

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn: Nils Arve Sandberg

.....Tonje Helen Normann.....

Overgang fra silo til tverrfaglig tilnærming

Dato: 24.05.2022

Totalt antall sider: 99 (+11 sider vedlegg)

Forord

Tre spennende og lærerike år ved Nord Universitet gjennom MBA-studiet i ledelse er straks over. Vi var så heldige å danne en studiegruppe som holdt sammen hele veien frem til selve masteroppgaven skulle skrives. I gruppen fikk vi veldig mange lærerike diskusjoner gjennom en rekke eksamensoppgaver og vi kan ikke underslå betydningen av effekten dette har hatt på den kunnskapen vi nå sitter igjen med. Tusen takk til dere! Og takk til alle foreleserne vi har fått høre og snakket med i løpet av disse årene. Det ble dessverre brått slutt med fysisk oppmøte grunnet Covid-19, men vi fortsatte beslutsomt videre i den digitale verden. Noen forelesere slet med formatet men vi vil allikevel si: Vel blåst. Vi vil også rette en spesiell takk til Frode Heldal, som har bistått oss som veileder gjennom oppgaven. Det har vært en trygghet å ha ham som støtte i bakhånd og at vi har kunnet benytte oss av hans kunnskap underveis. Sist, men ikke minst, må vi takke våre familier og arbeidsgivere for at vi har fått muligheten til å bruke så mye av tiden vår til dette. De har nok merket at vi har vært fraværende, spesielt denne siste tiden.

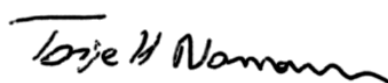
Videre håper vi med denne oppgaven å kunne gi noe verdifullt tilbake til våre informanter som de kan bruke på den ferden de allerede er i gang med. Bistanden som gis til brukerne hver eneste dag har stor betydning, både for enkeltindivider og deres familier. Endringene organisasjonen er i gang med å gjennomføre, blir avgjørende for hele samfunnet rundt. Jobben som gjøres er viktig på alle plan og vi heier på dere! Tusen takk for at dere stilte opp og brukte tid sammen med oss.

Tverlandet/Sørfold 24.05.2022

Nils Arve Sandberg



Tonje Helen Normann



Sammendrag

Norske myndigheter ønsker et skifte i kommunehelsetjenesten for å sikre at det er mulig å levere gode helse- og omsorgstjenester i fremtiden. En større andel av befolkningen blir eldre og flere av innbyggerne har langvarige, komplekse og kroniske helseutfordringer, sammensatte sykdommer og sosiale problemer. I den neste tiårsperioden vil stadig flere trenge bistand, samtidig som tilgangen på helsepersonell reduseres og de økonomiske rammene blir trangere. Formålet med denne studien er å bedre forstå hvordan kommuner møter kravene fra myndighetene og hvordan man forholder seg til endringen i samfunnet. Det har ført oss til følgende problemstilling: *Hvordan løser hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig tilnærming?* Vi bruker Samhandlingsreformen og Norges offentlige utredninger som grunnlagsinformasjon til å forstå samfunnsoppdraget. Videre redegjør vi for teorier fra relevant forskning innen samhandling både på team- og organisasjonsnivå, fra blant andre Sjøvold, Edmondson, Kolbjørnsrud, Snowden og Laloux. Vi trekker også inn eksempler fra hva andre organisasjoner har fått til på ulike felt, både i Norge og fra utlandet. Begrepene tverrfaglighet, sammensatte behov, samarbeidskompetanse og psykologisk trygghet belyses da vi mener disse er relevante for vår problemstilling. Vi har benyttet oss av kvalitativ metode med ett case for å kunne få dybdekunnskap i kommunen vi forsker på og vår empiri kommer fra åtte dybdeintervjuer av profesjonsaktører og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen er klar over problemstillingene og de gjør endringer i tråd med statlige føringer. De handler ut fra deres ståsted og de muligheter de ser, men de har ikke lykkes med å øke tverrfaglig samhandling på tvers av tjenester. Utfordrende barrierer i videre endringsarbeid er en innarbeidet organisasjonskultur for tradisjonelle helse- og omsorgstjenester og en organisering preget av hierarkiske styringsmodeller.

Abstract

The Norwegian authorities want a change in the municipal health service to ensure that it is possible to provide good health and care services in the future. A larger proportion of the population is getting older and more of the inhabitants have long-term, complex and chronic health challenges, complex diseases and social problems. In the next decade, more and more people will need assistance, at the same time as the supply of health personnel is reduced and

the financial framework becomes tighter. The purpose of this study is to better understand how municipalities meet the requirements of the authorities and how to relate to the change in society. This has led us to the following issue: *How do home-based services solve the transition from silo-based organization to a more interdisciplinary approach?* We use Samhandlingsreformen and Norway's public reports as basic information to understand the social mission. Furthermore, we account for theories from relevant research in collaboration at both team and organizational level, from among others Sjøvold, Edmondson, Kolbjørnsrud, Snowden and Laloux. We also include examples from what other organizations have achieved in various fields, both in Norway and from abroad. The concepts of interdisciplinarity, complex needs, collaborative competence and psychological security are highlighted as we believe these are relevant to our problem. We have used a qualitative method with one case to be able to gain in-depth knowledge in the municipality we are researching and our empirical data comes from 8 in-depth interviews of professionals and leaders in the health and care service. The municipality is aware of the issues and they make changes in line with state guidelines. They act from their point of view and the opportunities they see, but they have not succeeded in increasing interdisciplinary collaboration across services. Challenging barriers in further change work is an established organizational culture for traditional health and care services and an organization characterized by hierarchical management models.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	II
Innholdsfortegnelse	IV
1.0 Innledning	1
1.1 Oppgavens oppbygging	1
2.0 Teoretiske momenter	2
2.1 Tverrfaglig samarbeid	2
2.1.0 Behov for økt samordning, samhandling og koordinering i helse- og omsorgstjenestene	2
2.1.1 Koordinering og individuell plan	4
2.1.2 Velferds- og informasjonsteknologi	5
2.1.3 Fragmenterte tjenester og siloorganisering	6
2.1.4 Kompleksitet og økt samhandling	7
2.2 Tverrfaglighet	8
2.2.0 Team og grupper	11
2.3 Endring og overganger	16
2.3.0 Den kulturelle tilhørighetens betydning	20
2.3.1 Ansattes medbestemmelse og autonomi i endringsprosesser	21
2.4 Oppsummering teoretiske momenter	23
3.0 Metode	25
3.1 Metodevalg	25
3.1.0 Kvalitativ metode	25
3.1.1 Forskningsdesign: Empiridrevet tverrsnittstudie (case)	26
3.1.2 Tilnærming	27
3.2 Utvalg og datainnsamling	28
3.2.0 Utvalgsstørrelse	28
3.2.1 Utvalgsstrategier	28
3.3 Datainnsamling	29
3.4 Dataanalyse	31
3.5 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet	33
3.6 Refleksjon over egen rolle som forsker	36
3.7 Etske perspektiver	37
4.0 Empiri	39
4.1 Introduksjon	39
4.2 Case beskrivelse	40
4.3 Organisatoriske grep i endringsprosessen	41
4.3.0 Ny organisasjonsstruktur	41
4.3.1 Endring av tankesett - hverdagsrehabilitering	42

4.3.2 Kommunikasjon rundt det overordnede budskapet	43
4.3.3 Samlokalisering som tiltak for bedre samhandling og effektivitet	47
4.3.4 Velferdsteknologi som støtte for endringsprosessen.....	48
4.4 Tverrfaglig samhandling og samarbeid	49
4.4.0 Tverrfaglig arbeidsmiljø og møtepunkt	53
4.4.1 Koordinering gjennom spesialiserte funksjoner	56
4.5 Ansattes medvirkning og autonomi	57
4.5.0 Arbeidsklime.....	57
4.5.1 Tilbakemeldinger	58
4.5.2 Handlingsrom og medbestemmelse.....	61
4.6 Oppsummering empiri	63
5.0 Drøfting	65
5.1 Organisatoriske grep i endringsprosessen	65
5.2 Tverrfaglig samhandling og samarbeid	73
5.3 Ansattes medvirkning og autonomi	83
5.4 Oppsummering drøfting	86
6.0 Konklusjon.....	87
6.1 Studiens styrker og svakheter	88
6.2 Forslag til videre forskning.....	89
Figurliste	89
Litteraturliste	90
Vedlegg	94

1.0 Innledning

Norske myndigheter har over tid ønsket seg en dreining i hjemmebaserte tjenester for å bedre kunne imøtekomme økende behov fra en stadig aldrende befolkning med et mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Stadig mer avanserte behandlingsprosedyrer blir utført i kommunene og denne kombinasjonen fører til at kompleksiteten øker. Prognosene for samfunnsutviklingen tilsier at tjenestene ikke vil klare å løse fremtidens utfordringer gjennom dagens tradisjonelle organisering for helse- og omsorgstjenester. Økt tverrfaglig samhandling ses på som en nødvendighet for å ivareta brukergrupper med sammensatte behov.

Videreføring av dagens arbeidsmetodikk og organisasjonsform vil både være problematisk gjennom store økte økonomiske kostnader og manglende tilgang til kvalifisert personell.

Utfordringsbildet tilsier at kommunene må finne alternativer til dagens tjenesteproduksjon både internt, til sine brukere og til andre tjenesteleverandører. Fokus må dreies fra tradisjonelt omsorgsperspektiv til mer aktiv forebyggende innsats der hver enkelt brukers behov sees i en helhet. For at morgendagens hjemmebaserte tjenester fortsatt skal kunne gis med nødvendig kvalitet og kapasitet, kreves det endringer som muliggjør økt tverrprofesjonell samhandling. En slik dreining vil også kreve mer av hver enkelt bidragsyters samhandlingskompetanse.

Vårt mål er å få en dypere forståelse av hvordan hjemmebaserte tjenester løser utfordringen med økt press og kompleksitet og hvilke grep det tar for å legge til rette for mer tverrfaglig samhandling. Vi ønsker å se nærmere på hva de lykkes med og på hvilke områder de møter utfordringer. På bakgrunn av dette har vi formulert følgende problemstilling: *Hvordan løser hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig tilnærming?*

1.1 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis er vårt problemområde og valg av problemstilling beskrevet. I kapittel to er det gjort rede for relevante teoretiske momenter. Kapittel tre omhandler valg av metode, det vitenskapelige utgangspunktet og forskningsdesign. Videre beskrives studiens pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og en refleksjon over egen rolle som forsker. I kapittel fire presenteres de empiriske funn, inndelt i tre ulike kategorier. Kapittel fem inneholder drøfting

av funn opp mot eksisterende teori. Til slutt vil oppsummering, konklusjon og svar på problemstilling presenteres i kapittel seks.

2.0 Teoretiske momenter

2.1 Tverrfaglig samarbeid

I denne delen av oppgaven vil vi ut fra det beskrevne utfordringsbildet, gjøre rede for ulike teori som vi vurderer er relevant i forhold til å belyse vår problemstilling. Det finnes flere ulike begreper knyttet til mennesker som mottar tjenester og ansatte som tilbyr disse tjenestene. Der vi står fritt har vi valgt å forholde oss til benevnelsene *bruker* og *profesjonsaktør*. Likevel vil det i den teoretiske fremstillingen forekomme andre begreper når vi gjengir forfatteres arbeid.

2.1.0 Behov for økt samordning, samhandling og koordinering i helse- og omsorgstjenestene

Ifølge Hauksdottir & Iversen(2020, s. 12) kan ikke sammensatte sykdomsutfordringer løses av en profesjon alene. Forfatterne viser videre til Brandt(2014) som hevder at for å øke pasientsikkerhet, gi pasienter mer målrettede helse- og velferdstilbud, redusere kostnader og øke arbeidstilfredshet hos helse- og velferdspersonell, må tverrprofesjonell samhandling løftes frem som et viktig tiltak. Bjørkquist & Jerndahl Fineide(2019, s.7) påpeker at flere offentlige utredninger og studier fra de siste ti årene, viser at det er krevende å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til brukere med sammensatte behov. Manglende sammenheng i tjenestene kan blant annet føre til unødige sykehusinnleggelses og andre komplikasjoner som kunne vært unngått. Som svar på økningen av spesialiserte og fragmenterte helse- og velferdstjenester har flere ulike reformer hatt fokus på tverrfaglig samhandling og helhetlige tjenester. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted– til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) rettet fokuset mot at pasienter ikke fikk god nok tilgang på helsetjenester eller oppfølging på grunn av manglende samhandling både mellom ulike tjenester, mellom sykehus og kommune, mellom kommuner og internt i begge tjenestenivåene. Ifølge FredWall, T. E., Dale, B., Nilsen, E. R., & Strøm, B. S. (2020, s. 1-2) var et av hovedtiltakene innføringen av en modell for standardiserte pasientforløp som en

tverrfaglig og koordinert behandlingsprosess på tvers av tjenestenivå med definert varighet, målgruppe og med beskrivende mål og tiltak. Dette skulle bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og styrke oppfølgingen av pasientene i kommunen etter utskrivning fra sykehus. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Imidlertid viser resultatet av riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten i 2016, at det fortsatt er samordningsproblemer på flere områder og at kommunene i liten grad har økt sin kapasitet eller kompetanse. (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019, s. 11)

Et annet eksempel på myndighetenes fokus på helhetlige tjenester, er stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, som tar for seg flere av utfordringene til den kommunale helse og omsorgstjenesten. Her vises det til tegn på at kommunene vil støte på både bærekraft- og kompetanseutfordringer når de skal håndtere flere brukere med komplekse behov. Det påpekes at tjenesteorganiseringen er for fragmentert. Det vektlegges også at mennesker med psykisk sykdom har betydelig forhøyet risiko for alvorlige somatiske lidelser, og det påpekes at silobasert organisering i kommunene ofte er til hinder for at denne pasientgruppen får nødvendig koordinerte helse- og omsorgstjenester. I denne meldingen foreslås samlokalisering som et første steg for å oppnå bedre samhandling. Videre løftes behovet for bedre samordning på tvers av tjenester, mer flerfaglig tilnærming og teambasert tjenesteyting (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Ifølge Hauksdottir & Iversen (2020, s. 31) følges temaet videre opp av Leve hele livet-reformen, som ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har fokus på eldre og deres pårørende. Et av fem hovedmål i reformen handler om en bedre helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, som igjen skal bidra til økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre (over 65 år) og deres pårørende. Nye arbeids- og organisasjonsformer, alternative turnusordninger, primærkontakt og riktig hjelp til rett tid, fremmes som mulige løsninger for at brukerne skal få mer forutsigbare tjenester med færre å forholde seg til. Brukernes medvirkning og involvering er viktig for å sette inn mer treffsikre tiltak og oppnå samhandlingsreformens mål om helhetlige tjenester. Videre viser forfatterne til primærhelsetjenestemeldingen (Meld.St 26 (3014-205) som ønsker å skape pasientenes helsetjeneste, hvor utvikling og endring av helse og omsorgstjenestene skal skje ved å sette pasientenes behov i sentrum. "Ingen beslutninger om meg, tas uten meg". Det følges videre

opp i Meld.St.7(2019-2020) som endrer retning fra å spørre: “*Hva feiler det deg?*” til “*Hva er viktig for deg?*” Hensikten er å sette brukernes perspektiv og prioriteringer i fokus. Dette kan både bidra til mer samfunnsøkonomisk lønnsomme tjenester og til bedre løsninger for tjenestemottakerne.

