betydelig lavere. De ansatte mener at teamene har ganske god tverrfaglig dekning, effektivitet i arbeidsrelasjoner og rimelig klart fokus på brukerens verdier. Deltagelse i beslutningsprosesser og potensiale for innovasjon vurderes noe lavere, til tross for at Tillitsmodellen skulle legge til rette for nettopp dette. Det er også en statistisk signifikant *nedgang* på områdene deling av makt og potensiale for innovasjon 2017 til 2018. Det viktigste funnet i denne tredje delen er kanskje allikevel at «støttende organisasjon» - som i praksis betyr tillitsbasert ledelse - får lavest vurdering. Dette er paradoksalt, da tillitsbasert styring og ledelse er et nøkkelement i Tillitsmodellen. Dette funnet samsvarer også med erfaringer fra workshops med teamene.

Egen kommunikasjonskompetanse

Deltakerne svarte på syv spørsmål (skala 1-5) om kommunikasjonsferdigheter som er viktige i Tillitsmodellen (tabell 9). Det var noen individuelle variasjoner, men i snitt var de i stor grad sikre på å ha den kompetansen som skal til. Også her er det imidlertid til dels store individuelle forskjeller.

Tabell 9. Egenvurdert kommunikasjonskompetanse

På en skala fra 1 til 5: (1 = i meget liten grad, 2 = i liten grad, 3 = nøytral, 4 = i stor grad og 5 = i meget stor grad), hvor sikker er du på at du kan ...	2017 Median (min-max)	2018 Median-min max, Gjennomsnitt, SD
1. Kartlegge det som er viktig for bruker	4 (4-5)	4 (2-5), 4.25 (0.7)
2. Vurdere behovet for tjenester	4 (4-5)	4 (2-5), 4.22 (0.7)
3. Justere behovet for tjenester når situasjonen endrer seg	4 (3-5)	4 (2-5), 4.12 (0.7)
4. Lede teammøtet	4 (2-5)	4 (1-5), 3.66 (1.1)
5. Kommunisere med bruker og pårørende i fellesskap	4 (3-5)	4 (3-5)*, 4.27 (0.6)
6. Løse konflikter i fellesskap	4 (3-5)	4 (2-5)*, 3.88 (0.7)
7. Samhandle med bruker og stimulere til egenmestring	4 (3-5)	4 (3-5), 4.08 (0.7)

*Statistisk signifikant forskjell mellom bydelen

Kommunikasjon om følelser og involvering

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 brukermedvirkning 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 beherske disse ferdighetene.

Tabell 10. Egenvurdert kommunikasjon om følelser og involvering

På en skala fra 1 til 10 (1= slett ikke sikker, 10 = meget sikker), hvor sikker er du på at du kan lykkes med ...	2017 Median (min-max)	2018 Median (min-max)
1. å håndtere følelsesladede pasienter/pårørende?	8 (4-10)	8 (4-10)
2. å håndtere sinte pasienter/pårørende?	7 (4-10)	8 (1-9)
3. å overbringe vanskelige budskap til pasienter/ pårørende?	7 (3-10)	7.5 (2-10)
4. å disponere tiden din sammen med pasienter/pårørende?	8 (5-10)	8 (1-9)
5. å involvere pasienter/pårørende i de beslutninger er som tas?	8 (5-10)	9 (1-10)

Kommunikasjon om det som er viktig for brukeren

I snitt mener medarbeiderne at de i stor grad har de kommunikasjonsferdigheter som kreves. Det er imidlertid stor spredning i svar, og de vurderer sin egen kompetanse lavere enn viktighetsgraden på flere områder. Dette gjelder blant annet det å identifisere det som er viktig for brukeren og å oppmuntre brukere til å uttrykke tanker og følelser (tabell 11). At dette er vanskelig, samsvarer med funn i to større studier av kommunikasjon i hjemmesykepleien (Hafskjold m.fl. 2016; Sundler & Eide m.fl. 2016; Sundler & Hoglander m.fl. 2016). Det var også stor spredning av svar på om hvor sikre helsepersonell er på at brukeren hadde forstått informasjonen og har fått svar på sine spørsmål ved avslutning av samtalen (i spørreundersøkelsen og tabellene brukes *pasient*-begrepet om brukeren av hjemmebaserte tjenester).

Tabell 11. Kommunikasjon om det som er viktig for brukeren

På en skala fra 1 til 5 (1= slett ikke sikker/viktig, 5 = meget sikker/viktig), hvor sikker er du på at du kan ... (eller) hvor viktig mener du det er ...	Hvor sikker 2017	Hvor viktig 2017	Hvor sikker 2018	Hvor viktig 2018
... å identifisere det som er viktig for pasienten når du er sammen med pasienten?	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (1-4)	5 (1-5)
... lage en plan for møtet/samtalen sammen med pasienten? (ledelse av samtalen)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (1-5)	4 (3-5)
... oppfordre pasienten til utdype og fortelle om sine problemer/bekymringer?	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
... oppmuntre pasienten til å uttrykke tanker og følelser?	4 (3-5)	5 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
... strukturere en samtale med pasienten?	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (2-5)	4 (3-5)
... å vise passende non-verbal atferd (øyekontakt, ansiktsuttrykk, plassering, kroppsholdning, stemme)?	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (3-3)
... å vise empati?	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	5 (3-5)
... å avklare hva pasienten vet, for å kunne formidle informasjon i riktig mengde?	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (2-5)	5 (3-5)
... å finne ut om pasienten har forstått informasjonen som er gitt?	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	5 (3-5)
... å lage en plan basert på felles beslutning mellom deg og pasienten?	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (1-5)	4 (1-5)
... å avslutte samtalen og forsikre deg om at pasienten har fått svar på sine spørsmål?	4 (3-5)	5 (3-5)	4 (2-5)	5 (3-5)

Behov for kommunikasjonstrening

Funnene kan indikere at overgangen fra bestiller/utfører- til tillitsmodell stiller krav til kompetanse og ferdigheter i personorientert kommunikasjon som det ikke kan tas for gitt at alle medarbeidere i team har. Dette samsvarer med funn fra observasjon i workshops. Det synes å være en gjennomgående erfaring for mange, at overgangen fra å være «utfører» med en klar oppgave til å skulle samarbeide i team med utgangspunkt i hva brukeren selv opplever som viktig oppleves som ganske stor, men også svært meningsfull. På workshop ble det meldt om behov for trening i dette. På den ene siden synes behovet å gjelde praktisk kommunikasjon med brukerne, bl.a. i å gjennomføre inntakssamtale, å støtte brukere som følte seg ensomme innenfor begrenset tid, og å motivere for egenmestring, kanskje særlig i situasjoner hvor brukeren var trist og nedfor eller følte seg avmektig. Når det gjaldt kommunikasjon i team, gjaldt behovet for trening særlig samvalg med brukeren, vurderinger på tvers av profesjoner og når det oppstod uenigheter.

4.2.3. Forutsetninger for implementering (MIDI)

Helsepersonellens oppfatning av om viktige faktorer som må ligge til grunn for en vellykket implementering av Tillitsmodellen var på plass ble også kartlagt. Spørreskjemaet MIDI («Measurement Instrument for Determinants of Innovation») fanger opp fire forskjellige kategorier av faktorer/determinanter i implementering (Fleuren m.fl. 2013):

- Én faktor som vurderer sosiopolitisk sammenheng knyttet til forskrifter og lovgivninger.
- Faktorer som er forbundet med selve innovasjonen (Tillitsmodellen) (7 faktorer)
- Faktorer knyttet til brukerne (helsepersonell som skal gjennomføre innovasjonen og hvordan de mener innovasjonen er relevant for pasienter, brukere og pårørende) (11 faktorer)
- Faktorer knyttet til organisasjonen der Tillitsmodellen implementeres (10 faktorer)

Spørsmålene er stilt i påstands form og her samlet i tabellene under hvert område. De skåres på en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 er helt enig. 60 teammedlemmer svarte på denne delen av spørreskjemaet.

a) Sosio-politisk kontekst: forskrifter og lovgivning

På spørsmålet om Tillitsmodellen passer godt innenfor gjeldende lover og forskrifter sa 64.4% seg enig og helt enig, mens 36.6% var uenig eller verken enig eller uenig. Dette samsvarer med funn nevnt over, og indikerer usikkerhet blant mange medarbeidere om juridiske og forvaltningsmessige aspekter ved Tillitsmodellen og dermed også svikt i systematisk forberedelse av teamene.

b) Faktorer forbundet med innovasjonen selv (Tillitsmodellen)

Teammedlemmene i hovedpilotingen av Tillitsmodellen mener modellen er relevant for brukerne og at modellen er faglig forsvarlig og kunnskapsbasert. De synes også i litt varierende grad at Tillitsmodellen har en akseptabel kompleksitet, at den passer rimelig godt med hvordan de er vant til å arbeide, og at den gir synlige resultater.

Medarbeiderne skårer klart lavest på om det er tilrettelagt for arbeid med Tillitsmodellen. Dette samsvarer med funn om organisasjonskulturelle forutsetninger og lederstøtte (tabell 8). Også her er det stor spredning i svarene, fra 1-5 (tabell 12).

Tabell 12: Faktorer forbundet med innovasjonen (Tillitsmodellen)

Faktor	Spørsmål	Mean score (SD)	Min - max
1. Tydelige prosedyrer	1. I Tillitsmodellen er de aktivitetene jeg skal utføre tydelig beskrevet:	3.63 (0.9)	1-5
2. Faglig forsvarlig	2. Tillitsmodellen er kunnskapsbasert.	3,86 (0.8)	2-5
3. Fullstendig	3. Alt er tilrettelagt for å arbeide godt med Tillitsmodellen	2,70 (1.1)	1-5
4. Kompleksitet	4. Tillitsmodellen er for kompleks å arbeide i (snudd skala, høy skåre betyr at det modellen ikke er for kompleks)	3.53 (0.9)	2-5
5. Kompatibel	5. Tillitsmodellen passer godt med hvordan jeg er vant til å arbeide.	3.41 (1.0)	1-5
6. Observerbarhet	6. Tillitsmodellen har gitt synlige resultater.	3.36 (1.0)	1-5
7. Relevans for pasientene	7. Jeg synes Tillitsmodellen er relevant for mine brukere.	4.00 (0.7)	2-5
	Sumskåre (Cronbach's alpha = 0.75)	24.50 (4,1)	14-35

c) Faktorer forbundet med helsepersonellet (som arbeider med og i Tillitsmodellen)

På spørsmål som helsepersonellet vurdering av innovasjonen (Tillitsmodellen), spørres det både om hvordan de mener den fungerer for dem selv og for brukere og for pårørende (tabell 13).

Teammedlemmene synes at det er særlig viktig at Tillitsmodellen gir brukerne et tilbud i tråd med deres behov. De forventer også dette. De mener videre at det å arbeide i tråd med Tillitsmodellen overensstemmelse med deres ansvar som fagpersoner, at de får brukt sine fagkunnskaper bedre og at arbeidet blir mer spennende. De ser ikke store ulemper ved Tillitsmodellen. De mener også at de kan regne med støtte fra kolleger i rimelig stor grad.

Tabell 13: Faktorer som er faglig relevante for helsepersonell, brukere og pårørende

Faktor	Spørsmål	Mean score (SD)	Range
Fordeler og ulemper	I det følgende vil vi stille noen spørsmål om i hvilken grad Tillitsmodellen medfører fordeler eller ulemper for deg personlig:		
8a. Personlige fordeler	Mest fordeler	3.55 (0.9)	1-5
	Jeg får brukt mine fagkunnskaper bedre	3.83 (0.8)	1-5
	Tillitsmodellen gjør jobben min mer spennende	3.76 (0.9)	1-5
8b. Personlige ulemper	Mest ulemper (snudd skala, høy skåre betyr at det ikke er mange ulemper)	3.39 (1.1)	1-5
	Gjør jobben min mer krevende (snudd skala, høy skåre betyr at det ikke er krevende)	2.28 (1.0)	1-5
9. Forventning om resultat	a. Det er viktig at Tillitsmodellen gir brukerne et tilbud i tråd med deres behov	4.43 (0.7)	2-5
	b. Jeg forventer at Tillitsmodellen gir brukerne et tilbud i tråd med deres behov	4.33 (0.7)	2-5
10. Profesjonelle forpliktelser	Arbeidet i Tillitsmodellen er i tråd med mitt ansvar som fagperson	4.00 (0.7)	2-5
11. Pasient tilfredshet	a. Brukerne vil generelt være fornøyde hvis jeg arbeider etter Tillitsmodellen	3.86 (0.7)	2-5
	b. Pårørende vil generelt være fornøyde hvis jeg arbeider etter Tillitsmodellen.	3.93 (0.7)	3-5
12. Pasient samarbeid	a. Brukerne vil stort sett være samarbeidsvillige når jeg arbeider etter Tillitsmodellen.	3.72 (0.8)	2-5
	b. Pårørende vil stort sett være samarbeidsvillige når jeg arbeider etter Tillitsmodellen	3.68 (0.7)	2-5
13. Sosial støtte	13. Jeg kan regne med tilstrekkelig hjelp fra mine kolleger hvis jeg skulle trenge det	3.67 (1.0)	1-5
	Sumskåre (Cronbach's alpha = 0.79)	44.00 (5.5)	29-59

Teammedlemmene ble også spurt om andres forventninger til at de arbeidet i tråd med Tillitsmodellen og i hvilken grad de tillat andres forventninger vekt. De antok at leder i teamet og andre kolleger forventet at de arbeidet i tråd med Tillitsmodellen, men i mindre grad at det ble forventet av brukere og pårørende (tabell 14).