2.1.1 Koordinering og individuell plan

Ifølge kunnskapsnotatet *Sammenheng og overganger i tjenestene*, omtaler Aspelund, Dyrkorn & Anker(2011) individuell plan både som et viktig verktøy for strukturert arbeid på individnivå og som verktøy for styrking av ansvarsfordeling, samarbeid og samhandling på systemnivå. Pasient og brukerrettighetsloven fastslår at retten til individuell plan omfatter alle personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal kun opprettes hvis personen selv ønsker det, og bruker/pasient har rett til medvirkning i planen (1999, §3-1 første ledd). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) skal sikre at tjenestene som blir tilbudt personer med behov for habilitering og rehabilitering bidrar til læring og mestring, økt funksjon, deltakelse og likeverdighet. Forskriften har også som formål å styrke samhandlingen mellom bruker/pasient og tjenesteyter og mellom tjenesteytere innenfor egne enheter og på tvers av forvaltningsnivå. Tjenestene skal være planmessige, samordnede, ytes fra et pasient/brukerperspektiv og bidra til en opplevelse av meningsfullhet og sammenheng.

Kartlegging og forskning viser imidlertid at innføring og bruk av individuell plan varierer mye mellom fylkene. I kunnskapsnotatet vises det til Bjerkan (2015)s doktorgradsoppgave om bruk av individuell plan i kommunal helse- og sosialsektor, hvor det ut fra flere forhold konkluderes med at dette arbeidet ikke har fungert som forutsatt (FredWall et al., 2020). I kunnskapsnotatet, *Sammenheng og overganger i tjenestene*, refereres det til flere kvalitative studier som tar utgangspunkt i kommunenes bruk av individuell plan. Studiene identifiserer ulike funn omkring utfordringer rundt individuelle planer. Funnene oppsummeres samlet som følger: Planene blir sett på som et omfattende og tidkrevende verktøy. De kommunale systemene er ikke godt nok tilrettelagt for bruk av individuell plan, ulike forventninger til og ulik forståelse av hvilken betydning den individuelle planen skal tillegges, for liten tid til utarbeidelse, tjenestene vegrer seg for å ta koordinatorrollen, manglende trygghet i forhold til

arbeidsoppgaven og ønske om at denne oppgaven skal legges inn i arbeidsinstruksen. Mange av brukerne påpeker dessuten at oppfølgingen ofte er mangelfull (FredWall et al., 2020).

2.1.2 Velferds- og informasjonsteknologi

Ifølge Bjørkquist knytter myndighetene store forventninger til digitaliseringen av helse- og velferdstjenestene, gjennom elektronisk beslutningsstøtte, digitale kommunikasjonsløsninger og velferdsteknologiske løsninger. Brukere og pårørende kan sees på som uutnyttede bidragsyttere i dag og en samproduksjon mellom disse er en måte å utvikle bærekraftige helse- og velferdstjenester. Kravet om at brukerne skal settes i sentrum står sentralt og brukersentreringen skal blant annet skje gjennom involvering, veiledning og brukertilpasset språk. Digitaliseringen vil kunne gi brukere mulighet for å ta aktive valg og dermed påvirke sitt eget helsetilbud, men dette krever tilgang til IKT-verktøy som støtter arbeidsoppgavene de skal utføre. Innføring og bruk av teknologi blir sett på som et verktøy for å oppnå både effektivitet- og kvalitetsforbedringer i tjenester (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019, s. 170-177).

Digital teknologi blir sett på som et verktøy med stort positivt potensiale. Men som med ethvert annet verktøy kan det brukes feil og det finnes fallgruver. Laloux (2014) peker på at IT-systemer ofte er lagd med en arkitektur som støtter silo-orienterte, byråkratiske organisasjonsstrukturer. Slike systemer kan være kostbare å integrere i en organisasjon som er strukturert på en annen måte (s. 242). Dette støttes også av Bjørkquist som i Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019) sier at samordning av tjenester vil kunne lide hvis informasjonsutvekslingen mellom ulike IKT-systemer ikke fungerer godt. Systemer som ikke blir integrert i informasjonsstrukturen og dermed ikke deler sin informasjon vil føre til at andre helsetjenester ikke vil ha oppdatert informasjon. Ulike enheter i en organisasjon vil da operere innenfor sine egne grenser og i så måte være med på å forsterke allerede eksisterende siloer. Fagsystemer som skulle støtte førstelinjetjenesten kan i stedet undergrave arbeidet som gjøres. Dette vil gi vanskeligheter for samordning rundt brukere med komplekse behov, som mottar tjenester fra ulike enheter og instanser og forsterker behovet for en god samordning i organisasjonen. Forfatteren viser videre til at ved innføring av velferdsteknologi får virksomhetens mål en mer fremtredende plass enn både brukerne og de profesjonelle. Kvaliteten til de ulike tjenestene kommer gjerne lengre ned på listen og brukernes mål nevnes

sjelden først: “Når effektiviteten i den enkelte virksomhet gis størst oppmerksomhet, vil det være en utfordring å yte helhetlige tjenester – fortrinnsvis med bruker i sentrum – også når tjenestene digitaliseres.” (s. 179-181).

Bjørkquist hevder at der ny teknologi møter det profesjonelle helse- og omsorgsarbeidet vil man se utfordringer. Teknologioptimister i den ene ytterkanten med et ensidige teknologisk perspektiv vil bli møtt med problematisering av faglige og etiske utfordringer fra profesjonspessimister i den andre enden. I tillegg eksisterer det en mangel på kompetanse for å håndtere ny teknologi. Dette vil utgjøre store barrierer for å ta ut det potensialet som teknologisk kunnskap representerer. De ansattes kompetanse på velferdsteknologi blir dermed viktig både for å klare å forbedre tjenestene men også for å klare å hente ut gevinster som reduksjon av kostnader og økt effektivitet (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019, s. 178-188).

2.1.3 Fragmenterte tjenester og siloorganisering

Ifølge Hauksdottir & Iversen(2020 s. 12-30) er det godt dokumentert at helse- og velferdstjenestene i Norge er fragmentert og at det er for lite samhandling mellom tjenestene. Det kan fort oppstå utfordringer i samhandling i helse- og omsorgssektoren ved høy grad av spesialisering. Når ulike problemstillinger og sykdommer krever spisskompetanse og behandles hver for seg, kan kunstig oppdeling føre til manglende ivaretagelse av brukernes problematikk og livsutfordringer. For en raskt voksende pasientgruppe med langvarige og sammensatte helsebehov, er konsekvensene av et slikt system alvorlige. Dette medfører et behov for koordinerende tjenester som hensyntar brukernes ønsker for et godt liv.

Arbeidsdeling og spesialisering i en organisasjon kan ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 59) føre til at ansatte kun fokuserer på egne avgrensede arbeidsområder og at de mister interessen for eller ignorerer organisasjonens overordnede mål. Slik utvikles etterhvert silotenkning hvor ansatte har et ensidig fokus på hva som er best for egen enhet.

Ifølge Laloux (2014) vil organisasjoner som fordeler ansatte i avdelinger og profesjoner gjør dette at ansattes oppfatning av gruppetilhørighet, tydeliggjøres. Behovet for sosial tilhørighet gjør at mennesker fort betrakter seg som innenfor eller utenfor en gruppe. For å avlede interne stridigheter i en gruppe, blir problemer rutinemessig skyldt på andre. I slike organisasjoner etableres det siloer hvor grupper ser på hverandre med mistenksomhet. Organisasjonens

løsning for å reetablere tillit og samarbeid blir da gjennom kontroll, ved å å lage prosedyrer som folk på tvers av siloer må forholde seg til. Maktulikhet har gjennom hele menneskets historie vært en utfordring i organisasjoner. Siloene, beskyldninger, motstand og grådighet og den gjennomgripende frykten som stille integreres i organisasjoner, stammer fra ulik maktfordeling (s. 23,135).

2.1.4 Kompleksitet og økt samhandling

Helsevesenet i Norge er fragmentert, sammensatt og avansert, samtidig som det påvirkes av økonomiske, demografiske, medisinske og tekniske endringer. Kompleksiteten preges av avanserte tjenester, sammensatte brukerbehov, organisatorisk kompleksitet med ulike profesjoner og et flernivåsystem med kompleks styring. I tillegg påvirkes vilkårene som helse- og omsorgstjenestene utformes og leveres ut fra, av press fra omgivelsene blant annet i forhold til krav til økt kvalitet i tjenestetilbudet og økt etterspørsel etter tjenester. Kunnskap, kompetanse og spesialisering står sentralt i måten helse- og omsorgstjenestene er organisert på. Dette betyr at tjenester utvikles og defineres ulikt på bakgrunn av kompetanse og verdier knyttet til ulike profesjonsgrupper og spesialiseringer. Antallet profesjoner med definisjonsmakt på ene siden og organisasjon og ledelse på den andre, gjør at makten ikke er samlet hos ledelsen i toppen av organisasjonshierarkiet. Helsetjenestene er i tillegg organisert som et flernivåsystem der både kommunale og statlige helseforetak har ansvaret for tjenesteleveransen, og hvor helsemyndighetene har begrensede styringsverktøy overfor disse foretakene. I et komplekst system med kontinuerlig endringsprosesser vil det skapes både muligheter og risiko. Behovet for samhandling, samordning og koordinering av tjenester er stort med bakgrunn i fragmentering av ansvar og myndighet, tjenestetilbud og kunnskap (Bukve & Kvåle, 2014, s. 14).

Edmondson (2012) forfekter at dagens kunnskapsbaserte organisasjoner er avhengige av tverrfaglig samarbeid. En av årsakene til dette er at ulike fagfelt over tid og frem til i dag har delt seg opp og blitt mer spesialiserte, uten at utfordringene i verden har spisset seg tilsvarende. I tillegg er problemene som skal løses i dag mer komplekse enn tidligere. Problemløsning og innovasjon er i mange tilfeller avhengige av at folk med ulik fagbakgrunn klarer å samarbeide på tvers av sine disipliner (s. 1). Hauksdottir & Iversen(2020) beskriver at

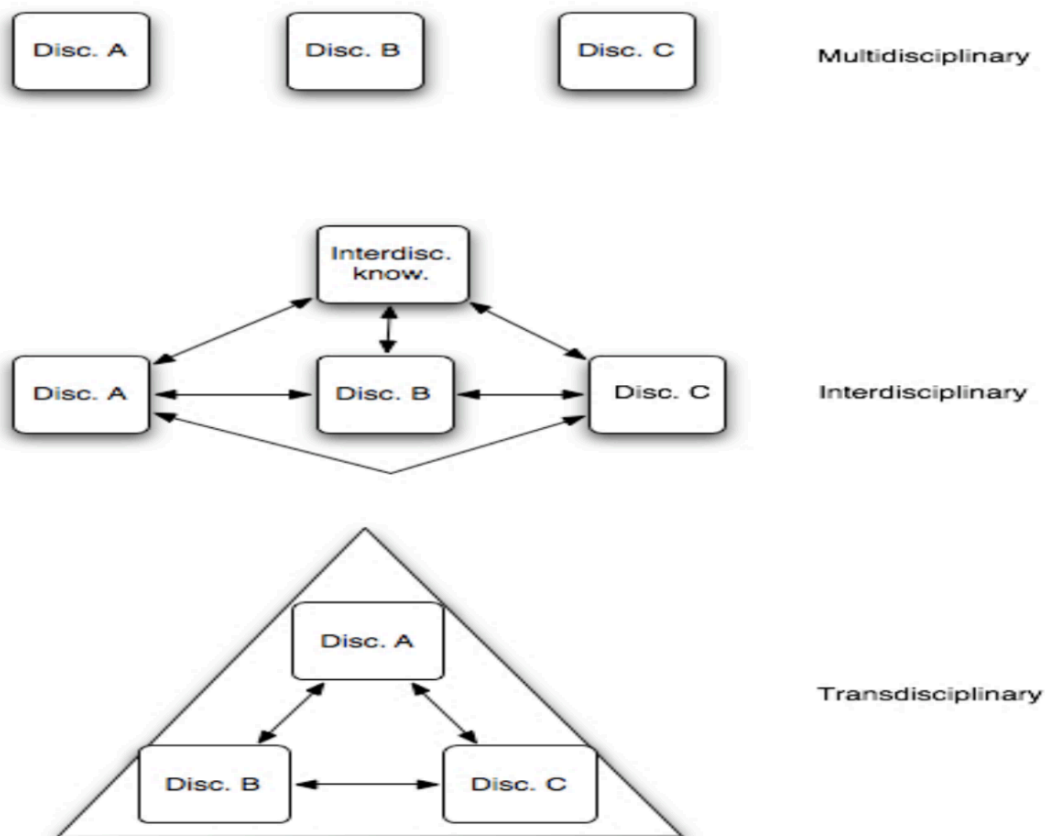
for å lykkes med ivaretagelse av befolkningens komplekse tjenestebehov, må det bygges kompetanse og kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid hvor aktørene både må lære og øve på samhandling. Sjøvold(2022, s. 100) understreker viktigheten av en tverrfaglig tilnærming når han påpeker at kun de som klarer å samarbeide effektivt og konstruktivt i grupper vil overleve i dagens kompleksitet. Ifølge Johannessen & Olsen (2008) kan samhandlingskompetanse forstås som vekselvirkningen mellom kommunikasjon, erfaringsoverføringer og påvirkning. Samhandling er forankret i konkrete kontekster, eksempelvis grupper med sine normer og verdier. Fra dette perspektivet kan man forstå utvikling av samhandlingskompetanse som læring av hvilke grenser som eksisterer i den gitte konteksten man befinner seg i (s. 157).