Tabell 14: Antatt forventning om at teammedlemmene arbeider etter Tillitsmodellen

Hvilken person forventer	Svarkategori - N (%)				
	Helt definitivt ikke	Definitivt ikke	Kanskje, kanskje ikke	Definitivt	Helt definitivt
Pasienten	2 (3.4)	1 (1.7)	37 (63.8)	13 (22.4)	5 (8.6)
Pårørende	1 (1.8)	1 (1.8)	31 (54.4)	17 (29.8)	7 (12.3)
Avdelingsleder		1 (1.8)	3 (5.3)	22 (38.6)	31 (54.4)
Sykepleiere i teamet		1 (1.7)	12 (18.7)	28 (48.3)	18 (31.0)
Tillitsvalgt		1 (1.8)	31 (32.7)	22 (40.0)	14 (25.5)
Helsefagarbeidere i teamet		2 (3.4)	14 (24.4)	30 (51.7)	12 (20.7)
Ergoterapeut/ fysioterapeut i teamet		2 (3.4)	5 (8.6)	32 (55.2)	19 (32.8)

Videre ble de spurt om i hvilken grad de vektla de ulike parters synspunkter. Brukerens og de pårørendes synspunkter ble i høy grad vektlagt, men også medarbeiders synspunkter (tabell 15). Dette indikerer at medarbeidere har et klart brukerfokus, men også at det er en dialog på tvers av fag og profesjoner i teamene.

Tabell 15: Hvordan vektlegger teammedlemmene synspunkter fra andre

Hvem sine synspunkter vektlegges	Svarkategori – N (%)				
	Helt definitivt ikke	Definitivt ikke	Kanskje, kanskje ikke	Definitivt	Helt definitivt
Pasienten			6 (10.3)	33 (55.9)	21 (35.6)
Pårørende	1 (1.8)		10 (17.9)	31 (55.4)	14 (25.0)
Avdelingsleder		1 (1.7)	4 (6.8)	35 (59.3)	19 (32.2)
Sykepleiere i teamet		1 (1.7)	7 (12.5)	25 (44.6)	23 (41.1)
Tillitsvalgt	1 (3.6)		18 (32.7)	25 (45.4)	10 (18.2)
Helsefagarbeidere i teamet	1 (1.8)		6 (10.5)	30 (52.6)	20 (35.1)
Ergoterapeut/fysioterapeut i teamet	1 (1.7)		6 (10.3)	31 (53.4)	20 (34.5)

Teammedlemmene ble også spurt om de kunne utføre sentrale aktiviteter som er grunnleggende for en god gjennomføring av Tillitsmodellen (tabell 16), i hvilken grad de er kjent med innholdet i Tillitsmodellen og om de synes de hadde nok kunnskap om Tillitsmodellen. De var rimelig sikre på å kunne kartlegge det som er viktig for brukerne og vurdere behovet for tjenester. De var litt mindre trygge på å kunne justere behovet for tjenester og kommunisere med bruker og pårørende i fellesskap. De var minst trygge på å løse konflikter i fellesskap.

Tabell 16. Teammedlemmenes tillit til egen kompetanse

AKTIVITET	Helt sikkert ikke	sikkert ikke	kanskje, kanskje ikke	definitivt	helt definitivt
Kartlegge det som er viktig for bruker		1 (1.7)	4 (6.8)	33 (55.9)	21 (35.6)
Vurdere behovet for tjenester		1 (1.7)	4 (6.8)	35 (59.3)	19 (32.2)
Justere behovet for tjenester når situasjonen endrer seg		1 (1.7)	8 (13.6)	55 (55.9)	17 (28.8)
Lede teammøtet	4 (6.8)	3 (5.1)	14 (23.7)	26 (44.1)	12 (20.3)
Kommunisere med bruker og pårørende i fellesskap			4 (6.8)	35 (59.3)	20 (33.9)
Løse konflikter i fellesskap		1 (1.7)	17 (28.8)	29 (49.9)	12 (20.3)
Samhandle med bruker og stimulere til egenmestring			12 (20.3)	30 (50.8)	17 (28.8)

d) Faktorer som omfatter organisasjonen og ledelse av innovasjonen (Tillitsmodellen)

Halvparten av teammedlemmene mente de hadde for liten bakgrunnskunnskap til å arbeide etter Tillitsmodellen da de startet. På spørsmål om ledelsen har formalisert Tillitsmodellen svarer 37 personer «ja» (67%), 20 svarer «vet ikke» (33%), mens 3 svarer «nei» (5%). På spørsmål om det er

andre endringer på arbeidsplassen under innføring av Tillitsmodellen som omorganisering, fusjon, innsparinger eller andre innovasjoner svarer 40 personer «ja» (77%), 12 (23%) svarer «nei», mens 8 har ikke svart på dette spørsmålet.

Dette indikerer at det er betydelig usikkerhet blant mange teammedlemmer om Tillitsmodellen som forvaltningsmodell, og at det foregår organisatoriske endringsprosesser parallelt med pilotering av Tillitsmodellen i relativt stort omfang, noe som normalt innebærer relativt dårlige forutsetninger for innovasjon og implementering.

De faktorene teammedlemmene skårer lavest er imidlertid (a) tilstrekkelig personale, (b) økonomiske ressurser og (c) tid til å arbeide etter Tillitsmodellen (tabell 17). Dette indikerer klart at medarbeiderne mener at det foreløpig ikke er lagt systemisk godt nok til rette for kunne arbeide etter Tillitsmodellen slik den er tenkt.

Tabell 17: Vurdering av relevante organisatoriske faktorer for vellykket implementering

Faktor	Spørsmål	Mean score (SD)	Range
20. Erstatning ved fravær – når noen slutter	20. På min arbeidsplass er det rutiner slik at dersom medarbeidere i selvstyrte team slutter, så blir de erstattet tidsnok av medarbeidere som kjenner/eller blir opplært i Tillitsmodellen.	2.62 (1.1)	1-5
21. Stabens kapasitet	21. Det er tilstrekkelig med personale på arbeidsplassen til å arbeide etter Tillitsmodellen slik den er tenkt.	2.41 (1.1)	1-5
22. Økonomiske ressurser	22. Det er nok økonomiske ressurser til disposisjon til å arbeide etter Tillitsmodellen	2.37 (1.0)	1-5
23. Tilgjengelig tid	23. Jeg har fått nok tid avsatt i det daglige arbeidet til å arbeide etter Tillitsmodellen slik den er tenkt.	2.48 (1.1)	1-5
24. Materielle ressurser	24. På min arbeidsplass har jeg nok utstyr og andre ressurser til rådighet til å arbeide etter Tillitsmodellen slik den er tenkt.	2.88 (1.1)	1-5
27. Informasjon om innovasjonen	27. På min arbeidsplass har jeg lett tilgang til informasjon om Tillitsmodellen.	3.70 (0.9)	1-5
28. Tilbakemelding om fremdrift	28. På min arbeidsplass får vi jevnlig tilbakemelding på fremdrift med implementering av Tillitsmodellen.	3.32 (1.2)	1-5
	Sumskåre (Cronbach's alpha=0.84)	29.94 (5.2)	9 -34

4.3. Team-perspektivet

Tre workshops hvor alle seks team fra fire bydeler var representert, ble gjennomført i piloteringsperioden. Alle workshopene har vært gjennomført i Oslo kommunes lokaler i Gamle Bydel fra oktober 2017 – januar 2018. På samlingene ble det benyttet spørreskjemaer som utgangspunkt for gruppedrøftelser i team og erfaringsdeling i plenum.

4.3.1. Workshop 1: Hva skal til for å lykkes med Tillitsmodellen - erfaringsdeling

Formålet med den første samlingen (oktober 2017) var å utforske hva som skal til for å lykkes med Tillitsmodellen, dele erfaringer med samarbeid i tverrfaglige team så langt, og lære av hverandres løsninger. 49 teammedlemmer fra de fire bydelene deltok. De hadde ulike profesjonsbakgrunn og representerte tverrfagligheten i teamene. Deltagerne besvarte spørsmål om det som var felles for de to modellene som skulle piloteres, hva de erfarte som bra og mindre bra på jobb, og hvilke råd de ville gi til ledelsen for å gjøre Tillitsmodellen så god som mulig.

Tabell 18 viser hvordan teamdeltagerne selv oppfatter sentrale aspekter av organiseringen i team. Spørsmål 1-13 gjelder aspekter ved den faglige organiseringen som skulle være felles for alle team, og som alle ville svare «ja» på hvis det var gjennomført. Vi ser av tabellen at dette ikke er tilfelle, og at mye bare delvis er gjennomført, noe også i svært liten grad.

På dette tidspunktet var det ikke å forvente at alle hadde gjennomført ny vurdering sammen med alle brukere, men det er allikevel påfallende at relativt få opplever å involvere brukerne mer enn før, selv om det er et av formålene med Tillitsmodellen.

Vi ser av tabellen at de ansatte skårer høyt på revurdering av brukernes behov og på tverrfaglig samarbeid, noe som også er helt sentralt i modellen. I svar på åpne spørsmål og i erfaringsdeling i plenum kom det frem at det de likte best ved team-organiseringen var nettopp tverrfaglig samarbeid, og at man også verdsatte raskere gjennomføring av møter, større ansvar og mer arbeid i fellesskap for å komme frem til gode løsninger for bruker.

Flere team formidlet imidlertid at de opplevde å gå på minimumsbemanning, hadde for få sykepleiere og at det var svært mye å gjøre for denne yrkesgruppen. Noen pekte også på at det var gitt lite informasjon og at leder hadde for lite kunnskap om Tillitsmodellen. Dette samsvarer med funnene i medarbeiderundersøkelsen.

Tabell 18: Oppgaver og organisering i team

Tiltak i Tillitsmodellen – Alle fire bydeler		ja	nei	vet ikke	totalt
1	Mitt team har ansvar for alle brukerne (med vedtak) i vårt område	28	13	2	43
2	I mitt team er både saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut faste medlemmer	38	5		43
3	Praktisk bistand er integrert i teamet	22	20	1	43
4	Alle faste medlemmer i mitt team rapporterer til samme leder	35	5	2	42
5	Vedtaksmyndigheten i mitt team ligger hos teamleder	18	19	6	43
6	Vi er i gang med nye tiltaksplaner for den enkelte bruker ut fra «Hva er viktig for deg?»	17	22	3	42
7	Teamet innhenter annen (spesial)kompetanse og veiledning ved behov	27	6	10	43
8	Teamet tildeler tjenester og lager arbeidslister	20	21	2	43

9	Teamet lager tiltaksplaner og følger opp disse	27	10	4	41
10	Teamet gjør selv revurdering av brukernes behov (i tverrfaglige møter)	41	1	-	42
11	Teamet har ansvar for å sette opp vaktlistene	5	35	3	43
12	Teammedlemmer får veiledning og rådgivning internt i teamet	22	13	7	42
13	Teamet følger opp overfor sykehus, helsehus, KAD eksisterende brukere	20	12	10	42
14	Teamet har god teknologistøtte	13	15	13	41
15	Vi har gjennomført ny vurdering sammen med alle brukere	3	37	3	43
16	I mitt team fungerer det tverrfaglig samarbeidet godt	36	3	4	43
17	Jeg opplever at jeg selv og teamet har god lederstøtte	13	24	4	41
18	Jeg opplever at teamet samlet har den nødvendige kompetansen for å gi helhetlig omsorg	28	9	6	43
19	Jeg opplever at vi involverer brukerne mer enn før	9	27	7	43

Lederstøtte – «På et åpent hav»

Det var påfallende store forskjeller mellom teamene i forståelse av hva Tillitsmodellen var og hvorvidt de følte de mestret den nye arbeidsformen. Mens noen ga klart uttrykk for at de følte det gikk bra og at de hadde god lederstøtte, meldte andre team at arbeidet i team var uten klart definerte oppgaver, at dette var vanskelig og til tider kaotisk, og at teamleder kunne være fraværende det meste av tiden. En tillitsvalgt uttalte senere i et intervju at det var kommet flere meldinger om at team ikke fungerte godt:

De var jo ikke klar over hvilke oppgaver de skulle ha, og en ringte meg og sa at hun følte hun hadde havnet på et åpent hav. Det skal jo ikke være så utrygt. Plutselig skulle man sitte og fordele for gruppa si.

4.3.2. De ansattes råd til ledelsen

På første workshop ga deltagerne individuelt også svar på et spørsmål om hvilke råd de ville gi til ledelsen for at Tillitsmodellen skulle fungere enda bedre. Svarene som hyppigst gikk igjen gjaldt tilstrekkelig grunnbemanning, tilstedeværende ledelse og økt kompetanse i teamet, deretter avklaring av oppgaver og tid til administrasjon:

Bemanning

- Sikre tilstrekkelig grunnbemanning av faste folk
- Få ned sykefraværet og unngå så mange vikarer
- Få tid til å jobbe med hverdagsmestring ('henda på ryggen')

Ledelse

- At teamleder er tilstede, involverer seg og følger opp

- At teamleder lytter til de ansatte og tar dem med på råd
- At teamleder er del av teamet, og legger til rette for gode møter
- At teamleder lar de ansatte slippe til og selv bestemme og ta valg
- At teamleder klargjør oppgaver i teamet og at det jobbes mot et mål
- At teamleder følger opp at tiltak iverksettes og endres ved behov
- At teamleder får færre andre oppgaver og tid til å lede teamet

Kompetanse

- Å ha nok sykepleiere/kompetanse i teamet i forhold til brukergruppen
- Å forberede og gi opplæring i Tillitsmodellen
- Å avsette tid til opplæring og omstilling (E-læring hjemme ikke nok)
- La fagpersoner i teamene være i teamene, og ikke låne dem ut til andre
- Å gi opplæring i å utarbeide og bruke tiltaksplaner i team

Teamutvikling og -oppgaver

- Behov for tydeligere roller og oppgaver i teamet
- Behov for en fordeler, koordinator med ansvar for arbeidslister, e-link etc.
- Skape tid og rom for å ha regelmessige teammøter
- Gi bedre tid til omstilling, opptrening og planlegging
- La teamet få jobbe selvstendig og selv finne møteformer som fungerer
- Administrasjon og saksbehandling
- Å sette av tid til administrasjon/skrivearbeid
- Uten koordinator/fordeler er det stor risiko for at informasjon kan glippe!