2.2 Tverrfaglighet

Flerfaglige prosesser består ifølge Helsedirektoratet (2018) av ulike faggrupper som jobber ved siden av hverandre i adskilte fagområder, uten direkte kontakt. Flerfaglighet er betingelsen for tverrfaglighet. Tverrfaglig samarbeid beskrives videre som en metode for at personell med forskjellig fagbakgrunn skal kunne jobbe sammen på en strukturert måte. Det påpekes at flerfaglighet da blir en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. I tillegg legges det til grunn at det foreligger en avhengighet mellom de ulike aktørenes bidrag med en fundamentering i at samarbeidet skjer mot et felles mål - brukerens mål. Helsedirektoratet definerer ikke hyppigheten av kontakt med bruker som vil være innenfor tverrfaglig samarbeid, men sier at tverrfaglig samarbeid må være samordnet, det må sikres konsensus og nødvendig informasjonsdeling mellom deltakerne. Det tverrfaglige samarbeidet beskrives som kvalitativt forskjellig fra flerfaglig arbeid på grunn av den faglige interaksjonen som finner sted. Dette bygger opp en kollektiv forståelse og kompetanse og kan gi dypere innsikt i problemområder enn det avgrensede fagområder alene vil klare. Tverrfaglig samarbeid kan finne sted mellom ulike nivåer i en organisasjon og mellom ulike organisasjoner.

Heldal (2008, s. 38-40) viser i sin doktoravhandling om grenseoverbyggende relasjoner til at man i samarbeid på tvers av disipliner i helsevesenet ofte skiller mellom begrepene fler-, inter- og tverrfaglig samarbeid. (se figur 1). Han viser til ulike beskrivelser fra flere forfattere av begrepet tverrfaglighet og synliggjør via disse ulike konseptene et kontinuum, fra

tverrfaglighet som strukturell oppgaveløsning med liten gjensidig avhengighet, til interaktiv innsats for å jobbe med delte oppgaver med en følelse av samhörighet, til tverrfaglige team der roller viskes ut og gruppens mål blir viktigst. Heldal refererer videre til Thompson(1967) sin beskrivelse av hierarkiske nivå for avhengighet og arbeidsflyt. Begrepet, samlet arbeidsflyt, brukes når det er lite behov for koordinerende mekanismer og et lavt nivå av gjensidig avhengighet. Sekvensiell gjensidig arbeidsflyt er en enveis prosess hvor en enhet fullfører sin del av arbeidet før det blir overført til neste. Når arbeidet strømmer frem og tilbake mellom fagområder, og det oppstår en mer kompleks gjensidig avhengighet, kalles det en gjensidig arbeidsflyt. For å forstå graden av sammenhengende arbeid i grupper, brukes ofte nivåene av gjensidig avhengighet. Heldal kaller godt integrerte forhold for en grenseoverbyggende relasjon hvor aktørene i prosessen påvirker hverandre gjensidig og endrer seg kontinuerlig. De lar seg ikke begrense av sosiale roller eller kamp om innflytelse, men forvandles sammen. Han vurderer at mer integrasjon på tvers av faglige grenser i helsevesenet kan føre til flere fordeler.



Figur 1: Multi-, inter- og trans-disiplinarity, basert på Jantsch (1980) i Heldal (2008, s. 40)

Ifølge Hauksdottir & Iversen (2020 s. 45) søkes samhandlingsutfordringer på tvers av organisatoriske skiller løst ved grenseoverbyggende posisjoner hvor man utveksler ansatte mellom organisasjoner. Tanken bak løsningen er at en del av samhandlingsutfordringene ligger i at man ikke kjenner hverandres kompetanse, arbeidsform eller utfordringer godt nok og at tiltaket kan bidra til å bryte ned barrierer som ligger i disse kulturforskjellene. En sykepleier fra kommunens hjemmetjeneste eller sykehjem kan for eksempel helt eller delvis bytte arbeidssted til sykehus for en periode. Ny innsikt og forståelse kan etableres ved gjensidig kjennskap til hverandres arbeidsform og utfordringer og bidra til etablering av nye samarbeidsformer.

Hverdagsrehabilitering er ifølge Hauksdottir & Iversen(2020) et tverrfaglig tjenestetilbud rettet mot personer med funksjonsfall hvor aktiviteten skjer i pasientenes nære omgivelser og hjem. Det som skiller seg ut med denne rehabiliteringen er organisasjonsformen hvor ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og andre i hjemmetjenesten jobber intensivt og målrettet sammen i en tidsavgrenset periode.(s. 46-47).Ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide, (2019) blir hverdagsrehabilitering som tjenesteform betraktet som relativt ensartet på tvers av kommuner med bred enighet om at tjenesten handler om tverrprofesjonelt samarbeid med fokus på tjenestemottakers mål i forhold til trening og mestring av hverdagsaktiviteter. I Norske kommuner er oppslutningen rundt dette tjenestetilbudet stor. Forskningslitteraturen viser at det likevel knyttes uklarheter både i forhold til intervensjonstype og til hvilken målgruppe den er rettet mot.

Vabø viser i Bjørkquist & Jerndahl Fineide, (2019) til en casestudie som ser på to kommuners tilnærming ved innføring og drift av hverdagsrehabilitering. På tross av identisk definisjon av tiltaket, viser studien, ifølge Vabø, at begrepene tverrprofesjonalitet og tverrfaglig kan knyttes til ulike former samarbeid og tjene ulike hensikter. Kommunenes styringsambisjoner og styringssystemer har betydning for hvilket meningsinnhold som legges i tverrprofesjonelt arbeid. Vabø refererer til at den ene kommunen har tradisjon for delegering av makt og ansvar til koordinatorene og ledere nær praksisnivået. I tråd med denne profesjonsbyråkratiske modellen har kommunen god erfaring med å overlate behovsvurderinger til fagfolk og langsiktige investeringer med fokus på forebyggende tjenester og tidlig innsats blir vektlagt. Målgruppen er relativt stor og omfatter alle brukere som står i fare for å utvikle funksjonsfall. Et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier samarbeider på

tvers av tjenester og faggrupper, hvor både rekruttering av kandidater, målsetting og gjennomføring av individuelle opplegg, blir belyst fra ulike faglige perspektiver. Samhandling innad i teamet og samhandling med ulike tjenester blir beskrevet som et gjensidig lærings- og utviklingsarbeid og hospitering er hyppig brukt som virkemiddel for å øke kunnskap og felles forståelse for oppdraget. Vabø refererer videre til den andre kommunen som har et new public management inspirert styringssystem hvor kortsiktige resultatmålinger blir vektlagt.

Langsiktige innsparinger og forebygging skal her gjennomføres via kollektive virkemidler og innenfor allerede gitte rammer og målgruppen defineres ut fra hvilke brukere som har størst behov for tjenester. Det etableres en mer hierarkisk arbeidsdeling, hvor saksbehandlere kartlegger og bestemmer hvem som skal få tjenestene, fysioterapeut og ergoterapeut lager til dels standardiserte treningsopplegg ut fra bestilling og hjemmetjenesten utfører selve rehabiliteringen. En slik arbeidsform er mer hierarkisk og sekvensiell, preget av vertikal delegering og enveislæring. Studien viser at samarbeid i de to ulike kommunene bærer preg av ulikhet i tiltro til faglig skjønn, tildelingspraksis og forvaltningsstruktur. Ut fra dette konkluderer Vabø med at det ikke er et entydig og gitt på hva tverrprofesjonelt samarbeid er (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019 s. 69–94).

I denne delen har vi samlet relevante offentlige utredninger som underbygger utfordringene i kommunal helse- og omsorgssektor. Vi har også gjennom relevant teori redegjort for individuell plan og velferdsteknologiske løsninger som hver på sin måte fremheves som sentrale verktøy for økt brukermedvirkning og mer tverrfaglig samarbeid. Videre viser vi til teori rundt fragmentering, siloorganisering samt årsaker til kompleksiteten i helse- og omsorgstjenestene, før vi til slutt ser på teori rundt begrepet tverrfaglig samhandling.

2.2.0 Team og grupper

Definisjonene på grupper eller team er varierte. Tom Karp (Karp, 2016 s. 157) definerer en gruppe til å være “to eller flere mennesker som er avhengige av hverandre for å løse oppgaver”. Sjøvold (2022, s. 103) definerer en gruppe som “tre eller flere personer som har et felles mål, og som samhandler for å nå dette målet”. Sjøvold argumenterer for at en gruppe starter først med en tredje person fordi det er en vesensforskjell i kompleksiteten i samarbeidet mellom to og tre personer. Katzenbach og Smith unngår i Bjørkquist & Jerndahl

Fineide (2019, s. 96) å tallfeste gruppens størrelse, men definisjonen sammenfaller ellers godt med Sjøvold: *“Et lite antall personer med komplementære ferdigheter som er forpliktet til et felles formål, resultatmål og tilnærming som de holder seg gjensidig ansvarlige for”*

Ifølge(Karp, 2016) er det enkeltmedlemmenes ønske om å tilhøre en gruppe som definerer gruppens styrke. Grupper går gjennom ulike utviklingsstadier og de aller fleste er i kontinuerlig endring. De utvikler et sett med både formelle og sosiale strukturer. Det kan se ut som at det er viktigere hvordan en gruppe jobber sammen, enn hvilke personer som er med i den. Hvordan medlemmene i en gruppe behandler hverandre, ser ut til å være essensielt for suksess. Begrepet team, blir ofte brukt i stedet for arbeidsgruppe når en gruppe har mer selvråderett og autonomi enn vanlig, når medlemmene opplever en større grad av forpliktelse til teamet og tar en større del av ansvaret for leveransen (s. 157).

Fra 2012 til 2015 undersøkte Google sine egne 51.000 ansatte for å finne fellesnevnerne til de suksessfulle teamene og hva som skilte dem fra alle andre. Hovedfunnet er hvordan medlemmene i et team samhandler på. De beste teamene hadde etablert normer i gruppen for hvordan dynamikken skulle være og medlemmene samhandlet som likeverdige. Kompetansen til teammedlemmene var ikke signifikant. De fleste av de mest effektive teamene består av medarbeidere med middelmådig kompetanse. Disse personene viste mer ydmykhet overfor egen kompetanse og nysgjerrighet på andre medlemmers kunnskap, som igjen førte til en bedre utnyttelse av den totale kompetansen i gruppen. Resultatet ble at de kom raskere frem til en felles forståelse av oppgaven og utviklet mer innovative løsninger. Det mest sentrale i hvordan de oppnådde effektiv samhandling var at medlemmene bidro likt i gruppens diskusjoner og at de kunne utfordre hverandre uten å risikere sanksjoner. Denne “tilstanden” kalles gjensidig tillit. I senere tid har det også blitt vanlig å bruke begrepet psykologisk trygghet. En forutsetning for å kunne etablere gjensidige tillit er at alle medlemmene i en gruppe har en godt utviklet empati, som betyr at man klarer å forstå andres følelser og respondere til gruppens beste. Gruppeempatien ble sterkere hvis medlemmene var villige til å dele ikke bare personlige, men også private sider av sitt liv. Det antas at konflikter er lettere å hankses med og at man våger seg på tøffe diskusjoner når medlemmene kjenner hverandres private sider (Sjøvold, 2022, s. 83-84).

Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 121) handler tillit om å ha en forventning til at medarbeiderne handler i tråd med normene i gruppen. Tillit mellom ansatte og ledelse og mellom ansatte i ulike enheter avhenger av en sterk felles kultur og en slik kultur reduserer behovet for overvåkning og kontroll. Tillit i en organisasjon gir grunnlag for å delegerer handlefrihet slik at man fremmer fleksibilitet. Hvis det gis rom i en organisasjon for å utvikle nye sosiale relasjoner omkring arbeidsoppgaver vil den være bedre i stand til å fornye seg. Når tillit oppnås mellom personer og grupper er dette ofte et resultat av samhandling over tid. Tillit er ifølge Karp (2016) en sårbar tilstand hvor det knyttes positive forventninger til andres handlinger. Dette gjør tillit vanskelig å få og så lett å miste. Gode relasjoner skaper handlingsrom og en kan påvirke dette handlingsrommet ved å skape tillit og koble med andre (s. 148). Ifølge Sjøvold (2022) er psykologisk trygghet og gjensidig tillit er begreper som ofte blir brukt om hverandre. Han viser videre til Amy Edmondsons definisjon av psykologisk trygghet: “det å kunne si fra uten frykt for sanksjoner”. Kritikken til denne definisjonen går på at den ikke sier noe om hva som skal til for å skape tillit. Sjøvold foretrekker imidlertid Bales definisjon: “evnen til å kunne utforske og forstå intensjonen bak andres væremåte” som brukes i hans spinnteori for grupper. Uansett valg av definisjon, er det en allmenn aksept for at tillit er fundamentalt for å bygge gode team. En positiv utvikling av team blir da å gjøre medlemmene bevisste på hvordan egen atferd påvirker andre og motsatt og hvordan en kan omsette denne kunnskapen til noe konstruktivt. Det er vanlig at grupper ikke har ønsket nivå av psykologisk trygghet (s. 109,192, 205-206).

Bresman & Ancona (2007) hevder at mange team mislykkes på tross av at de følger den teoretiske “oppskriften” for å skape gode interne prosesser i teamet. Dette er kun halve jobben. Hun er opptatt av at team som skal håndtere komplekse oppgaver, i tillegg må ha evne til å vende blikket mot omgivelsene og samhandle eksternt på tvers av teamets grenser. X-teams er team hvor medlemmene raskt er i stand til å lære fra eksterne omgivelser og endre seg underveis mens de beveger seg framover mot målet. De knytter bånd til eksterne personer i og utenfor organisasjonen som kan bidra med informasjon og bistand underveis. De er også fleksible i forhold til å ta inn og bytte ut medlemmer i gruppa for å få løst spesifikke oppgaver i prosessen. X-teams skiller seg fra ordinære team på tre ulike måter: høyt nivå av ekstern aktivitet, høy intern læring og gjennomføringskraft, og innarbeiding av følgende tre fleksible faser; utforskning, utnyttelse og eksport (Bresman & Ancona, 2007, s. 2-9).

McGraths IPO-modell (Input-Process-Output) forklarer oss at grupper ikke går gjennom en fast sekvens av faser, men skifter dynamikk etter behovene for problemene de står overfor (Sjøvold, 2020, s. 38). Sjøvold (2022) utdyper dette videre gjennom spinnteori for grupper med å forklare at potensialet for styrke og ytelse til en gruppe gis av hvor godt gruppen klarer å balansere og variere mellom de fire grunnleggende gruppefunksjoner kontroll, omsorg, opposisjon og lojalitet gjennom sin atferd. Gruppens dynamikk er altså gitt av hvor godt man klarer å skifte mellom de ulike funksjonene i gruppen (s. 76, 191). Forholdet mellom gruppedynamikk og de ytre kravene gruppen stilles overfor, kalles formålsnivå. Det er ingen sammenheng mellom effektivitet og formålsnivå. Effektivitet til en gruppe er gitt av hvor godt gruppen treffer med den dynamikken som passer til oppgaven som skal utføres. Lavt formålsnivå er mest effektivt når oppgavene er enkle og situasjonen er forutsigbar (s. 57,60).

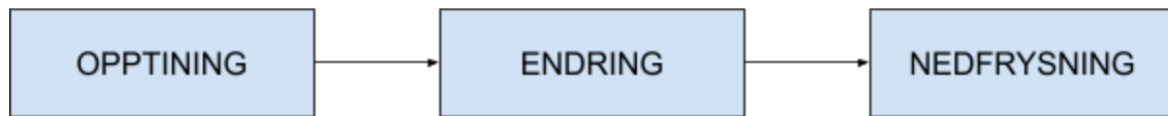
Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019s. 96.) skriver at tverrfaglige team ofte er “omsluttet av idealistiske oppfatninger om at de per definisjon er et godt tiltak”. De fremhever at den grunnleggende ideen om at tverrfaglige team skal kunne ta raske og omforente beslutninger gitt en optimal sammensetning også betyr at et tverrfaglige team ikke kan være optimal under alle forutsetninger. Eksempelvis der problemstillingene er kjente og forutsigbare. I slike omstendigheter vil organisering etter byråkratiske regler være mer fordelaktige. Og i møtet med “wicked problems”, som gjenkjennes av stor kompleksitet og der kunnskapen om hvordan man kan løse problemene er mangelfulle, pekes det på at forhandlinger og nettverksorganisering vil antakeligvis være mer passende. Fra et organisasjonsteoretisk ståsted oppfordres det til å være kritisk til å foreslå team som løsning før man har avklart hvilke type problemer og oppgaver som skal løses (s. 98-99).

Økt krav til innovasjon har ifølge Sjøvold (2022, s.100-101) ført til en endring fra individuelle ferdigheter og selvstendig innsats til effektiv og konstruktiv samhandling. Samhandlingskompetanse på å hurtig klare å etablere relasjoner preget av tillit som gjør nyskaping mulig vil være et klart konkurransefortrinn. Sjøvold kaller slike team for prestasjonsteam. For å oppnå opplevelsen av gjensidig tillit er man avhengig av at man bruker aktive opposisjonsfunksjoner, dvs. evnen til å si stopp, endre kurs og tillate kritikk (s. 62, 107). I spinnteorien for grupper er det viktigste verktøyet for dette omtalt som *konstruktiv*

konfrontasjon, som innebærer å aktivere opposisjonsfunksjonen i gruppen på en måte som oppfattes som respektfull. Eksempelvis det å vise interesse for andres synspunkter, meninger og kunnskap om et emne, formulert som ens behov for å vite mer om noe en selv ikke forstår. Det er viktig å etablere aksept for undersøkende og positivt konfronterende kommunikasjon så tidlig som mulig i dannelsen av et team, da sterkt etablerte relasjoner mellom teammedlemmer kan være et hinder (s. 109-110, 206-207). Dette finner vi også bekreftelse for i en studie utført av Heldal & Sjøvold (2021). Psykologisk trygghet i en gruppe er ikke en garanti for etableringen av et prestasjonsteam og de normene som etableres i et team kan være vanskelig å endre i etterkant. Studien viser 51 ulike team som fikk i oppdrag til å innovere nye forretningsmuligheter og utarbeide troverdige, levedyktige forretningsplaner for disse. Teamene som var mest opptatt av tillit og trygghet trivdes veldig godt og var veldig fornøyde med egen innsats. De skapte tidlig en støttende atmosfære som gruppenorm og klarte ikke å senere å ta teamet til et høyere formålsnivå. Disse teamene underpresterte og ble utkonkurrert av team som nettopp var utfordrende og krevende mot hverandre og som aldri helt ble fornøyd (s. 40-64). Normer i en gruppe er ofte ikke lett å identifisere og medlemmers markeringsadferd er sjelden bevisste. Men brytes normene, vil gruppen reagere med sosiale sanksjoner. Sanksjonene som blir utført kan være meget subtile, helt ned til en grad der den som utøver sanksjonene ikke er bevisst på dette. Normene i en gruppe kan også være seiglivet. Man har påvist at normer internalisert i en gruppe kan holde seg over et år etter gruppen er forlatt. Normer er viktig for en gruppes evne til å svare på krav fra omgivelsene, men samtidig kan det være en effektiv hindring for læring og en gruppes evne til å gjøre nødvendige endringer. En kan si at normene beskytter status quo for en gruppe . Konformitetseffekten, at medlemmer innretter seg etter oppfatningen til flertallet i gruppen, inntreffer allerede på grupper ned til 3-4 personer (Sjøvold, 2022, s. 274-279). Premissene i konstruktiv konfrontasjon stemmer godt overens med det vi kjenner til fra positiv psykologi, der respekt og andres verdighet er ansett som den etiske siden ved samhandlingskompetanse og målet er å hindre at mennesker settes i en situasjon hvor de føler seg sosialt avviste (Johannessen & Olsen, 2008, s. 158).

2.3 Endring og overganger

I Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 389-390) beskrives Kurt Lewins mye brukte top-down modell for endringsprosess, Unfreeze-Change-Freeze.



Figur 2 - Lewin Unfreeze-Change-Freeze. Hentet fra (Jacobsen & Thorsvik, 2019, 390)

Opptiningsfasen beskrives som kritisk for å forberede menneskene i organisasjonen på at endringer er nødvendige. Nøkkelen er å utvikle et overbevisende budskap som viser hvorfor den eksisterende måten å gjøre ting på ikke kan fortsette og skape en trygghet gjennom å redusere redsel for endringer. I denne fasen kan det også være positivt å påpeke hva som ikke skal endres. Endringsfasen preges av tiltak for å endre holdninger og atferd gjennom både kulturelle og strukturelle endringer. Nedfrysingsfasen til slutt har som mål å stabilisere endringer som har skjedd. Rutiner etableres og iverksatte tiltak må undersøkes i forhold til oppnådd effekt. Ifølge Kanter (2003, s. 10) kritiseres Lewins modell med sine tre fase for å være for enkel til å kunne anvendes i komplekse organisasjoner. En oppfatning at en organisasjon er lineær og statisk var feil da, og er i dag mer ukorrekt enn noen gang. Organisasjoner fryses ikke ned men består av flytende enheter med mange “personligheter” og i den grad man kan snakke om stadier er de i høyeste grad overlappende og trer inn i hverandre.

Bottom-up perspektivet i endringsprosesser er gjennomføring av tiltak nedenfra i organisasjonen og oppover, der profesjonsutøverne gis nødvendig makt og myndighet til å utføre handlinger (*Hvordan Få Til Brukermedvirkning?*, n.d.). Sjøvold (2014) poengterer at lederen utgjør en særskilt viktig funksjon for å få grupper til å utvikle fundamentale evner til å agere i ulike situasjoner. Disse må læres, aksepteres og internaliseres. Resultatet skal føre til at gruppen blir bedre til å effektivt håndtere de krav som stilles fra omgivelsene. Enighet om banale prosedyrer som å komme til avtalt tid, eller avtaler om større åpenhet som verdigrunnlag er misbruk av tillit fra gruppen og lederen har da i beste fall har operert på grensen til det uetiske.

Ifølge Irgens (2011 s. 151) er medvirkning sentralt i alt endringsarbeid fordi det er avgjørende for ansattes holdning til endring. Endringsprosesser bør ha en god forankring blant ansatte for å hindre motstand og endringskynisme (Amundsen & Kongsvik, 2016, s. 67). Kolbjørnsrud (Handelshøyskolen BI, 2019) forfekter smidige organisasjoner som en struktur som åpner opp for mer bottom-up styrte endringer. Utviklingen av utfordringer mennesker skal løse i organisasjoner viser en helt klar tendens til å gå fra rutinepreget arbeid til ikke-rutinearbeid (2:54). Organisasjoner må endre seg til å forstå hvordan man løser problemer og tilpasse seg stadige endringer i forhold i og rundt arbeidsplassen (4:16). En metode er å ta utgangspunkt i hvordan man styrer en organisasjon. Ifølge Kolbjørnsrud (Handelshøyskolen BI, 2019, 19:00) har vi tre ulike ytterpunkter for styring av organisasjoner: hierarki, nettverk og marked. I praksis er de fleste organisasjoner hybrider av disse, hvor smidige organisasjoner befinner seg i trekantens øvre del. Paradokset er at de prøver å tilfredsstille motstridende hensyn; de prøver både å være effektive og tilpasningsdyktige. Problemet er at man kan ikke være maksimalt effektiv samtidig som man er maksimalt tilpasningsdyktig (19:23).



Figur 3: Idealiserte organisatoriske typer. Referanse: (Kolbjørnsrud, 2019).

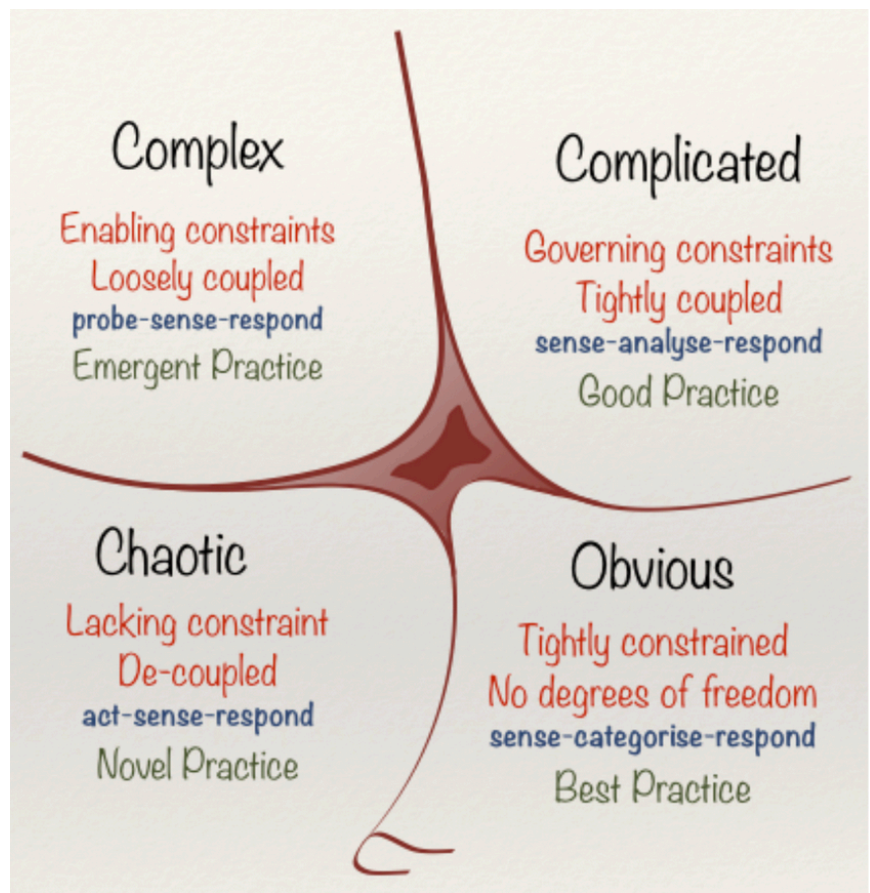
Uansett hvilke prosesser man velger å benytte, fremhever Jacobsen & Thorsvik(2019) at det finnes en del sammenfallende trekk ved suksessfulle endringer. For de som lykkes blir det skapt en utbredt følelse av behov for endring i organisasjonen og organisasjonen har kapasitet til gjennomføringen. De tiltak som iverksettes er forskningsbaserte, med spesiell vekt på tiltak som knytter seg til deltakelse, medvirkning til målsettinger, utvikling av enkeltindivider og grupper for å håndtere endringer. Det uttrykkes klare visjoner for hva man ønsker å oppnå og man benytter enhver anledning for å kommunisere budskapet ut i organisasjonen. I tillegg må prosessene være prosedural rettferdige - alle som berøres av dem må oppleve å bli hørt og en reell mulighet for å påvirke disse. Strukturelle barrierer som hemmer endringene tas vekk og endringsprosessene åpner for eksperimentering og testing av ulike tiltak før det implementeres i hele organisasjonen. Fremdrift følges tett og man har fokus på kortsiktige mål som er oppnåelige. Ansatte og grupper som lykkes, belønnes. Forbedringer som oppnås befestes i nye strukturer og prosesser (s. 391-392).