4.3.3. Workshop 2 - Tillit, motivasjon og samarbeid

På den andre workshop'en (november 2017) var begrepet «tillit» sentralt, og formålet var å avklare egen rolle i teamet og hvordan man sammen i teamet best kunne bidra til å styrke brukerens opplevelse av mestring, trygghet og selvbestemmelse. Hva tillit betyr i samarbeid i team og i arbeid for brukerne var hovedpunkter i drøftelsene.

Det var totalt 43 personer til stede fordelt på de åtte teamene på denne samlingen. Det som gikk igjen i oppsummeringen var at tillit handler om å stole på andre og på seg selv. Det ble lagt vekt på ærlighet, kommunikasjon, informasjon og å finne felles gode løsninger. Det er viktig å ha tro på at alle yter sitt beste og å ha god samvittighet for den måten det jobbes på. For de ansatte i teamene var det viktig med høy grad av opplevd autonomi/selvbestemmelse. Svar på spørsmål om

oppgaver og teamsamarbeid (tabell 19) viser at teamene jevnt over skårer høyt på egenskaper og kommunikasjonsformer som er positive i teamarbeid (Bales, 1950; Eide & Eide, 2017).

Tabell 19: Oppgaver og samarbeid i team

I teamet vårt ...	ja	nei	Både-og av og til	total
1 ... er vi solidariske, støtter, anerkjenner og hjelper hverandre når det trengs	27	-	10	37
2 ... har vi en avslappende tone, og kan spøker om ting for å redusere spenning	24	1	12	37
3 ... er vi imøtekommende, nikker og forstår, og gir etter når det passer best	22	-	13	35
4 ... er det ofte noen som styrer diskusjonen, gir den retning, lar folk komme til orde osv.	20	-	20	
5 ... gir vi uttrykk for hva vi tenker og føler, sier hva vi mener og hva vi ønsker	26	-	6	33
6 ... er det ofte noen som tar litt ledelsen informerer, gjentar, sammenfatter og tydeliggjør	12	2	20	34
7 ... er det ofte noen som ber om mer informasjon, ber andre gjenta, tydeliggjøre, utdype etc.	9	3	21	33
8 ... er det vanlig å foreslå løsninger eller handlingsalternativer, eller la samtalen ta ny retning	16	4	13	33
9 ... er ofte noen avvisende, formelle, yter stille motstand, eller de hjelper bare når de må	6	10	16	32
10 ... skaper ofte noen spenning eller er hjelpeløse, trekker seg tilbake, faller litt sammen	3	15	13	31
11 ... er det ofte noen litt fiendtlige, gjør andre mindre, er sarkastiske, latterliggjør oppgaver, etc	1	23	8	32
12 ... føler jeg meg trygg	28	1	4	33
13 ... har jeg tillit til alle de andre	19	1	12	32
14 ... er min rolle å glatte over	4	20	5	29
15 ... er min rolle å konfrontere når det er nødvendig	8	7	15	30
16 ... er det min rolle å si fra skikkelig, kanskje tvinge frem løsninger eller avtaler	5	19	10	34
17 ... er det min rolle å holde meg i bakgrunnen, være litt usynlig	1	27	4	32
18 ... er det min rolle å finne kompromisser og kloke løsninger	12	3	16	31
19 ... vet vi hva som er viktig for hver enkelt av oss	14	5	15	34
20 ... vet vi hva som er viktig for hver enkelt av våre brukere	9	5	18	32
21 ... har vi drøftet hva vi selv synes er viktig med Tillitsmodellen	15	6	13	34

En overraskende oppdagelse på denne samlingen var at flere team arbeidet etter gammel mal for innkomstsamtale, uten «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet. En ny mal for dette ble utarbeidet og prøvd ut våren 2017.

4.3.4. Workshop 3: Roller og kommunikasjon

Den tredje og siste workshopen (januar 2018) hadde 35 deltagere fra de tre bydelene. Tema var oppstartsamtaler/ kartleggingsamtaler. Sentrale punkter var hvordan skape tillit og god kommunikasjon i kartleggingsamtalen, og få frem hva som er viktig for bruker og hvordan kartleggingsamtalen kan danne et godt grunnlag for brukers tiltaksplan. Kartlegging som kontinuerlig oppgave ble også løftet frem.

Tabell 20: Roller og kommunikasjon i team

I teamet vårt ...		ja	nei	vet ikke /usikker	total
1	Vi har foretatt ny kartlegging av de fleste brukerne	11	20	4	35
2	Vi bruker ny metode for kartlegging, men «hva er viktig for deg»	29	0	5	34
3	Våre brukere føler seg sett og forstått i kartleggingsprosessen	22	1	12	35
4	Vi arbeider sammen med våre brukere om å sette opp tiltaksplanen	13	13	9	35
5	Hva som er viktig for brukeren fremgår klart av tiltaksplanen	15	11	8	34
6	Jeg vet hvordan jeg skal kommunisere for å finne ut hva som er viktig for brukeren	29	1	4	34
7	Jeg har selv et ganske klart bilde av hva som er viktig for de fleste brukerne	16	14	5	35
8	Jeg kan sjekke i tiltaksplanen hva som er viktig for brukerne	11	18	6	35
9	Jeg oppfatter som regel når brukerens behov og ønsker endrer seg	26	2	7	35
10	Jeg vet hvordan jeg skal dokumentere det når brukerens behov/ønsker endrer seg	29	3	3	35
11	Vi dokumenterer sammen med bruker når brukerens behov og ønsker endrer seg	6	23	6	35
12	Teamet har gode rutiner for å kommunisere når brukers behov/ønsker endrer seg	24	15	6	35
13	Når brukers behov og ønsker endrer seg vi også tiltaksplanen	20	6	9	35
14	Jeg synes vi er gode til å gjøre endringer når brukers behov og ønsker endrer seg	25	6	3	34

Tiltaksplan og journalsystem

Av svar på spørreskjema på siste workshop (over, tabell 20) går det frem at alle teamene - mot slutten av piloteringsperioden - var kommet i gang med ny metode for kartlegging («Hva er viktig for deg?»), og mente at bruker føler seg sett og forstått i kartleggingsprosessen. Vi ser imidlertid at mange allikevel ikke har et klart bilde av hva som er viktig for brukerne, og at hva som er viktig for brukeren i mange tilfeller heller ikke fremgår av tiltaksplanen. Det er variert erfaring med om brukerne er med å sette opp tiltaksplan i samarbeid med personalet.

Av erfaringsdelingen i plenum gikk det frem at det ikke var noen plass i det digitale journalsystemet hvor man kunne registrere hva som er viktig for brukerne i tilknytning til tiltaksplanen. Allikevel svarer mange at dette fremgår av tiltaksplanen. Det synes å være en felles erfaring at tiltaksplanen (av tekniske grunner eller mangel på opplæring) ikke kunne endres i journalsystemet mens man var hos bruker, men at dette måtte gjøres på en egen maskin i basen. Tiltaksplan ble følgelig ofte skrevet i ettertid, og mange meldte at den heller ikke alltid ble oppdatert ved senere endringer. Teammedlemmenes erfaring var åpenbart at journalsystemet ikke var tilpasset Tillitsmodellen, og at dette i praksis var en hemmer i overgangen til ny modell (jf. 4.4 Lederperspektivet).

Hverdagsmestring – «Det er viktig å kommunisere at vi er der for dem.»

Å få hverdagsrehabilitering og å hjelpe brukeren til hverdagsmestring til å bli et tenkesett var også en stor utfordring for mange. Det var stor forskjell i hvordan dette ble oppfattet. Noen syntes å vektlegge at hverdagsmestring er viktig for brukeren selv: «Det som er viktig er å tenke på at man skal sette folk i stand til å klare ting selv.» Andre var mer kritiske, og mente at kommunen nå vektla hverdagsmestring for å spare ressurser:

Paradokset, som kan oppleves som vanskelig, er at vi sier til brukerne ... at vi kan prøve å motivere brukeren til å bli mer selvhjulpen, sier at det er for å hjelpe deg til å være mer selvhjulpen, men det er jo ikke det. Det er for å kutte vedtak.

En tredje posisjon i spørsmålet om hverdagsmestring var å ha både brukers beste og hensyn til økonomi i tankene, og at disse to hensynene kanskje langt på vei trekker i samme retning:

Hjemmetjenesten må tenke på økonomi. Vi kan ikke gi tjenester til personer som ikke har bruk for det. Å kutte vedtak på grunn av økonomi er feil. Om noen klarer å gjøre noe selv, så skal de gjøre det. Men at noen kommer inn og smører skiva di og henter kaffe, og de sitter i en stol hele dagen, det er ikke bra.

Et annet paradoks er at skrøpelige brukere kan være lite motivert for hverdagsmestring fordi de er engstelige med tanke på å risikere å miste tjenestene – som de føler seg avhengig av – hvis de midlertidig skulle bli bedre:

Får vi nye brukere er det viktig å trygge de på at vi ikke detter bort selv om de får til noe selv. Vi kommer tilbake hvis det blir funksjonsfall. Det er viktig å kommunisere at vi er der for dem. (...) Det det handler om er å mestre hverdagen for den enkelte på den gode måten.

Hva er viktig for deg? – «Å gå opp trappa»

En fortelling som kom igjen flere ganger i løpet av workshopene var brukeren som trengte å komme i gang med trening av hensyn til vekt og blodsukker. Brukeren fikk et treningsprogram, men fysioterapeuten kom ingen vei. Hjemmesykepleien fikk melding om dette, og spurte bruker hva som var viktig for henne. Hun hadde ikke vært i stand til å komme opp i etasjen over på lang tid, og svarte «Jeg vil klare å gå opp trappa». Brukeren selv så kanskje selv ikke sammenheng mellom trening og sitt eget ønske. Hun så ingen mening i å reise seg opp og ned i stolen som en øvelse, men hadde behov for å mestre å gå i trapp. Dette ga mening: «For å bli god å gå i trapp, så går vi i trapp». Hjemmesykepleien koblet konkret mål og trening, med gode resultater.

På den avsluttende workshop'en var det særlig to positive erfaringer som ble fremhevet: tverrfaglig samarbeide i team og økt oppmerksomhet på det som var viktig for brukerne.

De kritiske erfaringer var særlig knyttet til to forhold. På den ene siden opplevelsen av manglende teknologistøtte og tilpasning av journalsystemet til Tillitsmodellen, og mer generelt liten interesse og vilje i ledelsen til å ta i bruk tilgjengelig velferdsteknologi. På den andre siden manglende tilrettelegging og lederstøtte i det daglige, riktignok med et klart unntak for den bydelen som piloterte for første gang. I tillegg kom hverdagsmestring og motiverende kommunikasjon med brukerne opp som et eget tema som flere av teamene ytret ønske om og behov for å gå videre på (jf. 4.4 Lederperspektivet, nedenfor).

4.4. Lederperspektivet

Individuelle intervjuer ble gjennomført med ti ledere og tillitsvalgte – overordnet prosjektansvarlig, fire teamledere, fire prosjektledere og en tillitsvalgt. En intervjuguide var utarbeidet på forhånd, og ble benyttet som en sjekklister. Intervjuene ble gjennomført som åpne, utforskende samtaler, hvor det overordnede formålet var å identifisere viktige erfaringer med tanke på hovedimplementering. Intervjuene ble transkribert og lyttet gjennom flere ganger.

Kompleksitet

En overordnet og felles erfaring var at piloteringen av Tillitsmodellen var et svært komplekst prosjekt, at overgangen fra bestiller/utfører-modellen til å arbeide tillitsbasert var en større overgang enn man kanskje hadde forutsatt, og at det å samarbeide om systematisk utprøving av en modell på tvers av fire autonome bydeler ikke var enkelt. Til tross for omfattende inkluderende prosesser i utviklingsfasen pekte flere ledere på at forankringen eller eierforholdet til prosjektet blant ledere i bydelene kunne være varierende. Tillitsmodellen utfordret også eksisterende tenkesett og eksisterende praksis, noe som ifølge flere ledere skapte engasjement, men også intern usikkerhet og uro, først og fremst blant ledere og tillitsvalgte. Ifølge de lederne som pekte på dette, var uroen mest utbredt i utviklings- og forpiloteringsfasen, noe mindre i hovedpiloteringen.

Bydelene skulle pilotere to varianter av Tillitsmodellen med mange felles elementer. Av intervjuene med lederne gikk det direkte eller indirekte frem at piloteringen av felleselementene var gjennomført i svært varierende grad. Underveis hadde styringsgruppen også gått bort fra et av de sentrale felleselementene, nemlig at alle brukere skulle få ny tiltaksplan ut fra «Hva er viktig for deg?» Kun den bydelen som piloterte for første gang, hadde i all hovedsak gjennomført piloteringen etter planen. Dette samsvarer godt med funn i workshop med medarbeiderne. I

praksis var det med andre ord ikke to, men fire varianter av Tillitsmodellen som ble prøvd ut i hovedpilotingen. Kompleksiteten i pilotingen og dermed også i erfaringer var stor.

Samtlige ledere syntes imidlertid å stille seg bak idéen om Tillitsmodellen, ønsket om økt tillit i tjenestene og overgang til tillitsbasert styring og ledelse. Om dette skyldtes at overgang til tillitsbasert styring og ledelse var besluttet politisk og dermed en del av premissene, eller om det skyldtes andre ting, var vanskelig å få tak i. På direkte spørsmål i intervjuene om man mente at Tillitsmodellen ville være bedre for hjemmetjenestene enn bestiller/utfører-modellen, var de fleste positive og ingen direkte negative. I ulike sammenhenger kom flere tilbake til at det neppe var noen som ville tilbake til måten man gjorde ting på tidligere.

Nedenfor presenteres lederes og tillitsvalgtes perspektiver på sentrale elementer i Tillitsmodellen slik den ble prøvd ut.