Selv om en organisasjon har en styringsform som gjør den smidig og har potensiale til å møte nye problemstillinger og endring, er det ikke gitt hvordan man skal håndtere ulik kompleksitet når man møter den. Cynefin-modellen utviklet av Dave Snowden (The Cynefin Framework, 2010) er en modell som gir beslutningstakere mulighet for å forstå hvilken problemløsningsmetode som bør velges avhengig av problemdomenets kompleksitet. Dette er en meningsskapende modell (sense making model) i motsetning til klassiske kategoriseringsmodeller hvor rammeverket kommer før data. Den klassiske modellen er effektiv når man vil gjennomføre, men har begrensninger i perioder med endringer og fungerer dårlig der man har behov for å utforske problemstillinger. I meningsskapende modeller, som Cynefin-modellen, kommer data først, og deretter utvikles rammeverket gjennom en sosial prosess. Hovedpoenget i Cynefin er at problemstillinger i de ulike kompleksitetsdomenene må angripes på forskjellige måter, og gjennom den sosiale prosessen vil rammeverket vise hvilken metode som bør anvendes. Snowden (The Cynefin Framework, 2010, 6:40) gjør et poeng av at gapet mellom *opplagt* og *kaotisk* er undervurdert. Blir man for lenge i det opplagte domenet, er det en fare for at organisasjoner blir statiske. Ved endringer har man da høyere risiko for å falle inn i det kaotiske domenet - man bør etterstrebe å jobbe med problemstillinger som skifter mellom det komplekse og det kompliserte for å beholde dynamikk og ved sjeldne anledninger være i det opplagte.

Ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019, s. 72-74) skilles ofte styringsmodeller for norske offentlige virksomheter mellom new public management og new public governance. New public management er en markedsinspirert styringsmodell som et forsøk på å korrigere profesjonsmakten og sette mottakere av tjenester i høysetet. Denne modellen etablerer et klart skille mellom hvem som bestiller og hvem som utfører en tjeneste, der

resultatenhetene blir underlagt kontroll og prestasjonsmålinger. New public governance er en samlebetegnelse for initiativer på tvers av etater og sektorer basert på at kommunikasjon og tillit mellom aktørene i et nettverk er like viktig for å finne løsninger på problemstillinger som spesifikk kunnskap.

Videre hevder forfatterne at tiltak under new public governance-betegnelsen typisk er orientert mot et bredere nedslagsfelt mellom organisasjoner sammen med brukere, borgere og tjenesteytere på utsiden av det offentlige. Overganger mellom styringsformene skjer ikke i adskilte faser, men overlapper og sameksisterer - noen ganger i vanskelig spenningsforhold. Overgang fra new public management til new public governance kan hemmes av at organisasjonen er for låst til new public management-inspirerte rapporteringssystemer og en overgang krever en rekke systemendringer, man trenger mer tverrprofesjonell tenkning, det



Figur 4: The Cynefin Framework (Snowden, n.d.)

må åpnes opp for dialog og nysgjerrighet på tvers av profesjoner. I tillegg må tradisjonelle forestillinger om visse profesjoner besitter hellig og ubestridt kunnskap brytes.

Endringsprosesser bør ifølge Termeer(2009) analyseres med utgangspunkt i Weicks begrep om *sensemaking* - hvordan ideer formuleres og iverksettes slik at de fremstår som logiske og meningsfylte i en bestemt kontekst. Det gjøres et poeng av at tverrfaglig tilnærming ikke i seg selv utgjør noe selvvinnlysende fordelaktig eller bra. Man må alltid vurdere hensikten med samarbeidet og for hvem eller hva samarbeidet kan tenkes å være en fordel for (Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019, s. 69-75). Jacobsen & Thorsvik(2019 s.221) nyanserer bildet med å påpeke at selv om mange organisasjoner vil befinne seg i en verden der deres omgivelser stadig blir mer dynamiske og komplekse, betyr det ikke at dette gjelder for alle. Det vil fremdeles være organisasjoner som bare i begrenset grad vil berøres av slike endringer. For enkelte områder vil det også forekomme en standardisering av omgivelsene, eksempelvis gjennom lov- og regelverk.

Ifølge Laloux(2014) vokste det etter den industrielle revolusjon frem organisasjoner med pyramideformede hierarkier som den dag i dag er det dominerende verdensbildet til de fleste ledere i politikk og næringsliv. Han hevder at denne tradisjonelle organisasjonsformen, som han kaller for "Orange", er utdatert fordi den ikke fungerer for komplekse organisasjoner av en viss størrelse. Ledere på øvre nivåer i organisasjonen har ikke mulighet til å ha oversikt i forhold til det som skjer lengre ned. Denne situasjonen kan føre til at det ikke tas beslutninger, eller at feil beslutninger fattes. Ancona & Bresman(2007, s. 9) hevder på sin side at organisasjoner med begrensede ressurser, i møte med komplekse problemer må distribuere lederskap ut til flere personer. Lederskap bør foregå der hvor forpliktelse, informasjon, kunnskap og nye måter å jobbe sammen på foregår og må derfor fordeles opp og ned i hierarkiet og i og på tvers av organisasjoner.

2.3.0 Den kulturelle tilhørighetens betydning

Menneskers handlinger kan ofte preges av felles utviklede mønstre av meninger og holdninger. Et kulturelt perspektiv vil derfor ifølge Jacobsen & Thorsvik(2019) kunne si mye om hvordan en organisasjon fungerer. Flere studier antyder at suksessen til en virksomhet kan påvirkes av en samlende organisasjonskultur der de ansatte opplever tilhørighet og fellesskap.

En organisasjonskultur hvor ansatte føler seg som en del av en gruppe kan bidra til å redusere usikkerhet og utrygghet og skape trivsel. Kulturen kan i stor grad definere ens identitet, noe som igjen fører til at ansatte representerer organisasjonen positivt utad (s. 120). Ulik kultur kan både hemme og fremme deltakelse og ifølge Solstad & Sudmann i Cappelen et al.(2020 s.24) ser det ut til å være avgjørende hvordan ledelsen i kommunene håndterer ulike kulturer, konflikter og ulikheter. I organisasjoner der ledelse er bygget på medvirkning og tillit blir det skapt effektive tjenester i større grad enn i organisasjoner som har et lederskap preget av kontroll og lydighet. Ansatte og innbyggere må involveres i planlegging før nye rutiner, prosedyrer eller teknologiske løsninger blir tatt i bruk. Prosessen krever ledere eller tilretteleggere av endringsprosesser som fremmer samhandling mellom ledere og tilsatte, mellom tilsatte, og mellom tilsatte og innbyggerne.

2.3.1 Ansattes medbestemmelse og autonomi i endringsprosesser

Forskningsbidragene i kunnskapsnotatet til Cappelen et al. (2020 s. 25) viser til at ansattes arbeidsdag i helse- og omsorgstjenestene påvirkes av hvordan ulike endringer innføres. Dette kan for eksempel gjelde innføring av tekniske eller digitale løsninger, nye prosedyrer og rutiner samt endring i tjenesteorganisering. Grunnlaget for internt og eksternt samarbeid legges ved å aktivt ta i bruk kunnskap om arbeidsdeling og demokratiske arbeidsmetoder. Å være delaktig i faglig og organisatorisk utvikling påvirker både engasjement, indre motivasjon, effektivitet og bidrar til trivsel og autonomi. Ifølge forfatterne er måten endringsprosesser blir gjennomført på, har stor betydning for tjenestenes effektivitet. Det er viktig med tydelig kommunikasjon, tilrettelegging for innovasjon, involvering og deltakelse, kjennskap til lokale utfordringer, beslutningsprosesser og beslutningsapparat. Forsvarlige kostnader på tjenester fremmes av at ansatte har nok handlingsrom i forhold til ansvar og myndighet. Hemmende faktorer som oppsplitting av oppgaver, detaljstyring og kontroll, og manglende medvirkning ved innføring av nye rutiner eller digitale løsninger, fører til lavere effektivitet og kan avgrense fleksible og persontilpassede tjenester. Solstad & Sudmann hevder videre at medvirkning ivaretas av ledere og ansatte gjennom tett kommunikasjon og dialog.

Falkum, Bonde Hansen, Holm Ingelsrud, Wathne, Nordrik & Drange i Cappelen et al. (2020) viser til at det årlig gjennom “Medbestemmelsesbarometeret” publiseres resultater av ansattes oppfatning av egen innflytelse i organisasjonen og beskriver ansattes opplevelse av medvirkning og medbestemmelse. De siste års resultater viser at det generelt i offentlig sektor er en økning av ansattes innflytelse på egen arbeidssituasjon. Den sektoren som skårer aller lavest på egen innflytelse på arbeidssituasjon og styring og organisering av virksomheten, er imidlertid kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

Ifølge stortingsmeldingen *Leve Hele Livet (Meld. St. 15 (2017–2018))* har kommuner prøvd ut ulike organisasjonsmodeller for å imøtekomme kravene til tverrfaglige og helhetlige tjenester. Individuell plan og hverdagsrehabilitering har vi beskrevet tidligere. Arbeidslagsmodellen og primærhelseteam er to andre kjente modeller. Flere kommuner har prøvd ut funksjonsinndelte arbeidslag, som arbeids- og organisasjonsmodell i hjemmebaserte tjenester. Hensikten med denne organiseringen er å skape trygge og forutsigbare tjenester for brukerne ved at de får bistand hos en liten og stabil personalgruppe. Kjøs og Hov fant i sin evaluering at arbeidslagsmodellen gav forutsigbarhet både for brukere, pårørende og ansatte. Viktigheten av felles forståelse, kunnskap og holdninger til hva det vil si å jobbe i et arbeidslag, understrekes. For at ordningen skal fungere godt er det behov for tydelig ledelse og klart definerte funksjoner og roller til arbeidslagsleder og soneleder (Eliassen (red.) 2021). Ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019, s. 99-100) vil ikke en linjeorganisasjon være ideell i møte med brukere med komplekse og langvarige behov. Digitale kanaler, koordinatorfunksjoner, felles møteplasser, samlokalisering og partnerskapsorganisering ses som mulige svar på utfordringene. I tillegg til dette fremheves tverrfaglige team som et svar.

Primærhelseteam er et pilotprosjekt med lovende resultater som har sitt utspring fra «Fremtidens primærhelsetjeneste» (*Meld. St. 26 (2014-2015)*). Der ble et primærhelseteam definert som ; “en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser.” Målet med tverrfaglig teamorganisering er bedre opplæring og oppfølging av brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov, bedre tilgjengeligheten for pasientene og å skape en større bredde i tilbudet. Denne piloten innebærer i tillegg til teamarbeid, en systematisk oppfølging i kombinasjon med lederutdanning, et finansieringssystem og ekstra ressurser fra staten.

Den nederlandske hjemmehjelpsbedriften Buurtzorg har ifølge Laloux (2014, s. 65-69) siden 2006 jobbet frem en bedriftskultur der autonome team står sentralt. Organisasjonen har ikke formelle ledere og avgjørelser rundt alle problemstillinger blir tatt i hvert enkelt team av dem som står nærmest utfordringen. De har spesielt fokus på læring av ulike former for kommunikasjon, både det å lytte til andre og gi tilbakemeldinger. Pleierne jobber aktivt med å inkludere en pasients familie, venner og naboer for å dra nytte av nettverkene som finnes og målet er alltid å lære pasientene å klare seg mest mulig selv. Laloux viser videre til Ernst & Young som i 2009 undersøkte Buurtzorg opp mot tilsvarende pleieorganisasjoner i Nederland. Resultatet viste at Buurtzorg bruker opp mot 40% færre timer pr. pasient, sykefraværet er 60% lavere enn tradisjonelle organisasjoner i bransjen og turnover ligger 33% under. Ernst & Young estimerte at kommuner i Nederland ville blitt spart for om lag 2 millioner euro gitt at alle pleie organisasjoner klarte å oppnå samme resultat som Buurtzorg.