4.4.1. Tverrfaglighet – med saksbehandling i team

Ledernes erfaringer med tverrfaglige team var utelukkende positiv. Dette samsvarer godt med teamenes egen erfaring både i forpilotingen og hovedpilotingen.

Fysioterapeut og ergoterapeut i teamet

Særlig ble det fremhevet betydningen av å ha med fysioterapeuter og ergoterapeuter som del av teamet, noe de fleste teamene hadde. Et spørsmål som ble reist var hvordan profesjonsutøvere som det kanskje ikke var behov for på heltid skulle organiseres. En løsning som flere bydeler hadde valgt var at en person kunne delta i to team hvis det f.eks bare var behov for 50 %. Å være del av teamet innebar å delta regelmessig på møtene og bidra faglig. Mange av lederne mente dette ga en felles læringseffekt på tvers av profesjoner som man ikke hadde tidligere. Dette samsvarer med funn fra workshops med teammedlemmene.

Saksbehandling i teamet

Prosjekt- og teamlederne mente også at erfaringene med saksbehandling i team og å ha saksbehandlere som del av teamet var positive. Dette var imidlertid i mindre grad prøvd ut systematisk. Dette kunne ha ulike årsaker i de ulike bydelene, men det synes å være en felles utfordring å integrere saksbehandling i teamarbeidet. En formulerte det som et spørsmål om tid og koordinering:

Den største utfordringen vi har nå tenker jeg er å skape tid for tjenesteansvarlig og saksbehandlere til å sette seg ned å snakke sammen i forhold til å samkjøre vedtakene og tiltaksplan. Det ser vi at er litt utfordrende for man må finne den tiden i hverdagen.

I enkelte bydeler deltok saksbehandlere uregelmessig på møter og – i den grad de besøkte brukere, besøkte de brukere alene eller sammen med en annen saksbehandler. Dermed ble også den ønskede kompetanseoverføring til resten av teamet begrenset:

Saksbehandlerne burde vært mer ute hos brukerne, og de bør overføre mer kompetanse til sykepleiere og helsefagarbeidere i forhold til lovverk. (...) Den kompetansen som forvaltningsenheten sitter på, saksbehandlerne, de sitter jo fortsatt med den saksbehandlingsrollen og lovverket.

En tredje utfordring er at saksbehandlere samtidig fikk en ny utfordring, nemlig å skulle utforme vedtakene sammen med brukere og i et språk som også brukere og pårørende forstår. Også dette var en stor overgang, og krevde nytt tenkesett, tilvenning og trening. En leder formulerte det slik:

Og det er en sak som jeg også har tenkt på, og som jeg har snakket med saksbehandlerne om, at de kan ikke skrive vedtak som vi skrev før. Vi må ha vedtak der vi på en måte samskaper tjenester med brukere og pårørende. Vi må, på en måte, åpne for å ... at vedtakene blir utformet sånn at pårørende og brukeren har et eierskap til det. Og det har ikke vært helt lett.

Selv om saksbehandling i team ble prøvd ut i varierende grad, synes det å være nok positive erfaringer til at teamledere ønsket saksbehandling i team og at saksbehandlere ble integrert i teamet, deltok på møtene, besøkte brukerne sammen med fagpersoner og fattet vedtak i samråd. Begrenset utprøving til tross, mange av lederne formulerte varianter av utsagnet: «Ingen vil tilbake til sånn det var før».

4.4.2. Nytt tenkesett – hva er viktig for deg?

Det synes å være bred enighet blant lederne om at Tillitsmodellen representerte både et nytt tenkesett og en ny praksis. Dette ble formulert på ulike måter, men mange uttrykte klart at det å gå fra å skulle utføre en bestilling til å finne ut hva som var viktig for brukeren og gi best mulig hjelp på bakgrunn av det krevde et helt nytt tenkesett. Enkelte mente også at det å ta utgangspunkt i hva brukeren selv opplevde som viktig faktisk representerte en radikal endring av praksis – selv om man kanskje hadde hørt dette slagordet «Hva er viktig for deg?» i flere år. En formulerte denne

overgangen som et paradigmeskifte og en kulturendring som det ville ta lang tid å gjennomføre i hjemmetjenesten:

Og så har jeg reflektert veldig mye over at ... ikke sant, dette er jo et paradigmeskifte og det er en kulturendring. Vi er helt i begynnelsen av noe. Og det vil ta flere år før vi kan utvikle en ... en modell som vi kanskje ønsker i dag, der alle jobber felles rundt «hva er viktig for deg?», og der brukermedvirkning er til stede og der man på en måte klarer å se rollene sine her. Rett og slett.

Flere av lederne kom i intervjuene inn på at det var motiverende å skulle ta utgangspunkt i det brukeren selv opplevde som viktig, både for dem selv og for medarbeidere. En annen av teamlederne la særlig vekt på tre aspekter: brukerorienteringen, mestringstankegangen og at Tillitsmodellen også innebar at mer faglig ansvar ble tilbakeført til personalet:

Jeg ble veldig motivert for at vi skulle inn i tillitsmodellen. Og det som motiverte meg også var det brukerfokus, i forhold til mestring. Hva er viktig for deg? (...) Jeg synes det var kjempespennende å begynne å jobbe på den måten, mer målrettet. Og mestringstankegangen, endring i holdninger, og ikke gjøre for, det synes jeg var kjempespennende. Og så var det den tredje tingen, at personalet kunne få dra på vurderinger, ha noe å si, ta ansvar, altså få mere ansvar igjen.

4.4.3. Faglig delegert ansvar

Som lederen i sitatet over peker på, ser både ledere og teamene selv det som positivt at teamene får et mer helhetlig faglig ansvar for brukeren, og ikke bare for å utføre en oppgave på bestilling. I hjemmesykepleien har man alltid hatt mye ansvar. Det nye, i tillegg til «hva er viktig for deg?»-tenkesettet, er helheten og tverrfagligheten rundt det faglige ansvaret. En av teamlederne sier det slik:

De har et ansvar, fordi man jobber veldig, veldig selvstendig. Og det er jo ikke noe som har kommet med tillitsmodellen. Det har man gjort egentlig hele tiden. Men det jeg tenker har vært en veldig stor suksess, og som jeg synes er kjempefint, det er det tverrfaglige samarbeidet. Det aspektet har kommet inn nå.

Overgangen fra å utføre en bestilling til å ha et utvidet, selvstendig ansvar, innebærer også en økt fleksibilitet i forhold til brukerens behov. En leder påpeker at det kunne være stor avstand mellom det en bruker hadde fått vedtak om og det brukeren etter hvert hadde behov for, og at det ikke alltid lot seg justere. Erfaringen var at mer ansvar til teamene reduserte en avstand til brukerne og

deres situasjon som hadde vært der med bestiller-utfører-modellen. En teamleder med lang erfaring, som selv hadde arbeidet på tildelingskontor, formulerte det slik:

Jeg ser gapet med bestiller. Jeg kan si det helt personlig, jeg. Min erfaring var at bestillerkontoret for hjemmesykepleien skapte egentlig et større gap.

4.4.4. Teamledelse – forventninger og praksis

Rollen som teamleder var ikke avklart før hovedpilotingen. Såvidt vi har registrert hadde ingen av teamlederne deltatt på noen form for systematisk utdanning eller trening i tillitsbasert ledelse.

Rollen som teamleder var heller ikke på andre måter avklart, bortsett fra at en 'coachende lederstil' var blitt anbefalt i minipiloten. Hver enkelt teamleder måtte finne sin egen måte å fylle den nye rollen på.

Det var også store forskjeller i hvordan teamledere var rekruttert til hovedpilotingen. Noen hadde gått videre fra minipilotingen eller søkt seg til hovedpilotingen fordi tillitsmodellen representerte et tenkesett og en arbeidsform de selv hadde stor tro på mens andre var beordret inn i stillingen av praktiske grunner, uten selv å være spesielt motivert for å delta i pilotingen.

Intervjuene viste at det var store forskjeller i hvordan man oppfattet teamlederrollen og valgte å fylle denne i praksis. Særlig tre problemstillinger synes å ha vært sentrale, som teamlederne forholdt seg til på ulike måter:

- å lede teamet utenfra eller som leder være en integrert del av teamet?
- å delegerer alt ansvar til teamene eller selv delta i beslutningsprosessene?
- å overlate arbeidsform og eventuell rolledeling til teamet selv eller lede og styre teamet til en klargjøring av oppgavedeling og roller?

I praksis var ikke dette enten-eller-problemstillinger, men spørsmål som ble besvart på litt ulike måter. I praksis utviklet lederne litt ulike varianter av to svært ulike lederroller, som en delegerende teamleder utenfor temaet eller som en coachende leder innenfor teamet.

4.4.5. Delegerende teamleder utenfor teamet

Flere teamledere valgte en posisjon mer eller mindre utenfor teamet, og så det som sin oppgave å delegerer til teamene selv å finne ut av sin arbeidsform og eventuelt deling av roller i teamet. Litt forenklet synes det som teamledere som hellet mot denne delegerende, mer eller mindre utenforposisjonen oppfattet oppdraget sitt først og fremst som å la temaene selv ta et helhetlig ansvar, og ikke å blande seg inn i særlig grad i hvordan teamet løste oppgavene.

Ledere i denne delegerende rollen deltok av og til, men ikke regelmessig på teammøter, og så det ofte som viktigere å gi temaene tillit til at de selv fant ut av ting og å holde seg på en viss avstand, enn å spørre teamene «*hva som var viktig for dem*» og å være stede og bidra med den støtten teamene eventuelt hadde behov for i det daglige.

Gjennom intervjuene kom det frem at ledernes egen erfaring med en slik delegerende lederstil var at teamene ikke fungerte helt slik lederne ønsket, og at det virket som teamene i noen grad kunne føle seg overlatt til seg selv. Dette samsvarer godt med teamenes egen beskrivelse, at de som opplevde at teamleder var lite tilstede hadde et behov for mer aktiv tilstedeværelse.

Ledere ga ulike forklaringer på teammedlemmers behov for mer tilstedeværende ledelse. En forklaring var at det bunnet i *psykologiske behov* for å bli sett og bekreftet: «Det jeg ser er at ansatte ønsker å bli *sett* av sin leder. Det å bli *sett, hørt* ... hvordan har min hverdag vært, det ønsker ansatte at lederen skal få høre.» En annen forklaring var *tillært passivitet* gjennom mange år i utfører-rollen og lite ansvar for selvstendig vurdering:

Og en ting jeg ser, kanskje spesielt blant sykepleierne, ja også hjelpepleierne kanskje – hvor avhengige de er av at en leder skal godkjenne alt de driver med. De klarer ikke å frigjøre seg – de klarer ikke å ta problemstillinger i teamet. «Jammen dette er jo deres ansvar», sier jeg, «dette er det jo dere som må diskutere».

En tredje forklaring på medarbeideres behov for mer lederstøtte var at det bunnet i *faglig behov* for avklaringer av nye roller og rutiner. De to første forklaringstypene ble i hovedsak vektlagt av ledere som selv tok en delegerende rolle utenfra eller fra utkanten av teamet, mens den siste var mer fremtredende der leder tok en aktiv tilstedeværende posisjon i teamet (mer om dette nedenfor).

4.4.6. Tilstedeværende teamledelse innenfor teamet

Også rollen som tilstedeværende leder *innenfor* teamet innebar å delegerere ansvar til medarbeidere, men rollen var først og fremst å delta i teamets møter og arbeide aktivt i det daglige med å bygge et velfungerende team, avklare roller og se til at delegert ansvar ble fulgt opp. I stedet for å overlate ansvaret til teamet, var rollen å coache temaet i tverrfaglig samarbeid og praktisering av de nye rollene.

Å være del av teamet – «Jeg har snudd veldig»

Teamledere som så seg selv som del av teamet kunne oppleve dette som en ganske stor endring i forhold til tidligere, fra ikke å lede møter og lede ved å gi instruksjoner og svar, til å ha *en mer veiledende rolle i gruppen*. En av teamlederne sier at hun har «snudd veldig». Hun deltar hver dag

på rapport og brukermøter vekselvis i hvert teamene hun er leder for, men sitter nå på en annen plass i rommet for å markere sin nye rolle, og lar andre lede møtene:

Jeg på en måte veileder dem på riktig vei, stiller de rette spørsmålene, til å finne svarene selv. Jeg har snudd veldig, da. Jeg er en ... liksom en del av teamet. Det er ikke meg og dem. Nei, nå jeg sitter et helt annet sted, i gruppa. Jeg har ikke morgenrapportene mere, jeg har ikke brukermøtene. Det er det *de* som har. Vi har hatt mange gruppemøter om hvordan vi skal ha gruppa vår, hvordan skal vi jobbe.

Tillitsbasert styring og ledelse – «sammen med teamet»

Oppdraget ble altså ikke oppfattet som å overlate ansvaret til teamet og la teamet alene finne ut av roller, men å delta i teamets daglige arbeid og *å styre ved å veilede* aktivt. Teamleder i denne rolle *beholder altså det overordnede, helhetlige ansvaret også i det daglige.*

Flere beskrev sin tidligere rolle som å administrere, kontrollere, gi råd og bestemme hvordan hvordan oppgaver skulle utføres. Overgangen til en tillitsbasert lederstil var stor. For enkelte innebar det å holde seg selv noe tilbake, være mer avventende med å ta beslutninger og fortelle hvordan man skulle gjøre ting, og i stedet å utfordre medarbeidere til å dele sine egne vurderinger. Teamledelse ble praktisert ulikt i de ulike bydelene. Teamlederen som er sitert ovenfor, og som hadde «snudd veldig», la vekt på å styre gjennom veiledning og å skape rammer *sammen med* teamet:

«Tillitsmodellen er jo å gi tillit og styring, men det betyr ikke at man skal slutte å styre. Det er jeg som skal legge rammene da, sammen med teamet. (...) Det var ikke jeg som skulle bestemme for dem. Det var det teamet, sammen. Når de sa »Hva skjer nå, hva skal vi gjøre da?«, så sa jeg «Vi skal finne sammen ut av det». De utfordringene vi møter på veien skal vi finne ut av sammen. Og jeg har passivisert meg litt, latt de tre litt frem, mere ... med faglige diskusjoner, refleksjoner, løsningsorientert. De rullerer på ordstyrerrollen, hvem som har den.

Tilstedeværende, coachende leder

I dette perspektivet ligger styringsaspektet i tillitsbasert ledelse altså i å delta og veilede i teamet, ikke utenfra. I forpilotingen (mini-piloten) var rollen som *coachende leder* holdt frem som et ideal for ledelse av selvstyrende team, uten at teamlederne hadde fått noen spesifikk skoling i coachende ledelse. Det er ulike forståelser av hva coachende ledelse av team innebærer, men felles er trolig å vektlegge tilstedeværelse; det å lytte til teamet, støtte teamet og den enkelte i å utvikle og nå felles mål, og å finne gode, felles løsninger på utfordringer man møter underveis. I hovedpilotingen ble en slik rolle prøvd ut i ulike grad i de ulike bydelen. En av lederne la særlig

vekt på å styre gjennom å være tilstede, holde oppmerksomheten oppe på det som var viktig for brukerne, og å veilede teamet mot dette målet:

Jeg passer på hele tiden at vi har det rette fokuset, at de er på rett vei. Og det er slik jeg ser på meg selv som leder, at hvordan skal jeg vite om mine ansatte er på rett vei hvis ikke jeg er nær dem? Jeg kan veilede dem og gi dem råd og være der. Og dra, for at vi alle skal dras i riktig retning. Det er jo derfor ... det er jo det leders rolle er, å dra i en retning.

Erfaringene var at coachende lederskap var relativt nytt for flere av lederne. Flere valgte å gå videre med sin vante måte å lede på, mens andre altså valgte å prøve ut coachende lederskap som en ny rolle og ny lederstil. Lederen som er sitert over innrømmet at dette var ganske krevende, men understreket også at det var interessant og givende.

4.4.7. Teknologistøtte

Det digitale journalsystemet – «ikke designet for bruk i Tillitsmodellen»

Å endre tiltaksplanen var en utfordring også fordi pasientjournalsystemet ikke var tilrettelagt for at endringen kan gjøres direkte der: «Den tiltaksplanen som ligger i Geric er ikke designet for å ta i bruk Tillitsmodellen». Til tross for vanskeligheter med å få til en mer enkel og fleksibel praksis, mente man allikevel at det ikke førte til alvorlig svikt: «Når det gjelder tiltaksplan er det ikke alltid at alle endringer blir skrevet inn med en gang, men alle får likevel den hjelpen de skal ha».

At det digitale systemet ikke er tilpasset Tillitsmodellen og at teknologien som benyttes ikke gjør det mulig å endre tiltaksplan hjemme hos (og dermed sammen) med bruker, gjør også reelt samvalg og god informasjonen til bruker vanskelig. I intervju sa en av teamlederne det slik:

Vi klarer ikke å koble tiltaksplan og vedtak. Målet var et rundere vedtak og en tiltaksplan som kan justeres. Det er et godt mål, men der stranded vi fordi det er for mye å gjøre. Jeg sitter med ansvar for opp mot 200 vedtak. Tiltaksplanen justeres av hjemmesykepleien kontinuerlig, men målet om å sende den til brukeren har vi gitt opp, fordi de [tiltaksplanene] er for lite oversiktlige.

En annen utfordring er at systemet ikke alltid oppdateres, og at ekstravakter da får vanskeligheter med å følge med på endringene:

Ekstravakter vet ikke hva som skal inn, og faste ansatte har stort press og rekker ikke alt. Ekstravakter jobber ofte etter gammel tiltaksplan, som ikke alltid oppdateres, og når den oppdateres skjer det i ettertid, ikke på stedet.

At det meldes om utfordringer knyttet til bruk av et digitalt journalsystem er ikke overraskende, men det er allikevel påfallende at det ikke var lagt teknologiske bedre til rette (gjennom systemtilpasning, opplæring eller endring av rutiner) for å praktisere sentrale elementer i Tillitsmodellen.

5. Sammenfattende drøftelse og anbefalinger

Formålet med denne evalueringen har vært å undersøke erfaringene med hovedpilotingen av Tillitsmodellen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler. Den overordnede problemstillingen har vært hva som vil hemme og fremme implementering av Tillitsmodellen som ny forvaltningsmodell. De sentrale forskningsspørsmålene har vært: Hva er brukernes, teammedlemmenes og ledernes erfaringer?

Her skal vi først gi en meget kort sammenfatning av svarene på disse forskningsspørsmålene (og underspørsmålene som ble formulert innledningsvis, 2.2). Deretter skal vi drøfte hovederfaringene på tvers av informantgrupper med tanke på implementering.

Hva er brukernes erfaringer?

Det viktigste for brukerne er forutsigbarhet, pålitelighet og vennlighet, at hjelperne kommer som avtalt, at det er personer de vet hvem er og at de som kommer er hyggelige, vennlige og dyktige. Tilsvarende liker de minst at mange forskjellige personer som kommer, noe undersøkelsen viser at fortsatt forekommer i noen grad. Brukerne er imidlertid stort sett godt tilfreds med tjenestene, føler seg i stor grad hørt, og opplever at deres ønsker blir tatt hensyn til.

Hva er teammedlemmenes erfaringer?

Medarbeiderundersøkelsen viser at å samarbeide i team og å arbeide med brukere ut fra hva som er viktig for dem oppleves motiverende og meningsfylt. Mange mener de involverer brukerne mer enn før. Det er store variasjoner i hvorvidt teammedlemmene opplever mer tillit fra sine ledere enn før. Undersøkelsen viser at mange opplever liten lederstøtte og manglende tilrettelegging for og forberedelser til arbeidet i Tillitsmodellen. Undersøkelsen viser også at mange opplever å ha liten tid og at det i perioder er for lav bemanning til å kunne arbeide i tråd med prinsippene i Tillitsmodellen, noe som virker hemmende på arbeidsgleden.

Hva er ledelsens erfaringer?

Prioriterer lederne tillit, lederstøtte og kompetansebygging? I lederintervjuene kom det frem at det er stor variasjon i ledernes forståelse av hva tillitsbasert styring og ledelse av team forutsetter og innebærer, og følgelig også stor variasjon i hvordan de praktiserte dette. Det var også noe ulike forståelser av Tillitsmodellen som forvaltningsmodell, og hvordan saksbehandling i team skulle organiseres og praktiseres. En annen erfart systemutfordring var å prioritere tilstrekkelig tid og ressurser til forberedelse av teamene og teamlederne, det være seg klargjøring av rutiner,

nødvendig opplæring eller annet. Andre sentrale systemutfordringer som kom frem i intervjuene var at forankringen lokalt i bydelene kunne være varierende i styrke, og at bydelene også var involvert i andre utviklings- og endringsprosesser parallelt, noe som også kunne gjøre det vanskelig å prioritere tid og ressurser til tilrettelegging for Tillitsmodellen.

Ledelsens erfaringer av systemutfordringer samsvarer i stor grad med funn i medarbeiderundersøkelsen. I lys av innovasjons og implementeringsforskning (Fleuren m.fl. 2004; Fleuren m.fl. 2013) er både uklarheter om selve intervensjonen, manglende forberedelse i organisasjonen og involvering i andre prosjekter parallelt, avgjørende hemmere for implementering.

*

Drøftelsen nedenfor er delt i tre tematiske områder etter det som fremkommer av hovedfunn på tvers av informantgrupper gjennom analysene: 1) Kompleksiteten i Tillitsmodellen som prosjekt, og dermed også i implementering, 2) Tillitsmodellen som innovasjon, og forutsetninger for implementering knyttet til modellen selv og arbeidet i teamene, og 3) Strukturelle forutsetninger for implementering, og nødvendige forberedelser i organisasjonen. Vi har også med et punkt 4) Andre utfordringer, som gjelder døgndrift av modellen og forholdet mellom team i Tillitsmodellen og spesialteam. Vi avslutter med 5) anbefalinger for implementering.

5.1. Kompleksitet

5.1.1. Tillitsmodellens mange aspekter

Prosjektet Tillitsmodellen har vært svært komplekst. Modellen som skulle piloteres omfattet både et nytt prinsipp for styring og ledelse (tillitsbasert), en ny forvaltningsordning (saksbehandling i team), et nytt tjenestedesign (tverrfaglige selvstyrende team), ny personalorganisering (personalansvar på tvers av profesjoner og roller), nye samhandlingsmønstre (flerfaglighet) og - ikke minst - en ny tilnærming til brukerne (ut fra «Hva er viktig for deg?»). Hovedpilotingen skulle også gjennomføres i fire bydeler, og etter to forskjellige hovedmodeller.

5.1.2. Tillitsmodellens ulike varianter

Av materialet fremgår det klart at de to variantene ble prøvd ut i ulik grad og med vekt på ulike elementer i bydelene, og at teamenes og teamledernes kunnskap om Tillitsmodellen og forberedthet til arbeidet med hovedpilotingen var ganske varierende.

Sett i sammenheng er det rimelig å si at det i praksis var fire noe ulike varianter av Tillitsmodellen som ble prøvd ut i hovedpilotingen. Dette er ikke overraskende, kompleksiteten tatt i betraktning, men også fordi konteksten i de fire bydelene er forskjellig, både når det gjelder organisatoriske forhold, bemanningssituasjon og brukerpopulasjon. I tillegg kommer at bydelene i høy grad er autonome, noe lett kan føre til at lokale prioriteringer får forrang fremfor tverrgående prosjekter av denne typen.

5.1.3. Avklaring og forberedelse

Prosjektets kompleksitet indikerer tydelig at avgjørende fremmere for implementering vil være å avklare aspekter ved modellen som ennå ikke er ferdig utviklet (særlig knyttet til Tillitsmodellen som forvaltningsmodell), og å forberede organisasjonen godt før implementering. Mer om dette nedenfor.

5.2. Tillitsmodellen som innovasjon

5.2.1. Tillitsmodellen er ønsket velkommen

En hovederfaring, slik den fremstår ganske klart både gjennom de kvantitative og kvalitative undersøkelsene, er at de aller fleste – både brukere og medarbeidere, i tillegg til mange ledere – ønsker Tillitsmodellen velkommen. Med «Tillitsmodellen» forstår man da gjerne organisering av hjemmebaserte tjenester i tverrfaglige selvstyrende team. Selv uten at temaet ble reist av forskerne i intervjuer og workshops, ble dette stadig nevnt – særlig når noe ble opplevd som vanskelig – at man ikke ønsket seg tilbake til bestiller-utfører-modellen.

Den overordnede erfaringen var at Tillitsmodellen - slik forstått - representerte et fremskritt, både når det gjelder brukerorientering og tverrfaglighet. De sentrale fremmerne er tverrfaglig samarbeid, økt fleksibilitet i beslutninger og færre personer hjem til brukeren. Hemmere er det motsatte, begrenset tid til tverrfaglige møter, beslutninger som tas utenfor teamet, minimumsbemanning med mye bruk av vikarer, som igjen fører til at brukeren får mange personer på døren. Når alt går som det skal i Tillitsmodellen opplever medarbeidere å få brukt seg selv bedre, og at brukerne også er mer tilfreds, selv om det var en rekke forhold man gjerne ville utvikle videre. I første runde (forpilotingen) var det da også en signifikant bedring i tillit og trygghet blant brukerne.

5.2.2. Mindre team oppleves å gi bedre kontakt og bedre tjenester

Medarbeiderne selv fremhever at etter at de begynte å arbeide i mindre team er de blitt bedre kjent med hver enkelt bruker og personens behov. Det oppleves meningsfylt og motiverende, og de antar det også gir bedre tjenester. Brukerundersøkelsen kan imidlertid ikke bekrefte at tjenestene blir bedre. Brukertilfredsheten øker ikke under hovedpilotingen. Dette kan skyldes at hovedpilotingen i enkelte bydeler var preget av mye sykdom eller av at inndelingen i team ikke ble konsekvent gjennomført, dels av samme grunn, med den følge at brukerne fikk besøk av langt flere personer enn opprinnelig planlagt. Mange brukere har imidlertid gitt klart uttrykk for tilfredshet med at de får færre hjemmehjelpere på døren. Sentrale fremmere er teammedlemmenes samarbeidsevne og brukerorientering, og strukturelt sett også robust bemanning av teamene (mer om dette nedenfor, 5.3.3).

5.2.3. «Hva er viktig for deg?»-vinklingen gir resultater

Ny innkomstsamtale med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet er gjennomført i varierende grad, men i workshops og intervjuer kan mange fortelle om brukere som har endret adferd som følge av dette, og snudd fra passivitet til aktivt arbeid med å mestre sin situasjon på nye måter, motivert av det de selv opplever som viktig. Noen systematisk undersøkelse av dette er ikke gjennomført, men erfaringene meldes å være gode. Fremmere er medarbeideres interesse og grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Hemmere er manglende opplæring i nettopp denne formen for kommunikasjon, og i bruk av et digitalt journalsystemet som ikke oppleves å være formatert for å tydeliggjøre hva som er viktig for den enkelte bruker.

5.2.4. Tillitsmodellen forutsetter og innebærer et nytt tenkesett

Tillitsmodellen innebærer en større kulturendring enn det jevnt over var tatt høyde for i forberedelsene til hovedpilotingen. Lederintervjuer og observasjon på teamworkshop indikerer at overgangen fra en oppgaveorientert til en personorientert tenkemåte viste seg å være større enn mange var forberedt på. Dette gjelder kanskje i vel så stor grad teamledere og deres ledere som fagpersonene i teamene, som synes å ta overgangen lettere. Uansett er det en stor overgang å skifte fra en rolle hvor man ser på selv eller sine medarbeidere som *utførere* av oppgaver basert på vedtak som var fattet av andre, til en rolle hvor man selv eller ens medarbeidere ser på seg selv som faglig ansvarlig for å vurdere brukerens behov og fatte vedtak om nødvendige endringer. Fremmere

vil være lederutvikling og kompetansebygging og coachende ledelse i team. Hemmere vil være mangel på tilbud om eller motstand mot det samme.