Hos Buurtzorg gir det ikke mening at hvert eneste team utvikler kompetanse for ethvert problem de kan støte på. De fleste organisasjoner ville instinktivt lagd en sentral enhet av eksperter, men Buurtzorg jobber aktivt med å forhindre at man organiserer etter spesialister. For å minske risikoen for at det etterhvert ville grodd frem to kaster i organisasjonen har Buurtzorg utviklet en rekke effektive alternativer for å håndtere spesiell ekspertise. Teamene blir oppfordret til å bygge kompetanse og synliggjøre seg som kontaktpunkter utenfor sitt eget team gjennom intranettet. Ved behov ansettes en ekspert som frilanser, i motsetning til å bygge ut en stabsrolle. I de tilfeller der de ansetter en person i en stabsfunksjon, har vedkommende ingen beslutningsmyndighet over team (Laloux, 2014, s. 72)

2.4 Oppsummering teoretiske momenter

Myndighetene har fokus på helhetlige tjenester gjennom stortingsmeldinger og norges offentlige utredninger og beskriver en fremtid der kommunene vil støte på bærekraft- og kompetanseutfordringer når de skal håndtere et økende antall brukere med komplekse behov. Helsetjenesten under ett kan fortsatt beskrives å ha samordningsproblemer på flere områder og generelt har kommunene i liten grad klart å øke sin kapasitet og kompetanse.

Kompleksiteten i helsevesenet preges av avanserte tjenester, sammensatte brukerbehov, organisatorisk kompleksitet med ulike profesjoner og et flernivåsystem med kompleks styring. Dagens tjenesteorganisering er for fragmentert og det fremheves at brukermedvirkning og involvering blir et viktig virkemiddel for at tjenestene skal jobbe mer tverrfaglig for å oppnå samhandlingsreformens mål. Ideén om individuell plan som virkemiddel for koordinering av tjenester ser ikke ut til å ha ønsket effekt. I tillegg har begrepet tverrfaglighet ingen enhetlig definisjon og er utsatt for ulik fortolkning. Det er vist at nå-situasjonen, når det gjelder styringsmodell og organisatoriske rammer, har betydning for effektene av endringsprosessene som settes i gang og bør derfor hensyntas.

I endringsprosessen er det viktig å finne riktig balanse mellom toppstyrte føringer og endringer nedenfra gjennom økt medvirkning. Dette kan også kreve organisatoriske endringer i forhold til hvordan man velger å styre og hvordan man velger å kontrollere. Man må også lære seg til å leve med en mer uforutsigbar arbeidshverdag der oppskriften ikke er gitt på forhånd. Det finnes forskningsbasert kunnskap om hva som skal til for å lykkes med endringer i komplekse organisasjoner og det finnes eksempler på organisasjoner som har lyktes med å forene effektivitet med gode individuelt tilpassede tjenester i helsesektoren. Forsøk med ulike former for organisatoriske arbeidsmodeller som arbeidslagsmodellen og primærhelseteam viser at det er mulig å tenke nytt i offentlig sektor med gode resultater.

Velferdsteknologi er et satsningsområde i offentlig sektor og blir sett på som viktige verktøy for å effektivisering og kvalitetsforbedring i tjenester. Innføring av velferdsteknologi kan derimot føre til en favorisering av virksomhetens mål og gå på bekostning av fokus på brukerne og de profesjonelle. Det eksisterer også et underskudd av kompetanse for å håndtere innføringen av ny teknologi. IT-systemer er ofte lagd med en arkitektur som støtter silo-orienterte organisasjoner og kan være kostbart å få integrert i organisasjoner med en annen struktur. Gode integrasjoner mellom ulike systemer er dog et kritisk punkt for å hente ut positive effekter rundt økt samhandling da fravær av informasjonsdeling mellom systemer vil være med på å opprettholde siloer.

Kompleksiteten i utfordringene krever flere perspektiver og teamarbeid løftes frem som et godt virkemiddel. Det er store forskjeller i ytelse mellom prestasjonsteam og middelmådige team. Senere tids forskning har gitt mer innsikt i hva som utgjør vesentlige faktorer for å

skape prestasjonsteam, da kanskje spesielt spinnteorier for grupper, men det finnes ingen quick-fix. Team må aktivt trene for å bygge opp og vedlikeholde samhandlingskompetanse der psykologisk trygghet er spesielt viktig. Dette oppnås ved å aktivere opposisjonsfunksjonen til gruppen med å utvikle en positiv og respektfull tilbakemeldingskultur.

3.0 Metode

Samfunnet beveger seg inn i en verden som i økende grad består av flere eldre med flere sammensatte behov. Det er hevet over enhver tvil at økningen ikke kan løses ved flere ansettelser i helse- og omsorgssektoren, og vi er i denne studien interessert i å se på hvordan hjemmebaserte tjenester møter krav fra myndighetene om tilpasninger til mer tverrfaglig samhandling. Vi har laget oss følgende problemstilling *“Hvordan møter hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til en mer tverrfaglig tilnærming?”* Metododelen ble påbegynt i et tidligere fag, Anvendt Metode, våren 2021 av Normann & Sandberg (2021) og vi baserer oss på det tidligere arbeidet som da ble gjort. Dette kapitlet inneholder en redegjørelse for videre valg i forskningsprosessen. Vi kommer nærmere inn på kvalitativ metode, forskningsdesign og vår tilnærming. Dette innbefatter en beskrivelse av hvordan utvelgelsen av informantene har foregått, våre forberedelser og gjennomføring av intervjuene. Vi vil i tillegg gjøre rede for forskningens pålitelighet, troverdighet og overførbarhet. Kapitlet avsluttes med en refleksjon over egen rolle som forskere, etiske perspektiver og utfordringer.

3.1 Metodevalg

3.1.0 Kvalitativ metode

I denne studien ønsker vi å se nærmere på hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester i en mellomstor nordnorsk kommune. Vi har valgt kvalitativ metode som utgangspunkt for vår studie da vi tenker at denne metoden best kan hjelpe oss i søken etter dybdekunnskap rundt problemstillingen vår. Ifølge Johannessen & Christoffersen(2020) kan denne metodikken gi oss mer detaljert og utfyllende informasjon fordi den åpner opp for å forstå hvordan mennesker tenker og hvorfor de handler som de gjør. Det er en mulighet til å danne seg et bilde av hvordan et fenomen oppleves i en bestemt kontekst og ut fra informantenes

perspektiv(s. 23). For å forstå hvordan hjemmebaserte tjenester møter overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig og individrettet tilnærming, er det viktig med detaljert innsikt i hvordan informantene tenker rundt tverrfaglig samhandling, hvem de samhandler med og hvilke organisatoriske faktorer de mener har betydning for den planlagte endringen.

3.1.1 Forskningsdesign: Empiridrevet tverrsnittstudie (case)

Når vi får innsikt rundt problemstillingen vår via de erfaringer og tanker våre informanter på et gitt tidspunkt er opptatt av, kalles dette ifølge Johannessen et al.(2020) en tverrsnittsundersøkelse. Case-studier handler om å ta et dypdykk ned i en hendelse eller en organisasjon for å undersøke og synliggjøre fenomener som ligger gjemt under overflaten(s. 55). Med dette som bakgrunn ønsker vi å belyse vår problemstilling med Case som forskningsdesign. Et annet kjennetegn ved case som forskningsdesign er at det i en tidsbegrenset periode hentes ut mye informasjon fra en eller få enheter. Et case studeres alltid i en kontekst, som kan være fysisk, sosial eller kanskje økonomisk (Johannessen et al., 2020, s. 212). Vi har i vår studie valgt å fokusere på en fysisk kontekst som vi definerer som kommunenes hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Herunder ligger både somatisk hjemmetjeneste, rus og psykisk helsetjeneste og aktivitetscenter for hjemmeboende.

Stortingsmeldinger, veiledere og reformer beskriver tydelig behovet for mer tverrfaglig og mer individtilpassede tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenestene. Kommunene har likevel selvråderett i forhold til hvordan de skal løse utfordringene og i forhold til tidsperspektivet på endringen. Inntrykket vårt er at mange kommuner, på tross av statlige føringer, sliter med å finne gode løsninger for etablering og levering av gode helhetlige tjenester med bruker i sentrum. I denne studien ønsker vi å undersøke hvordan hjemmebaserte tjenester samhandler internt og eksternt. Vi er nysgjerrige på hva de lykkes med i forhold til tverrfaglig samarbeid og hvilke hinder de eventuelt støter på i prosessen. Vi følger forskningsdesignets prosess i vår case-studie. Først utformer vi en tentativ problemstilling, så velger vi case og deretter relevante informanter som kan gi oss dybdekunnskap i forhold til case-et. Neste steg i prosessen er datainnsamling og utarbeidelse av kriterier for analysering og tolkning av data.

Teorien vil så utledes ut fra våre funn. Case som forskningsdesign gir oss også mulighet til å skaffe oss detaljerte data via kombinasjon av ulike metoder (Johannessen et al., 2020, s. 212).

3.1.2 Tilnærming

Vi har et ønske om at datainnsamlingen skal drive forskningen vår fremover. Det betyr at målet med undersøkelsen vår ikke er å få bekreftet eksisterende teori, men at vi i etterkant av datainnsamlingen vil benytte relevant teori til å belyse vårt fordypningsområde (Johannessen et al., 2020, s. 211). Vi har vært åpne for at informasjonen vi får under datainnhenting kan endre våre oppfatninger underveis i prosessen, noe som også kan påvirke problemstillingen. Ifølge (Johannessen et al., 2020, s. 230) kalles det en abduktiv tilnærming når forskerens mål er å bygge teori ut fra datagrunnlaget og data omkring et fenomen hentes inn, ut fra en vid og tentativ problemstilling.

Vi velger i denne studien å bruke kvalitativt intervju som primærkilde fordi vi mener at dette gir oss et dypt innsyn i de ulike informantenes opplevelse av situasjonen. Sekundærdata er også interessant da sammenligning mellom kommunens planverk og statlige veiledere og rapporter kan gi oss viktig informasjon. Observasjon i forhold til kroppsspråk og signaler under intervju er en ekstra kilde til innsikt i forhold til bekreftelse av budskapet. Å benytte observasjon som tilleggsmetode for datainnsamling gjør oss tryggere på hvilke underspørsmål og temaer det er interessant å følge videre. Gjennom intervjuene observerer vi informantenes aktivitet, atferd eller handlinger gjennom tilstedeværelse i intervjusituasjonen. Dette er i tråd med hvordan (Johannessen et al., 2020, s. 79) beskriver observasjon som en teknikk hvor man registrerer iakttagelser basert på å se lytte og erfare. Vi velger ustrukturert observasjon som teknikk og definerer derfor ikke på forhånd detaljer om hva som skal observeres. Vi har som mål å få innsikt utover de muntlige svarene vi får i intervjusituasjonen. På grunn av tidsperspektivet har vi valgt å ikke notere observasjonene skriftlig, men gjøre en sammenstilling av hverandres observasjoner rett i etterkant av hvert intervju. Slik får vi en lettvekts metode for å avdekke våre ulike oppfatninger av informanten rett i etterkant av intervjuet. I tillegg har vi kjørt samme dialog etter transkripsjonen, som har gitt oss mulighet for å diskutere ulike avvik fra førsteinntrykket eller mer utfyllende nyanseringer.

I vår undersøkelse har vi med bakgrunn i praktiske hensyn i forhold til bosted og tidsperspektivet, valgt oss et enkelt case. Dette gir oss bedre mulighet til å oppnå nødvendig dybdekunnskap innenfor den gitte tidsrammen. Tidsperspektivet har også vært viktig i forhold til hvilken kommune vi valgte som kandidat for vårt case. Kommunen ligger i Nordland der begge forskerne er bosatt, noe som muliggjorde å oppsøke informantene på eget arbeidssted. I tillegg gir det oss kjennskap til kulturelle og omgivelserrelaterte forhold som kan ha påvirkning på prosessene. Et eksempel på dette kan være kunnskap om det lokale arbeidsmarkedet.

3.2 Utvalg og datainnsamling

3.2.0 Utvalgsstørrelse

En målsetting for oss er å få et beskrivende bilde av hva og hvordan kommunen har gjennomført prosessene for å oppnå mer helhetlige hjemmebaserte tjenester for å støtte opp under innbyggernes livsmestring. Det er viktig for oss å få dybdekunnskap gjennom de involvertes betraktninger rundt problemstillingen vår. For å oppnå dette mener vi at 6-10 informanter er et tilstrekkelig utvalg. Vi finner støtte i Thagaard som i (Johannessen et al., 2020, s. 74) som påpeker at et utvalg av informanter i kvalitative intervjuer ikke kan være større enn at det gir rom for å gjennomføre dyptpløyende analyser. Vi er åpne for å utvide eller innskrenke antall informanter gjennom hele intervjuprosessen ettersom vi løpende foretar vurderinger om vi har nok informasjon til analysen. Representativitet er ikke et sentralt element i kvalitative undersøkelser (Johannessen et al., 2020), utvelgelsen av informanter som har mye og relevant informasjon er viktigere (s. 57). Vi starter ut med gjennomføringen av seks intervju. Etter vårt første møte med veileder vurderer vi at vi har behov for å snakke med ytterligere to informanter. Når vi har intervjuet åtte kandidater, mener vi å ha oppnådd nødvendig mengde data og fortsetter med analyse.

3.2.1 Utvalgsstrategier

Valget av informanter skjer ifølge (Johannessen et al., 2020, s. 57-58) gjennom hele forskningsprosessen som en serie av strategiske belsutninger, som betyr å velge ut fra ulike

alternativer. Ved strategisk utvelgelse kan det være lurt å først velge en målgruppe som er essensiell for at vi å få samlet inn nødvendige data.

Ettersom problemstillingen vår tar utgangspunkt i omstillingsprosesser i kommunenes helse- og omsorgstjenester, samtidig som vi ønsker en dyp forståelse fra innsiden, var det hensiktsmessig for oss å definere vår målgruppe til å være representanter fra flere lag i organisasjonshierarkiet til kommunen. Vi fikk raskt etablert kontakt med den administrative ledelsen som gav oss konkrete forslag på informanter. Den initielle listen inneholdt flere informanter enn vi i utgangspunktet mente vi hadde behov for. Utvelgelsen av hvilke informanter vi skulle starte med ble gjort etter en samtale med ledelsen og til slutt en dialog mellom forskerne. Informantene betraktes som et utvalg av nøkkelinformanter (Johannessen et al., 2020, s. 69) basert på roller og plassering i organisasjonen. Våre informanter har til sammen mye kunnskap om fenomener sett ut i fra sin kontekst. De ulike oppfatningene spredd ut i det vertikale organisasjonshierarkiet vil være med på å gi dybdekunnskap til forskningen. Vi har valgt å undersøke to hovedakser i organisasjonen, somatisk hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjeneste, samt et dagsenter som leverer tjenester til alle brukergrupper. Informantene representerer organisasjonen fra profesjonsarbeidere til øverste administrativ ledelse. Vi intervjuet en toppleder, tre mellomledere og fire profesjonsarbeidere, hvor to av dem også har en spesialistfunksjon. Personlige egenskaper ved informantene har ikke blitt vektlagt noe tyngde, da vårt grunnlag for å bedømme disse i forkant uansett ikke har vært tilstede. Utgangspunktet for utvelgelsen vår, er ikke representativitet, men hensiktsmessighet, noe vi også finner støtte for hos Johannessen (2020, s. 58-59) Vi er oppmerksomme på at det vil være variasjon i ansiennitet og arbeidserfaring i nåværende posisjon hos informantene. I tilfeller der informanter ikke ville hatt nok erfaringsgrunnlag for undersøkelsen vår var vi innstilt på å åpne opp for å intervju flere i samme posisjon eller rolle. Dette viste seg å ikke bli en problemstilling.

3.3 Datainnsamling

Personlig rekruttering er essensielt for å øke våre sjanser for at våre informanter skal være villig til å bortprioritere andre viktige arbeidsoppgaver til fordel for vår forskning gjennom å møte oss. En av forskerne jobber i helse- og omsorgssektoren i en tilstøtende kommune og har

inngående kjennskap til sektoren og har et stort nettverk vi benyttet oss av. Både administrativ og politisk ledelse i kommunen er ellers offentlig kjent og kontaktinformasjon finnes på kommunens hjemmesider. Gjennom dette oppnådde vi dialog med øverste leder for helse- og omsorgssektoren som bidro til videre kontakt i kommunen. Basert på sin forståelse av vår hensikt med forskningen og hvem som kunne passe som informanter fikk vi en fyldig liste med kandidater som vi kunne velge ut fra. Vi ble møtt med positiv interesse og informanter ble oppmuntret til å delta i studien. Dette gjorde at vi lettere kunne ta direkte kontakt med hver enkelt informant. De fleste kandidatene stilte villig opp og tilrettela for både møtetid og lokale. To av kandidatene vi plukket ut var imidlertid vanskelige å få tak i, og etter ubesvart e-post, SMS og telefonanrop, valgte vi å ta kontakt med to andre.

Vi utarbeidet en mal for hvordan intervjuet skulle foregå som vi sendte til informantene per e-post. Brevet inneholdt også informasjon om rettighetene som deltakere i denne typen forskning har. Det er viktig ifølge Johannessen, et. al. (2020) at rekrutteringen blir gjennomført etter en forhåndsbestemt strategi. Dette gjør at alle informantene kan få den samme informasjon om undersøkelsen. I tillegg er tidsperspektivet viktig. Intervjuene i en rekrutteringsprosess bør avtales senest to uker i forveien, og en uke før intervjuet bør det sendes informasjon der eventuelle behov for forberedelser avklares (s. 73). Dette bidrar til at informantene kan føle seg trygge på tema og innhold før intervjuene finner sted og kan gjøre det mulig for informantene å forberede seg og til å sette i gang refleksjonsprosesser. I tillegg tenker vi at det har vært til hjelp for å understreke betydningen av hver enkelt informants deltakelse i studiet. Malen inneholder også en samtykkedel som informantene blir bedt om å returnere. For å gjøre det så enkelt som mulig for informantene legger vi med et forslag til svartekst som de kan benytte.

Vi valgte å bruke en semistrukturert intervjuguide som hjelpemiddel under gjennomføringen av intervjuene. En intervjuguide er bygget opp som en liste med generelle temaer og spørsmål. For å bidra til svar på mer utdypende spørsmål, kan intervjuguiden også inneholde tematiske underpunkter (Johannessen et al., 2020, s. 111). Ingen av forskerne har vesentlig erfaring med denne typen intervjuer og vi mente en intervjuguide ville hjelpe oss til å oppnå en god dialog og flyt i samtalen. Intervjuguiden har tema som er avledet ut fra vår problemstilling. I tillegg har vi forberedt en del hjelpespørsmål under hvert tema som bidrar til utdypning av ulike elementer i studien.

I denne studien tar vi utgangspunkt i en organisasjon som forsøker å løse utfordringer som også mange andre kommuner opplever. Vi spør ledere og profesjonsarbeidere i flere hjemmebaserte tjenester om deres erfaringer i forhold endring mot mer tverrfaglige og individuelt rettede tjenester. Intervjustilen vår er samtalebaseret og det viktigste for oss i prosessen har vært å være åpen for hvordan samtalene utvikler seg underveis. Bruken av hjelpespørsmål har derfor variert mellom intervjuene. Vi mener at denne metodikken bidrar til nok standardisering til å tolke data og nok fleksibilitet til at vi ikke går glipp av vesentlige poenger underveis. Vi er to forskere i gjennomføringen av samtlige intervju og avtaler på forhånd hvem som skal lede. Den andre tar da en mer observerende rolle. Observatør stiller også utdypende spørsmål underveis når noe interessant dukker opp. Før vi starter, velger vi å kjøre et prøveintervju med en ansatt i nabokommunen. Dette gjør oss mer forberedt til oppstart. Likevel må vi erkjenne at vi blir bedre samspilt etterhvert som vi får mer erfaring, og det er kvalitetsforskjell på gjennomføringen fra første til siste intervju.

Intervjuene ble planlagt gjennomført høsten 2021. I denne perioden var det vanskelig å på forhånd kunne si om intervjuene kunne gjennomføres fysisk på grunn av Covid-situasjonen i landet. Usikkerheten om hva som ventet samfunnet fra måned til måned var stor. Vi vurderte det slik at ansatte i kommunen var, på grunn av lengden vi hadde vært i lock-down, trent i å kommunisere via digitale møter og således vurderte vi risikoen for å ikke klare å gjennomføre nettbaserte intervjuer som liten. På tross av usikkerhet fikk vi tilslutt gjennomført alle intervjuene fysisk. I ettertid ser vi at vi gjennom nettbaserte intervjuer ville ha gått glipp av det viktige kroppsspråket i slike dialoger og vi tror intervjuene ville gitt oss en litt dårligere informasjonstilgang. Antakeligvis ville rollen som observatør og ikke-verbal kommunikasjon mellom forskerne vært mer krevende.

3.4 Dataanalyse

Det finnes ingen fasit for hvordan man bør gå fram for å analysere data i kvalitative metoder, men dataanalysen har to hensikter, organisering av data samt analyse og tolkning. Som forskere må vi først redusere informasjonsmengden, deretter lage et rammeverk slik at vi kan formidle innholdet på en forståelig måte. Oppdelingen i elementer er å analysere, mens tolkningen betyr å sette data vi finner inn i en kontekst. Hensikten med data i undersøkelsens

analysefase er i hovedsak organiseringen av denne slik at den videre kan analyseres og fortolkes (Johannessen et al., 2020, s. 156-157).

Intervjuene vi gjennomførte i studien ble tatt opp med lyd, deretter transkribert som grunnlagsdata for undersøkelsen. Kommunenes helse, omsorgs- og sosialplaner vil også inngå i datamaterialet. Johannessen et al.(2020, s. 257) henviser til Mason i forhold tre mulige måter å organisere data på; henholdsvis tverrsnittbasert og kategorisk inndeling, kontekstuell dataorganisering eller bruk av diagrammer og tabeller. Vår foretrukne metode for undersøkelsen er en kategorisk inndeling fordi det gir oss muligheten til å identifisere ulike temaer i materialet på en oversiktlig måte. Denne inndelingen innebærer å søke etter kategorier i innsamlet data, noe som vil gi oss en dynamisk kategorisering ut fra de funn vi gjør.

Vi har valgt et empiridrevet case design i forskningen. Dette gjør at det vil være behov for å analysere data før en kan bygge teori rundt årsaksmekanismer. Siden kategoriene kommer på plass som en første del av analysen vil det være en risiko for at det kan være noen intervjuer som ikke har data for enkelte kategorier. I disse tilfellene kan man gjøre en vurdering å utforme oppfølgingsspørsmål til enkelte informanter. (Johannessen et al., 2020, s. 158-159). Vi hadde informanter som ikke ga oss innsikt i alle kategorier som kom til etter den første analysen, men vi vurderte det dog ikke som hensiktsmessig å lage oppfølgingsspørsmål i disse tilfellene. Spørsmålene kunne lett bli for ledende, noe som ikke ville gitt merverdi i vår empiri. Alternativt, med utforming av mer åpne spørsmål, risikerte vi å bruke mer tid enn det som vi hadde tilgjengelig. Vi vurderte sannsynligheten for å kunne få gode, utfyllende svar basert på vår felles oppfatning om hver enkelt informant.

Vi mente at bruk av CAQDAS for koding av tekst ikke var hensiktsmessig for denne oppgaven gitt antatt datamengde vurdert opp mot tidsaspektet og tilgjengelig tid. Vår metode var å løpende gjennom transkriberingen av intervjuene oppdage kategorier ut fra interessante funn. Disse ble umiddelbart markert i tekstene og etterpå samlet i et regneark. Videre i analysefasen søkte vi i tekstene, trakk ut tekstblokker som var relevant i forhold til kategoriene og bygget opp regnearket. Dette ga også en visuell fremstilling i regnearket som vi kunne bruke for å gjøre en grov vurdering av mengde funn mellom hver kategori. Dette spesielt for å kunne ivareta et fokus på dybde og mening i datagrunnlaget (Johannessen et al.,

2020, s. 168). Ulempen er at vår undersøkelse ikke får med seg transparens gjennom bruk av CAQDAS, men forholdet mellom data og kode vil være digitalt og søkbart for lesere. Dermed kan vi opprettholde en gjennomsiktighet som vil være positivt for troverdigheten og bekreftbarheten til vårt forskningsresultat. Etter hovedkategoriseringen var det neste steget å sammenligne data fra vårt case og det samlede inntrykk for å hente inn relevant teori forhold til datamaterialet. I denne prosessen beveget vi oss naturlig frem og tilbake mellom teori og empiri. Ideer kunne sjekkes ut mot caset vi har studert, som vi finner støtte for i Johannessen et al. (2020, s. 227). Etterhvert som funn ut fra empiri gav oss kategorier, brukte vi disse for å søke opp teori om aktuelle tema. Vi har brukt statens veiledere, omsorgsbiblioteket.no, referanser via norges offentlige utredninger, statlige kunnskapsnotater og pensum gjennom ulike fag i masterstudiet.

3.5 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet

Begrepene pålitelighet, troverdighet og overførbarhet er viktige for vår kvalitative tilnærming. I kvantitative undersøkelser blir gjerne validitet, representativitet og objektivitet benyttet i større grad. Det er ifølge Johannessen et al., (2020) ikke slik at det er enten eller, men mer både og.

Pålitelighet kalles også reliabilitet og omhandler en vurdering i forhold til om funnene vi har gjort i studien er til å stole på. En slik vurdering bør ifølge Johannessen et al. (2020, s. 27, 249-250) omfatte datamaterialets nøyaktighet, hvilke data vi velger å ta i bruk og hvordan vi har valgt å innhente og bearbeide data. Et reliabilitetsproblem oppstår hvis vi ikke i tilstrekkelig grad kan stole på dataene i studien. Det kan være utfordrende å evaluere kvalitative studier fordi de ikke gir noen enten-eller svar. Det er derfor viktig at fremgangsmåten gjennom forskningsprosessen beskrives åpent og detaljert.

For å styrke påliteligheten til vår undersøkelse velger vi å holde vår fremgangsmåte så åpen for leserne som mulig. En utfyllende case-beskrivelse vil i tillegg hjelpe leseren å forstå hvilken kontekst studiet er gjennomført i. Vi har også forsøkt å fremheve informantens stemme gjennom direkte sitater og vært bevisst på at sitatene er hentet fra ulike intervju og at de er beskrivende i forhold til informantens fortelling. Vi har også forsøkt å gi en detaljert beskrivelse av arbeidsprosessen vår og redegjøre for de valgene vi har tatt underveis. Vi gjør

rede for valg av metode, forskningsdesign og tilnærming, samt hvordan vi har valgt ut informanter, hentet data og hvordan vi har jobbet med analyse, tolkning, og teorigenerering. Vi presenterer også hvordan vi er kommet frem til resultatet vårt og er bevisste på at studien er formet av vår innsikt, forforståelse og tolkning.