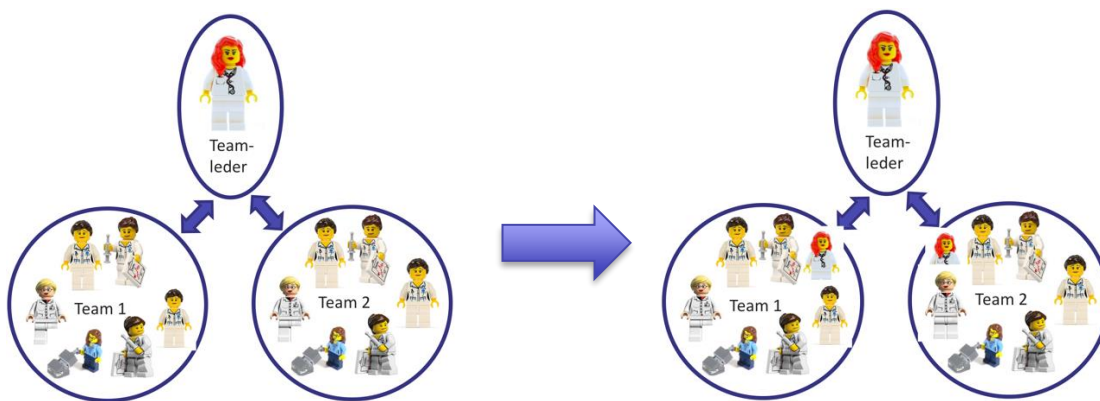
5.2.5. Oppgaver og roller - teamledelse, fordeling & saksbehandling

At teamet skulle være selvstyrende og ha helhetlig ansvar ble fortolket på ulike måter. Fra forpiloteringen var det nok en forståelse av at teamet hadde et felles ansvar for oppgaver som tidligere var utført av personer i spesifikke roller, som saksbehandler og fordeler. Om teamleder skulle stå utenfor eller være del av teamet var ikke entydig klart. Saksbehandler skulle være del av teamet, men forståelsen av hvordan saksbehandling skulle foregå i praksis var ikke entydig. Hvordan fordeling og koordinering skulle foregå var det ulike oppfatninger om, fra å beholde en klar fordelerrolle til å betrakte fordeling som noe som skulle gå på rundgang. Profesjonsrollene som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider var klarere, i likhet med praktisk bistand. Nedenfor drøftes erfaringene med de tre rollene som ble definert på ulike måter.

Teamleder - innenfor eller utenfor teamet?

I Tina Bentzens doktoravhandling (2016a) om tillitsbasert styring og ledelse i København kommune er en av konklusjonene at en tillitsreform ikke kan innføres ovenfra. I artikkelen «Fem misforståelser om tillid» er en av hennes konklusjoner at tillitsledelse ikke er det motsatte av kontroll. Oppgaven er ikke å fjerne kontroll, «men i samarbejde og dialog med medarbejderne at sikre meningsfuld kontrol, som rent faktisk understøtter den opgave, der skal løses» (Bentzen, 2016b). Tilsvarende er et hovedfunn i denne evalueringen, at hvis Tillitsmodellen skal lykkes, kan teamlederen ikke delegere på en måte som innebærer å slippe kontrollen og stille seg i en distansert posisjon utenfor teamet. Tvert imot må teamleder være nærværende, engasjere seg faglig, gå i samarbeid og dialog, og understøtte det daglige arbeidet. I praksis vil dette innebære å ta en coachende rolle overfor teammedlemmene på innsiden av teamet (figur 7).

Fremmere for å utvikle gode teamledere vil være skolering og coaching i denne nye rollen. I dette ligger skolering i å avholde seg fra å ta beslutninger *for teamet*, og i stedet delta og coache medarbeiderne *i teamet* – slik at teamet selv og hver enkelt etter hvert finner frem til gode samarbeidsformer og løsninger. Den viktigste hemmeren er trolig mangel på motivasjon for eller evne til å tilegne seg en slik rolle, noe som vil stille organisasjonen overfor en personalutfordring.



Figur 7: Overgang fra delegerende ledelse fra utsiden til coachende ledelse fra innsiden

Fordeler-rollen og koordinering av arbeidet

I begge modeller i hovedpilotingen skulle en i teamet til enhver tid være ansvarlig for delegerte oppgaver. Dette kunne «gå på omgang eller være faste personer», heter det i modellbeskrivelsen (vedlegg 2). I praksis handler dette om fordeler- eller koordineringsoppgavene i teamet, først og fremst å skrive arbeidslister og sørge for at logistikken er på plass. I flere team ble dette ivaretatt av samme person som tidligere, noe det var god erfaring med. Andre steder ble fordeler tatt ut av teamet, og fordeler-oppgavene ble gjort til et felles ansvar, uten noen faste personer som «til enhver tid var ansvarlig».

Teamenes egne erfaringene med å la fordeleroppgaven gå på omgang var ikke positive. I ulike sammenhenger ble det understreket at fordeleroppgavene krever god oversikt over både brukere, kompetansen i team og hvem som er på jobb til enhver tid, i tillegg til å være løpende oppdatert på endringer og meldinger fra andre aktører som sykehus, fastlege og pårørende. Erfaringene tilsier at det å løse fordeleroppgavene på en god måte krever erfaring og kontinuitet, og at det å la fordelerrollen gå på rundgang eller være et felles ansvar neppe er mulig uten betydelig risiko for at det vil oppstå feil. En av de teamlederne som valgte å beholde fordeler i sine team formulerte grunnen til dette slik:

Når vi skulle gå over i tillitsmodellen bestemte vi at vi ville beholde fordelerrollen, fordi den har en så stor ... for at ting skal bli ivaretatt, og ikke glemt. Vi har ikke hatt ett avvik vi på at noen har blitt glemt. Begynner alle å gjøre alt, og ikke har kompetanse til det, da blir det kaos. Jeg tror ikke at alle skal gjøre alt. Og alle, hele gruppa var kjempeglad for at fordelerrollen ble beholdt. For de ser hvor utfordrende den er.

En fremmer for flyt i teamet og ivaretagelse av sikkerhet for brukeren vil trolig være anerkjenne *fordeling* som en spesialkompetanse i teamet, på linje med andre kompetanser som ledelse,

sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, saksbehandling, etc. Erfaringen er at det å la fordelingen gå på omgang vil være en hemme flyten og øke risikoen for feil.

Saksbehandler-rollen og saksbehandling i team

I hovedpilotingen (begge modeller) var saksbehandler medlem av teamet, og teamet skulle utføre alle revurderinger, mens vedtaksmyndighet skulle ligge hos teamleder. Revurdering i team ble gjennomført i varierende grad, og teamleder involverte seg ikke alltid i hvordan revurderinger ble gjennomført. I de fleste teamene hadde tidligere saksbehandler fortsatt ansvaret for saksbehandlingen, og i enkelte bydeler var det en tendens til at saksbehandling i team foregikk etter gammelt mønster, ved at saksbehandler fattet vedtak alene eller i samråd med en annen saksbehandler, og ikke etter tverrfaglig vurdering. Erfaringene med å ha saksbehandler i team og med tverrfaglig revurdering i team der dette er gjennomført synes å være ubetinget positive.

5.2.6. Tillitsmodellen som forvaltningsmodell

Medarbeiderundersøkelsene indikerte tydelig at mange ikke hadde helt klart for seg hva Tillitsmodellen innebar som ny forvaltningsmodell. Bl.a. var det usikkerhet blant mange om hvordan roller og ansvar var fordelt når det gjaldt vedtak og revurdering av vedtak, f.eks. mellom teamleder, saksbehandler, tjenesteansvarlig sykepleier og teamet forøvrig. At vedtaksmyndighet lå hos teamleder var for mange ikke kjent. I og med at revurdering i team viste seg å bli gjennomført i varierende grad og at teamledere også i varierende grad fulgte dette opp, synes det rimelig å konkludere at hovedpilotingen ikke gir endelig svar på hvordan Tillitsmodellen som forvaltningsmodell skal se ut og praktiseres. Det er behov for videre avklaring av dette.

Avgjørende fremmere for implementering er derfor avklaring og kvalitetssikring av forvaltningsrettslige forhold knyttet til prosedyrer for saksbehandling og revurdering av vedtak i team, kanskje særlig med tanke på klarhet i hvordan en slik ordning kan implementeres i stor skala *uten samtidig å øke risikoen for uønskede forskjeller når det gjelder ivaretagelse av pasient- og brukerrettigheter og - sikkerhet*. At det forvaltningsrettslige er avklart vil være særlig viktig i situasjoner med press på det enkelte teamets ressurser (bemanning, tid, kompetanse). Viktige fremmere for implementering vil også være tilstrekkelig opplæring av teammedlemmer i lovverk, retningslinjer og prosedyrer, tilsvarende skoling av teamledere og oppfølging av det forvaltningsrettslige på tvers av team og bydeler.

5.3. Strukturelle forutsetninger for implementering

Medarbeiderundersøkelsene viser at det er relativt gode forutsetninger i personalt for å lykkes med implementering av Tillitsmodellen, men at det er en rekke til dels store utfordringer når det gjelder nødvendig organisatorisk forberedelse og tilrettelegging. Dette gjelder særlig seks forhold. I tillegg til 1) avklaring at Tillitsmodellen som forvaltningsmodell, 2) utvikling av kompetanse og roller i team og 3) skolering i tillitsbasert teamledelse og -styring, som er drøftet over (5.2), gjelder dette 4) tilstrekkelig grunnbemanning til å arbeide etter Tillitsmodellen, 5) nødvendig kompetansebygging, og 6) organisatorisk prioritering av overgang til Tillitsmodellen fremfor andre endringsprosesser. Vi starter med forutsetningene i personalet.

5.3.1. Kompetanse og ferdigheter i team

Medarbeiderundersøkelsene viser at Teammedlemmene opplever at Tillitsmodellen er i tråd med deres ansvar som fagpersoner, at de får brukt sine fagkunnskaper bedre og at det tverrfaglige samarbeidet i Tillitsmodellen gjør arbeidet mer spennende og motiverende. Undersøkelsene viser også at de opplever å ha et klart brukerfokus og god kompetanse til å fylle rollene. De mener at det er god dialog å tvers av fag og profesjoner i teamene, og at de kan regne med støtte fra kolleger i rimelig stor grad, men signaliserer også behov for skolering på enkelte områder hvor Tillitsmodellen byr på nye utfordringer, som vurderingskompetanse knyttet til «Hva er viktig for deg?» og samarbeid og behandling av (tverr)faglig uenighet i team.

Medarbeidernes faglige og ferdighetsmessige forutsetningene synes jevnt over å være gode, noe som er viktige fremmere for implementering. Andre viktige fremmere knyttet til medarbeidere i teamene vil være ferdighetstrening knyttet til kommunikasjon, samhandling og faglig vurdering i team, i tillegg til kompetansebygging om Tillitsmodellen som forvaltningsmodell (5.3.6).

5.3.2. Teammedlemmenes omstillingsvilje og –evne

Teammedlemmene motiveres altså av å få brukt egen faglighet bedre og å samarbeide på tvers av profesjoner. Undersøkelsene viser også at medarbeiderne mener at det å ha mulighet til å justere tjenestene etter brukernes behov gjør tjenestene mer fleksible og bedre for brukeren, noe som også oppleves motiverende og meningsfullt. I det hele tatt viser undersøkelsene at teamenes lyst og vilje til å arbeide etter prinsippene i Tillitsmodellen er stor. Det samme gjelder evnen og viljen til å tilegne seg Tillitsmodellen som et nytt tenkesett. Dette er klare fremmere for implementering.

5.3.3. Robust grunnbemanning

Både medarbeiderundersøkelsen og funn fra observasjon og lederintervjuer indikerer at for lav grunnbemanning lett komme til å true grunnlaget for Tillitsmodellen. Et team på 12-14 personer er mer sårbart ved sykdom, fravær og uforutsette ekstraoppgaver enn større avdelinger, hvor kompetanse lettere kan flyttes på. En konsekvens av for lav grunnbemanning i teamene vil derfor lett kunne bli mye bruk av vikarer, som vil sette sentrale elementer i modellen, som forutsigbarhet og kontinuitet på spill. Brukerundersøkelsen viste at en del brukere fortsatt opplevde å få mange nye personer hjem til seg. Funn i medarbeiderundersøkelsene viser klart at bemanningen mange steder oppleves som kritisk lav. Både medarbeidere og ledere meldte om mye vikarbruk og faglig assistanse utenfra i perioder med sykdom og andre former for fravær i team. Dette er også den mest sannsynlige hovedforklaringen på at brukertilfredsheten ikke økte, i motsetning til under minipiloteringen, da brukernes opplevelse av trygghet og tillit viste en signifikant økning. Robust grunnbemanning vil med andre ord være en avgjørende fremmer for implementering. Og motsatt, en minimumsbemanning vil hemme muligheten for å lykkes med å skape en tjeneste som brukeren er trygg på og har tillit til.

5.3.4. Forberedelse og kompetansebygging

Medarbeiderundersøkelsen viste at mange mente de ikke hadde nok kunnskap om Tillitsmodellen på forhånd. Flere ledere ga også tydelig uttrykk for at deres team nok ikke hadde vært tilstrekkelig forberedt før de gikk inn i hovedpiloteringen. Dette gjaldt også til dels teamledere (se over, 5.3.5). Bydelene hadde for-pilotert, men det enkelte team hadde mange nye medlemmer som ikke hadde deltatt i forpiloteringen. Dette behovet for forberedelse gjaldt både informasjon om Tillitsmodellen og kompetanse til å samarbeide med tanke på å ta helhetlig ansvar i team.

Mange av lederne påpekte at at overgangen nok hadde vært større enn antatt, og at det nok var større behov for informasjon og opplæring enn forutsatt. Behovet for forberedelse i form av informasjon og opplæring ble understreket både av prosjektledere, teamledere og tillitsvalgt. Flere påpekte at omveltningen var stor, at det var mye nytt og at både uforberedte teammedlemmer og teamledere kunne være redde for ikke å mestre. Tillitsvalgte forteller at de hadde påpekt behovet for kompetanseutvikling tidlig. En kompetanseplan var også utarbeidet før hovedpiloteringen, men ble ikke fulgt opp på noen systematisk måte. Ifølge tillitsvalgte gjaldt kompetansebehovet ikke bare teamene, men også lederne: «Jeg tror ikke ledelsen heller hadde den opplæringa de trengte.» Også

forskning viser at grundige forberedelser i form av informasjon om intervensjonen og nødvendig kompetansebygging er avgjørende fremmere for implementering.

5.3.5. Parallele endringsprosesser

Medarbeiderundersøkelsen viser at teammedlemmene opplever at det foregår organisatoriske endringsprosesser parallelt med pilotering av Tillitsmodellen i relativt stort omfang. Dette bekreftes også i lederintervjuene, at piloteringen av Tillitsmodellen er bare ett av flere utviklings- og endringsprosjekter som foregår samtidig i bydelene. Parallele endringsprosesser innebærer hemmere for implementering. Å skulle implementere et nytt tjenstedesign og en ny forvaltningsmodell er organisatorisk krevende. En fremmer vil derfor være å prioritere implementering av Tillitsmodellen, og sterkt begrense deltagelse i andre endringsprosesser i implementeringsperioden.

5.4. Andre utfordringer

5.4.1. Helg, natt og turnus

Mange prosjektledere og teamledere kom selv inn på spørsmålet om hvordan man skulle organisere seg i Tillitsmodellen med tanke på helg- og nattskift, og utfordringer som ville dukke opp med turnusordning for profesjoner som ikke var vant med dette. I noen grad var dette teoretiske problemstillinger og basert på tidligere erfaringer, i og med at dette ikke var systematisk prøvd ut i hovedpiloten. Viktige hensyn som ble nevnt var hvis tillitsmodellen skulle fungere etter hensikten måtte den også gjelde for kveld og natt, slik at det ble forutsigbarhet for brukerne og kontinuitet mellom skiftene. Utfordringer man så var at små team er mer sårbare med tanke på turnus og sykefravær enn større avdelinger, og at det med små team er desto viktigere å ha tilstrekkelig grunnbemanning for å unngå mye bruk av vikarer, som lett vil gå utover kontinuiteten for brukerne. «Vi kan ikke legge oss på en gruppe[størrelse] så en turnus ikke går opp.»

5.4.2. Selvstyrende tverrfaglige team vs spesialteam

Et spørsmål som hovedpiloteringen ikke avklart, er om team i Tillitsmodellen bør ha helhetlig ansvar som også omfatter vurdering og vedtak om tjenester til nye brukere. Team med og uten slikt ansvar skulle vært prøvd ut i den ene av de to modellene, men team med ansvar også for nye brukere ble prøvd ut i svært liten grad. Såvidt vi har kunne registrere ble aldri rutiner for saksbehandling for

slike team, som ikke bare skal erstatte Søknadskontoret, men også vurderingsteam og innsatsteam, ferdig utviklet. Dette skyldtes dels spørsmål om tilstrekkelig bemanning og kapasitet i en travel piloteringsperiode, men trolig også kompleksiteten i oppgaven og nødvendigheten av juridiske og overordnede vurderinger ved en slik systemendring, f.eks. knyttet til fritt brukervalg, felles standard for vedtak om hjemmetjenester, og til vurdering av behov for hjemmetjenester vs andre tjenester.

I intervjuer ble teamledere, prosjektledere og tillitsvalgt utfordret på hvilke argumenter som talte for og mot å opprettholde spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam, demensteam, hverdagsrehabiliteringsteam i Tillitsmodellen, parallelt med team som skulle ha helhetlig tverrfaglig ansvar.

Argumenter for å opprettholde spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam, demensteam, hverdagsrehabiliteringsteam var at det var god erfaring med teamene og behov for de ulike teamenes spesialkompetanse. Flere fremhevet at brukerne som fikk tjenester av disse teamene var svært fornøye. Samtidig tilføyde flere at det er ikke rart de er fornøyd, for de får jo mer spesialisert oppfølging av få personer og ofte også mere tid enn brukere som ikke får slike tjenester.

Argumenter mot å opprettholde spesialteam for demens og hverdagsrehabilitering, var at behovet på disse områdene i de fleste bydeler gjaldt mange flere brukere enn de som fikk hjelp av spesialteam, at det ble et kunstig (og urettferdig) skille mellom (de relativt få) brukere som fikk og (de relativt mange) brukere som ikke fikk spesialiserte tjenester. Et annet argument mot var at kompetansen i spesialteam med fordel kunne vært spredt ut på de andre teamene for på den måten å bidra til nødvendig kompetanseheving i disse. Fra flere ble det understreket at overgangen til Tillitsmodell representerte en større kulturendring enn man kanskje hadde forutsett, og at det å opprettholde spesialteam ved siden av team med helhetlig tverrfaglig ansvar, ville bremse denne utviklingen og snarere ville forsinke enn stimulere overgangen til et nytt tenkesett basert på tillit, helhetlig ansvar, involvering av brukere og egenmestringstankegang. Samtidig ble det påpekt at brukerprofilen i de ulike bydelene kunne være ganske ulik, og at behovene for spesialteam måtte vurderes i lys av dette, og at det å gå bort fra en ordning som fungerer godt (for noen) ville være å ta en risiko.

Når det gjaldt vurderingsteam og innsatsteam med ansvar for vurdering av nye brukere var argumentasjonen annerledes. Argumenter for å opprettholde spesialteam i den enkelte bydel med oppgave å vurdere den enkeltes behov for hjemmetjenester, var at personer kunne bli aktuelle for hjemmetjenester via mange ulike kanaler (sykehus, fastlege, pårørende, andre tjenester i kommunen, etc), at vurdering av behov for hjemmetjenester ofte hang sammen med behov for

andre typer tjenester, og at teamene i Tillitsmodellen ikke nødvendigvis hadde denne oversikten. Et argument for å overlate denne vurderingen til teamene var at de skulle ha et helhetlig ansvar, at de var tverrfaglig sammensatt, og at de etter hvert ville kjenne aktuelle brukere i sine respektive områder relativt godt.

Hovedfunnet var at hovedpilotingen ga for lite erfaring til å konkludere om man i Tillitsmodellen bør opprettholde spesialteam eller ikke. Lederintervjuene avklarte en rekke argumenter for og mot.

Samlet sett synes argumentene *for å opprettholde faglige spesialteam* svakere enn argumentene mot, kanskje særlig av hensyn til utvikling av kompetanse og endring av tenkesett i hjemmetjenesten som helhet. Når det gjelder argumentene *for å opprettholde team med forvaltningsansvar* (for å vurdere behov for hjemmetjenester) er det omvendt, at argumentene *for* å opprettholde slike team synes å være sterkere enn argumentene mot, særlig av hensynet til forvaltningsrettslige vurderinger av pasient- og brukerrettigheter (til tjenester, fritt brukervalg, etc).

Dette er ikke en utdypende vurdering. Poenget her er å peke på problemstillingen, fordi spørsmålet om Tillitsmodellen som forvaltningsmodell vil kreve en avklaring også av forholdet til andre team (nedenfor, 5.5.1).

Fremmere for vellykket implementering er avklaring av a) forholdet mellom team med helhetlig ansvar og eventuelle spesialteam, b) at det utarbeides klare forvaltningsprosedyrer for vedtak om tjenester til nye tjenestemottagere og gjennomføring av disse i Tillitsmodellen, og c) at det gjennomføres opplæring i hvordan slike prosedyrer skal praktiseres i team.

5.5. Anbefalinger

5.5.1. Å avklare Tillitsmodellen som forvaltningsmodell

Mye grunnarbeid er gjort i prosjektet, men for mange av deltagerne i hovedpilotingen var det mye uklarheter om selve modellen. Vi anbefaler derfor en ny gjennomgang på bakgrunn av erfaringene med hovedpilotingen for å klargjøre for valtningsmessig overgang fra bestiller/utfører-modell til Tillitsmodellen, blant annet å avklare forvaltningsrettslige forhold knyttet til implementering av Tillitsmodellen, særlig med tanke på risiki for uønskede forskjeller når det gjelder ivaretagelse av bruker- og pasientrettigheter og - sikkerhet.

5.5.2. Å styrke forutsetningene for implementering

Vi anbefaler videre å gjøre de øvrige organisatoriske forberedelser som evalueringen viser at det er stort behov for å fremme implementering. I tillegg til 1) å utvikle klare beskrivelser av Tillitsmodellen som forvaltningsmodell og dens tilhørende styringsprinsipper og prosedyrer, i tråd med de krav som stilles i kommunens kvalitetssystem, også 2) å tilpasse de fagadministrative systemene til den nye forvaltningsmodellen, slik at disse understøtter (og ikke motvirker) tverrfaglig samarbeid i team og dialog og samvalg med brukerne ut fra hva som er viktig for dem, og 3) å utvikle og gjennomføre et opplæringsprogram for teamledere, saksbehandlere, øvrige teammedlemmer og andre involverte om Tillitsmodellen som forvaltningsmodell, for å bygge nødvendig kunnskap om lovverk, retningslinjer og prosedyrer i Tillitsmodellen før implementering.

5.5.3. Å organisere tjenestene i komplette og robuste team

Evalueringen bekrefter og dokumenterer at det er behov ikke bare for saksbehandler, men også fordeler og teamleder inkludert i teamet. Videre viser undersøkelsene at robust bemanning vil være avgjørende for arbeid å kunne arbeide rimelig stabilt over tid etter Tillitsmodellens grunnprinsipper. Vi anbefaler derfor å organisere tjenesten i komplette og robuste tverrfaglige team, inkl. komplementær kompetanse både fagadministrativt (som teamleder, saksbehandler, fordeler) og helsefaglig (som sykepleier, helsefagarbeider, hjemmehjelper, ergoterapeut, fysioterapeut, etc). En fagperson - som f eks teamleder, ergoterapeut og fysioterapeut - kan i mange tilfeller fylle en slik rolle i flere team.

5.5.4. Å skolere teamledere i tillitsbasert, coachende ledelse

Vi anbefaler å utvikle og gjennomføre et enkelt lederutviklingsprogram om tillitsbasert styring og teamledelse, inkludert motiverende coaching og ivaretagelse av beslutningsmyndighet. Et slikt program kan med fordel omfatte coaching på egen praksis som leder, og være obligatorisk og sentralt organisert og finansiert. Grunnen til at vi anbefaler dette er at tillitsbasert, coachende teamledelse for mange trolig vil kreve endring av personlig lederstil, og at dette med stor sannsynlighet vil være viktig for utvikling av en tillitsbasert organisasjonskultur på det nivået hvor det brede spekter av fagpersoner, ufaglærte og vikarer som arbeider i direkte kontakt med brukerne og borgere befinner seg.

5.5.5. Å utvikle 'forbildetjenester'

Flere bydeler enn pilotbydelene er i ferd med å implementere ulike varianter av tillitsbasert styring og ledelse. Etter vår oppfatning er Tillitsmodellen svært lovende, men fortsatt underveis. Teamenes råd til ledelsen (3.3.2) er gode råd fra de som kjenner hvor skoen trykker. Vi anbefaler derfor at Oslo kommune, uavhengig av pilotdeltagelse i Tillitsmodellen, gir ekstra støtte til tjenestene i 2-3 bydeler som implementerer tillitsbasert styring og ledelse og som også skårer høyt på både brukertilfredshet og medarbeidermotivasjon. Dette vil videreutvikle forbildetjenester som andre bydeler kan hente inspirasjon og erfaringer fra. Eksempler på områder kan være organisering, turnus, teamledelse, teamkompetanse, saksbehandling, rapportering, digitalisering og/eller bruk av velferdsteknologi.

Referanser

- 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 Med Educ*, 16(1), 272.
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bentzen, T. Ø. (2016a). *Tillidbaseret styring og ledelse i offentlige organisationer - I springet fra ambition til praksis (PhD avhandling)*. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Bentzen, T. Ø. (2016b). Fem misforståelser om tillid. *Den offentlige* (<http://www.denoffentlige.dk/fem-misforstaaelser-om-tillid>). Retrieved from
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS one*, 12(2). doi:10.1371/journal.pone.0170988
- Byrådserklæringen. (2015). *Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti i Oslo 2015-2019*. Oslo: AP, MDG & SV.
- Byrådsak. (1055/17). Tillitsbasert styring og ledelse i Oslo kommune
- Calnan, M., Rosemary, R., & Entwistle, V. A. (2006). Trust relations in health care: an agenda for future research. In M. Calnan & R. Rowe (Eds.), *Trust in Health Care Organizations* (Vol. 20 of Journal of Health Organization and Management, pp. 477-484): Emerald Publishing Limited.
- Calnan, M., & Rowe, R. (Eds.). (2006). *Trust in Health Care Organizations* (Vol. 20 of Journal of Health Organization and Management): Emerald Publishing Limited.
- Cohn, S. (2015). 'Trust my doctor, trust my pancreas': trust as an emergent quality of social practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10(9). doi:10.1186/s13010-015-0029-6
- Connell, N. A. D., & Mannion, R. (2006). Conceptualisations of trust in the organisational literature. Some indicators from a complementary perspective. In M. Calnan & R. Rowe (Eds.), *Trust in Health Care Organizations* (Vol. 20 of Journal of Health Organization and Management, pp. 417-433): Emerald Publishing Limited.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., Landmark, B., & Martinsen, T. (2015). *Refleksjonshåndboka for etisk lederskap i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: KS (http://www.ks.no/globalassets/refleksjonshandboka_for-ledere.pdf).
- Eide, T., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Olafsen, A. H., Aaberge, A. H., & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*. (Vol. 13/2017, Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2446638>). Drammen: Vitensenteret Helse og Teknologi.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Fauskanger, E. A., & Eide, T. (2018). *DREAM hjemmerehabilitering – verdistrømkartlegging og tjenesteutvikling i Drammen HSO* (Vol. 29/2018, Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge: <http://hdl.handle.net/11250/2488972>). Drammen: Vitensenteret Helse og Teknologi.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulssen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107–123.
- Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & van Buuren, S. (2013). *Measuring Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)*. Leiden: TNO.
- Gausdal, A., & Hildrum, J. (2012). Facilitating Trust Building in Networks: A Study from the Water Technology Industry. *Systemic Practice and Action Research*, 25(1), 15-38.
- Gausdal, A. H. (2015). Methods for Developing Innovative SME Networks. *Journal of the Knowledge Economy*, 6(4), 978-1000.
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: Theoretical perspectives and research needs. In M. Calnan & R. Rowe (Eds.), *Trust in Health Care Organizations* (Vol. 20 of Journal of Health Organization and Management, pp. 359-375): Emerald Publishing Limited.

- Goold, S. D. (2001). Trust and the Ethics of Health Care Institutions. *Hastings Center Report*, 31(6), 26-33.
- Gottfredson, R. K., & Aguinis, H. (2017). Leadership behaviors and follower performance: Deductive and inductive examination of theoretical rationales and underlying mechanisms. *Journal of Organizational Behavior*, 38(4), 558-591.
- 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 Counselling*, 99(12), 1955-1963.
- 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. doi:10.5465/AMR.1998.926625
- Joten, M. A. (2017). *Fra New Public management til tillitsbasert ledelse i Bydel Ullern*. (Power Point presentasjon 28.9.17, hentet fra <http://docplayer.me/61913119-Fra-new-public-management-til-tillitsbasert-ledelse-i-bydel-ullern.html>).
- Kleven, Ø. (2016). Nordmenn på tillitstoppen i Europa. *Samfunnsspeilet*, 2 (SSB - <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/nordmenn-pa-tillitstoppen-i-europa>).
- Kompetanseplan. (2017). Kompetanseplan for hovedpilot Tillitsmodellen.
- Kroeger, F. (2016). Facework: creating trust in systems, institutions and organisations. *Cambridge Journal of Economics*, 3. doi:0:2016 bew038v1-bew038
- KS. (2015). Samveis - Veikart for tjenesteinnovasjon. <http://www.samveis.no/>.
- KS. (2016). *Guide til god ledelse*. Oslo: KS (<http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/ledelse/guide-til-god-ledelse1/>).
- Kuunders, T. J. M., Jacobs, M. A. M., van de Goor, I. A. M., van Bon-Martens, M. J. H., van Oers, H. A. M., & Paulussen, T. G. W. M. (2017). Implementation of a guideline for local health policy making by regional health services: exploring determinants of use by a web survey. *BMC Health Services Research*, 17(562).
- Kuvaas, B. (2010). Tillit til de ansatte lønner seg. *Dagens Næringsliv*(14. september), 37.
- Kuvaas, B. (2017). Tillitsbasert ledelse virker. *Dagens Næringsliv*(13. mars), 37.
- 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.
- Mandat. (2015). Mandat for oppfølging av bystyremelding (Seniormeldingen av 1/2014, 23.12.2015).
- 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., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care : theory and practice* (Second edition ed.). Chichester, West Sussex: Wiley 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. 10. (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 34. (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Oslo kommune. (2018). Tillitsmodell i hjemmetjenestene. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/tillitsmodell-for-hjemmetjenesten/> (hentet mai 2018).
- Ozar, D., Berg, J., Werhane, P. H., & Emanuel, L. (2000). *Organizational Ethics in Health Care: Toward a Model for Ethical Decision Making by Provider Organizations*. Chicago: Institute for Ethics - American Medical Association.
- Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: A realist manifesto*. London: Sage.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage.

- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation (paper, www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf)*: Sage.
- Prosjektledergruppen. (2017). *Prosjektledergruppens innstilling for hovedpiloting (27.03.2017)*. Oslo kommune: Prosjekt Tillitsmodellen.
- Prosjektplanen. (2016). *Prosjektplan for tillitsmodellen*.
- Reiche, B. S., Cardona, P., Lee, Y. T., Canela, M. Á., Akinnukawe, E., Briscoe, J. P., . . . Wilkinson, H. (2014). Why do Managers Engage in Trustworthy Behavior? A Multilevel Cross-Cultural Study in 18 Countries. *Personnel Psychology*, 67(1), 61-98.
- Sanner, J. T. (2014). Mer tillit, mindre kontroll. *Konferanse for ledere i staten*, (24.9.14), <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Styring-og-ledelse-i-staten/id2001525/>.
- Schoorman, F. D., Mayer, R. C., & Davis, J. H. (2007). An Integrative Model of Organizational Trust: Past, Present, and Future. *The Academy of Management Review*, 32(2), 344–354.
- Seniormeldingen. (2014). *Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo (Byrådssak 66/14, Bystyremelding nr. 1/2014)*: . Oslo: Oslo kommune.
- Skirbekk, H., & Grimen, H. (2012). *Tillit i Norge*. Oslo: Res Publica.
- Solomon, R. C. (1998). Ethical leadership, emotions and trust: Beyond «charisma». In J. B. Ciulla (Ed.), *Ethics, the heart of leadership* (pp. 87-108). Westport: Praeger.
- Starnes, B. J., Truhon, S. A., & McCarthy, V. (2010). *Organizational Trust: Employee-Employer Relationships* Milwaukee: Americal Society for Quality (<http://rube.asq.org/hdl/2010/06/a-primer-on-organizational-trust.pdf>).
- 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 Educ Couns*. doi:10.1016/j.pec.2016.09.009
- Thompson, G., Buch, R., & Kuvaas, B. (2017). Political skill, participation in decision-making and organizational commitment. *Personnel Review*, 46(4), 740-749.
- Thorkildsen, I. M. (2016). Fire punkter for en bedre eldreomsorg i Oslo. *Aftenposten (Meninger)*, 2. august 2016.
- TNS. (2018). *TNS Gallups helsepolitiske barometer (<http://www.tns-gallup.no/kantar-tns-innsikt/helsepolitisk-barometer-2018/>)*: TNS Gallup
- Tourish, D., & Hargie, O. (2004). *Key issues in organizational communication*. London & New York: Routledge.

Vedlegg

Vedlegg 1: Sammenfatning og anbefalinger (Mini-pilotering 2017)

[Tom Eide, Etty R. Nilsen, Monika K. Gullslett, Anja H. Olafsen, Amund H. Aaberge & Hilde Eide: *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*. Drammen: Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge, nr. 13, 2017, s. 1-2.]

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 mini-piloteringen 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

Vedlegg 2: Hovedpilot Tillitsmodellen - modell 1 og 2

27 april 2017



Hovedpilot Tillitsmodellen

Beskrivelse organisering	Felles	Modell 1 BUN BGO	Modell 2 BOS BGR
Teamet er ansvarlig for alle brukere, som har vedtak, tilhørende et bestemt geografisk område	X		
Basis bemanning i teamene er; sykepleiere, helsefagarbeidere*, hjemmehjelpere, saksbehandler, ergo- og fysioterapeut	X		
Saksbehandler fast medlem av teamet	X		
Ergo- og fysioterapeut er faste medlemmer av teamet	X		
Alle teamets faste medlemmer rapporterer til samme leder.	X		
For nye brukere erstatter teamet; Søknadskontoret, vurderings-team og innsatsteam. Teamet vurder behov, utfører saksbehandling og fatter vedtak **		X	
Teamet leverer tjenester til nye brukere inntil vedtak er fattet og inntil brukere har valgt tjenesteleverandør i henhold til fritt brukervalg.		X	
Vedtaksmyndighet legges til teamleder***	X		
Alle brukere får ny tiltaksplan utfra «Hva er viktig for deg?» der brukers mål beskrives. Dato for evaluering av mål settes. Tjenestene justeres/endres utfra effekt i henhold til dette	X		
Teamet utfører alle revurderinger ut ifra vedtaket	X		
Teamet erstatter hverdagsrehabiliterings-teamet og leverer selv disse tjenestene		X	
Teamet kan låne ressurser/få veiledning av andre kollegaer med spesialkompetanse utenfor teamet ved behov eks kreftsykepleier, ernæringsfysiolog, psykiatrisk sykepleier, demenskoordinator, seniorveileder etc.	X		
Vurderingsteam/Innsatsteam vurderer nye brukere			X
Hverdagsrehabiliteringsteam leverer tjenester til nye brukere selv om de tilhører Tillitsteamets område			X
Arbeidslag demens leverer tjenester til egne brukere selv om brukerne tilhører Tillitsteamets område.			X
Praktisk bistand integrert i teamet	X		

*Begrepet helsefagarbeidere omfatter hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere

** Fatter vedtak som omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysio/ergo-terapeut tjenester og korttidsplasser

*** Teamleder har vedtaksmyndighet som omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysio/ergo-terapeut tjenester og korttidsplasser.

Beskrivelse nye delegerte oppgaver	Felles	Modell 1	Modell 2
Tildeler tjenester og lager arbeidslister	X		
Lager tiltaksplaner og følger opp disse	X		
Oppstartssamtaler/kartleggingssamtaler nye brukere		X	
Revurdering	X		
Tverrfaglige møter for vurdering brukere	X		
Vurdere teamets ressursbehov, fyller opp vaktlister*	X		
Innhente annen kompetanse/veiledning ved behov	X		
Veiledning og rådgiving internt i teamet	X		
En i teamet er til enhver tid ansvarlig for delegerte oppgaver. Kan gå på omgang eller være faste personer	X		
Følger opp PLO; OL beskjed journaler	X		
Oppfølging sykehus, helsehus, KAD eksisterende brukere	X		
Oppfølging sykehus, helsehus, KAD nye brukere		X	
Utføre tiltak hverdagsmestring	X		
Utføre tiltak hverdagsrehabilitering nye brukere		X	
Utføre tiltak hverdagsrehabilitering eksisterende brukere	X		
Andre spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam, hverdagsrehabilitering, etc leverer tjenester til nye brukere som i dag			X
Dersom nye eller eksisterende brukere kvalifiserer til tjenester fra arbeidslag demens vil de overføres til dette teamet			X

*Ulik praksis i bydelene. Omfatter eks. mulighet til selv å bestille inn vikarer ved korttidsfravær

Vedlegg 3 - Intervjuguide ledere

Momenter til innledning: Dette intervjuet skal handle om hovedpiloting av tillitsmodellen i bydelen og dine erfaringer med dette. Jeg har en lang liste med spørsmål, men de er mer en huskeliste for meg selv enn som konkrete spørsmål jeg kommer til å stille. Det jeg ønsker å finne ut av er dine erfaringer med piloteringen av Tillitsmodellen, og hva du tenker om forutsetninger for å lykkes med en eventuell implementering.

1. Kan du fortelle litt om hva som er din rolle i Tillitsmodellen og hvordan det går med piloteringen?
2. Hvordan er du selv engasjert i arbeidet? Hvem arbeider du i forhold til? Hvordan?
3. Hva ser du selv som det viktigste med Tillitsmodellen, og hva kan komme ut av piloteringen?
4. Hvordan er Tillitsmodellen forskjellig fra hvordan dere har arbeidet tidligere?
5. Hva er utfordringene med Tillitsmodellen, slik du ser det?
6. Hva skal til for å lykkes med implementering? System- og ressursutfordringer som må løses?
7. Hvordan har dere forberedt teamene på arbeid i team/Tillitsmodellen?
 - a) På helhetlig ansvar for alle brukerne
 - b) Nye kartleggings/inntakssamtaler (Hva er viktig for deg?)
 - c) Samarbeid i team (spl, helsefagarb., hj.hjelpere, ergo, fysio, saksbehandler)?
 - d) Fordeling av arbeidsoppgaver/vakter?
8. Modell II – Hva var bakgrunnen for denne modellen (og hvordan fungerer det):
 - a) Vurderingsteam/Innsatsteam vurderer nye brukere?
 - b) Hverdagsrehabiliteringsteam leverer tjenester til nye brukere?
 - c) Arbeidslag demens leverer fortsatt tjenester til brukere i teamets område?
 - d) Dersom brukere trenger tjenester fra arbeidslag demens vil de overføres til dette teamet?
9. Hvordan vurderer du de to modellene opp mot hverandre
 - a) Modell II – hvor andre spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam, hverdagsrehabilitering, etc leverer tjenester til nye brukere som i dag
 - b) Modell I – hvor teamene har helhetlig ansvar, og erstatter både inntakskontor, vurderingsteam og andre spesialteam?
10. Hva forbinder du selv med tillitsledelse, og i hvilken grad praktiserer du selv dette?
11. Har du selv spurt din(e) nærmeste underordnede hva som er viktig for henne/dem?
12. Hva tror du det er realistisk å oppnå ved en eventuell overgang til Tillitsmodellen?
 - a) for brukerne
 - b) for medarbeiderne
 - c) for organisasjonen
13. Hvordan tror du de under deg snakker med sine venner om Tillitsmodellen her i bydelen i dag?
 - a) nærmeste underordnet?
 - b) teammedlemmene?
 - c) brukerne (merker de noen forskjell)?
14. Har teamene den teknologistøtten de trenger?
15. Hva blir det viktig å forbedre før hovedpilotingen avsluttes i januar/februar?

Skriftserien nr. 4
2018

Tillitsmodellen

- hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18

Tom Eide
Monika Gullslett
Etty Nilsen
Janne Dugstad
Hilde Eide

ISSN: 2535-5325 (Online)
ISBN: 978-82-7206-490-6 (Online)

usn.no