Troverdighet kalles også validitet. Det finnes ulike grader av validitet og begrepet bør derfor ikke bli oppfattet som en absolutt størrelse. I kvalitative undersøkelser dreier validitet seg om i hvilken grad formålet med studien reflekteres gjennom vår fremgangsmåte. Validiteten vurderes også ut fra i hvilken grad studien representerer virkeligheten og om funnene i studien vår reflekterer formålet. Innen kvalitativ forskning brukes teknikkene vedvarende observasjon og triangulering for å øke sannsynligheten for troverdige resultater. Begrepet vedvarende observasjon handler om å bli kjent med konteksten slik at man evner å sortere ut relevant informasjon. (Johannessen et al., 2020, s. 44, 250) Vi har i vår studie brukt tid for å forstå og øke vår kunnskap rundt konteksten ved å lese offentlige dokumenter som omhandler utfordringsbildet og behov for mer tverrfaglig samhandling i kommunal helse- og omsorgssektor. I tillegg har vi med oss interesse for helse- og omsorgsfeltet gjennom erfaringsbasert og teoretisk kunnskap før vi starter studien. Lokal tilknytning og en utfyllende casebeskrivelse bidrar også til å sette rammer for forskningen og til å forstå virkeligheten best mulig. Gjennom vår fremgangsmåte har vi hatt fokus på at våre funn skal reflektere virkeligheten og formålet med studien. Vi har derfor gjennom dialog og diskusjon jobbet med bevisstheten omkring vår forforståelse og at den kan påvirke vår vurdering av hvilke data som er relevante. Vår kunnskap om konteksten kan også bidra til vår troverdighet i forhold til leserne og til å skape trygghet i dialogen med informantene.

Triangulering bygger ifølge Johannessen et al. (2020, s. 251) på at man benytter ulike metoder for å kunne ha ulike perspektiver. For vår del vil intervjuene og etterfølgende samtaler rundt observasjoner fungere som ulike metoder. Vår analysemetode, med felles gjennomgang etter intervju og tilhørende inntrykk via observasjon, for så å sjekke inntrykket opp mot det faktiske innholdet etter transkribering mener vi har bidratt til å øke troverdigheten i vår studie. Et eksempel på dette, er at begge forskerne etter et intervju er imponerte over informantens egenskaper og enige i vurderingen om at informanten framstår som handlekraftig og endringsvillig. Etter å ha transkribert intervjuet, oppdager vi at informantens utsagn er preget av passivitet i flere prosesser. Vi diskuterer oss frem til at vi først overså dette funnet, fordi vi

ble imponerte av informantens trygghet, ro og formidlingsevne. Vår metode bidrar da til at vi får korrigert førsteinntrykket og dermed også til å øke troverdigheten i vår studie. Til slutt vil vi nevne at vi har valgt å gjøre avtale om at resultatet for vår studie tilgjengeliggjøres for alle våre informanter etter publisering. Ifølge Johannessen et al. (2020) kan troverdigheten til resultatene og metoden vår ytterligere styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for bekreftelse (s. 251).

Overførbarhet handler ifølge Johannessen et. al (2020) om i hvor stor grad resultatet fra en forskningsstudie kan overføres andre kontekster. Med andre ord om man lykkes med å etablere beskrivelser og fortolkninger som andre ser verdien i. For å få dette til er det viktig med gode analyser hvor innhentet informasjon tas ut fra helheten, kodes og settes i et nytt forskningskonstruert system som gir et forenklet bilde av virkeligheten. I tillegg kan god dybde og detaljerte beskrivelser av fenomenet som forskes på gjøre vurderingen i forhold til overførbarhet lettere. Hensikten med all forskning er å kunne dra slutninger utover de umiddelbare data som innhentes. (s. 251-252)

I vår studie er målet å ta et dypdykk i kommunens hjemmebaserte tjeneste for å forstå og fortolke det som skjer under overflaten. For å styrke overførbarheten har vi gitt detaljerte beskrivelser av utfordringsbildet i Norges kommunal helse- og omsorgssektor og hvilke offentlige føringer som ligger til grunn for overgang fra siloorganisering til mer tverrfaglige og individrettede helse og omsorgstjenester. Vi har også bygd opp teorien rundt sentrale begrep vi henter ut fra vår empiri. Vi har transkribert alle intervju og etterstrebet at empirien skal gi en mest mulig nøyaktig beskrivelse av virkeligheten og gjort en grundig analyse av dataene. Vårt mål er å belyse sammenhenger som igjen kan bidra til å generere nye løsninger på et problem. Da forskningen vår foregår innenfor et relativt snevert område og informasjonen innhentes via få informanter vil ikke resultatet vårt automatisk være overførbart til andre kontekster. Vi vet likevel at veldig mange kommuner har utfordringer med å finne sin vei mot mer tverrfaglige og individrettede tjenester. Kanskje kan vår forskning belyse noen utfordringer og finne sammenhenger som kan være verd å undersøke nærmere i andre studier.

3.6 Refleksjon over egen rolle som forsker

Begge forskerne har et stort engasjement for problemstillingen i oppgaven. Den oppleves som meningsfull å jobbe med, også utover det rent faglige. Veldig mange mennesker vil påvirkes ut i fra hva kommunene får til av omstilling og effektivitetsforbedringer, på sikt også for vår egen del. Ingen av oss har utbredt erfaring fra forskningsprosjekter fra før. Vi har derimot lang erfaring i kritisk refleksjon gjennom arbeidslivet med vårt arbeid med mennesker, språk, logikk og semantikk. I tillegg har vi nå tilbakelagt et masterstudium der vi etterhvert er blitt skolert i kunnskapsinnhenting og vurdering av innsikt mot rådende teorier.

I all datainnsamling bruker forskere ifølge Johannessen et al.(2020) seg selv som instrument fordi vi i praksis sender all data gjennom vårt menneskelige filter (s. 98). Vi har hele tiden vært bevisst på at vi, som alle andre mennesker, er berørt av bekreftelsestendens (confirmation bias). Det, og veiledningen vi har fått fra universitetet gjennom Frode Heldal er våre sterkeste kort for å hjelpe oss i riktig retning. Vi er også klar over at man ubevisst kan besitte hverdagsteorier basert på overgeneralisering, selektive inntrykk og forhastede konklusjoner (Johannessen et al., 2020, s. 20). Vi tror at vårt engasjement og selvkritiske samarbeid har hjulpet oss til å gjennomføre oppgaven med nødvendig kvalitet.

Intervjuene er en samtale mellom oss som forskere og vår informant. Dermed blir også relasjonen som etableres av betydning for hva samtalen frembringer. Klesstil, kjønn, atferd og kulturell tilhørighet kan bidra til å skape avstand eller nærhet i intervjusituasjonen. Hvis intervjuer har lite trening i intervjuformen eller av andre årsaker virker usikker, kan det ifølge Johannessen et al.(2020, s. 116) påvirke dialogen og dermed utkomme av den. Vi som forskere mener det er viktig å klare å lytte, fremstå som rimelig engasjerte og kunne vise til nok kunnskap om temaet vi ønsker å utforske. Kunsten ligger i å stille gode spørsmål til riktig tid. En av forskerne har over lang tid jobbet med oppfølging av mennesker i sårbare situasjoner og har lang og god erfaring i metoder for å bidra til trygghet i dialogen. Samspillet oss forskere imellom i intervjuene gjorde det mulig for oss gjennom observasjon å bruke egenskapene våre som sensitivitet for å fange opp kroppsspråk og signaler. Dette gjorde det mulig for oss å få flyt i samtalene og klare å følge opp med tilleggsspørsmål, korrigere potensielle misforståelser og oppfatte når det var fornuftig å bytte tema. Vi finner støtte fra Eisenhardt som i Johannessen et al.(2020, s. 225) sier at flere forskere i en casestudie kan generere mer utfyllende informasjon. Observasjoner fra flere kan styrke dataenes robusthet

når de samsvarer og det kan være med på å forhindre premature konklusjoner når observasjonene er motstridene.

Vi som forskere bringer til bords en ulik forforståelse og kan vektlegge ulike forhold. Dermed kan vi også komme frem til ulikt resultat (Johannessen et al.,2020, s. 99). Det har vært viktig for oss å diskutere dette jevnlig mellom oss både før og gjennom studien. Vi har tidligere gjennom masterstudiet samarbeidet i ulike grupper og hadde allerede før denne forskningsoppgaven ble påbegynt ,den nødvendige tilliten til hverandre som må til for at man skal klare å utfordre hverandres verdensbilde på en konstruktiv måte. Vår forskjellige innfallsvinkel har da blitt en styrke for oss, mer enn en svakhet, da den ved mange anledninger har åpnet opp for å grave dypere i kunnskapen fra intervjuene.

Begge forskerne bor i området og er en del av den samme kulturen som influerer kommunen og deres ansatte som vi undersøker. Vi kan dermed ikke påstå at vi betrakter organisasjonen helt utenfra og det kan ligge usynlige barrierer som hindrer oss i gjøre enkelte oppdagelser.

3.7 Etiske perspektiver

Ifølge Johannessen et al. (2020) handler etikk i forskning om hva man kan og ikke kan gjøre mot hverandre. Problemområdet vi har undersøkt handler i utgangspunktet om offentlige interesser, en kommunal virksomhet og tjenesteutførelsen der. Informasjonen vi frembringer bør således ikke være av privat karakter. Men i sentrum av prosessene vi undersøker finner vi mennesker, enkeltindivider som kommer på jobb og gjør sitt beste sammen med medarbeidere for samfunnet rundt seg. Vi som forskere har en plikt til å ta best mulig vare på våre informanter når vi ber dem om å dele sitt syn på våre spørsmål; svar som kan tolkes som kritikk både til arbeidsgiver og kolleger. Deres opplevelser av prosesser, politisk klima eller bedriftskulturer må vernes om på en slik måte at skade som følge av deltakelse i studiet ikke forekommer. Det gjør vi ved å følge de nasjonale forskningsetiske retningslinjer gitt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Disse kan sammenfattes i tre ulike kategorier av hensyn vi som forskere måtte være bevisste på under arbeidet (s. 45)

1. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi

2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv
3. Forskerens ansvar for å unngå skade

I gjennomføringen av intervjuene har vi vært bevisste på at våre spørsmål dreier seg om krevende endringsprosesser som informantene er deltakere i. Det kan knytte seg sterke følelser og meninger omkring temaet, og vår fremtreden kan ha betydning for tillitsforholdet og dermed også påvirke informasjonen vi får tilbake. Vi har etterstrebet å opptre respektfullt både i vår dialog med informantene men også i vår bearbeiding og tolkning av svarene vi har fått, slik at informantene fremstilles på en god måte. Våre spørsmål har vært personlige - vi ønsker jo å vite hva den enkelte informant mener om tematikken, men vi har unngått å bli privat. Som forskere må vi være vårt ansvar bevisst og alltid velge det som gir nødvendig beskyttelse for våre informanter. *“Forskeren har i slike tilfeller et spesielt stort ansvar for å ivareta deltakernes integritet”* (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

Informantene har ifølge Johannessen et al. (2020, s. 45-46) en lovmessig rett til å bestemme over egen deltakelse i studien de deltar i og kan på ethvert tidspunkt trekke sin deltakelse uten begrunnelse og frykt for negative konsekvenser. Alle våre informanter mottok et informasjonsskriv før intervjuene fant sted for å ivareta personvernforordningen fra EU (GDPR). Skrivet inneholdt opplysninger om bakgrunn og hensikt med forskningen, intervjuform og hva som skjedde med innsamlet data, hva som ble anonymisert og hvordan den ble sikret. I tillegg har vi opplyst om vår plikt til å hente inn samtykke fra deltakerne.

Siden noe av informasjonen vi skulle samle inn kunne gå inn under særlige kategorier av personopplysninger (Johannessen et al., 2020, s. 49) har det utløst en plikt for oss å melde prosjektet inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informasjon vi har samlet er lagret elektronisk gjennom forskernes personlige kontoer i Google Drive, beskyttet med tofaktorautentisering (2FA). Informasjon som ikke følger med den endelige masteroppgaven blir slettet senest en måned etter sensur har falt. Slik har vi beskyttet innsamlet data for å sikre at ingen personopplysninger kommer på avveie.

Videre hevder Johannessen et al.(2020, s. 50) at all informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner er taushetsbelagt og anonymisering kreves for prosjekter som inneholder personopplysninger. Våre informanter er anonymisert i besvarelsen og skal ikke direkte kunne identifiseres. Vår problemstilling og forskerspørsmål har ikke hatt behov for å undersøke forskjeller mellom kjønn, derfor har vi benyttet det nye personlige pronomenet “hen” i steden for “han” eller “henne”. Kommunen vi henter innsikt fra må betraktes som å være i et relativt oversiktlig samfunn og det kan tenkes at enkelte informanter kan identifiseres indirekte ved deduksjon av personer som er tilknyttet lokalsamfunnet. Dette aspektet har vi hensyntatt ved også å anonymisere kommunenavnet.

Vi har i tillegg til informantene benyttet oss av sekundærkilder som kommunens egen strategi- og handlingsplan samt offentlig informasjon da spesielt norges offentlige utredninger (NOU). Dette er offentlig informasjon og kan således benyttes i forskningsøyemed, men vår holdning har vært å utvise aktsomhet (Johannessen et al., 2020, s. 47).

4.0 Empiri

4.1 Introduksjon

På bakgrunn av samfunnsendringene knyttet til en økende aldrende befolkning og mer sammensatt sykdomsproblematikk ønsker vi å forstå hvilke tiltak kommunen gjør for å møte utfordringene med færre hender per bruker. Vi har betraktet begrepet tverrfaglighet som særskilt viktig i analysen av datamaterialet. Dette fordi føringene fra myndighetene tilsier en overgang fra oppgaveløsning gjennom fragmenterte silo-organiserte tjenester til å løse oppgavene gjennom tverrfaglige team. Vi har valgt å ta utgangspunkt i to ulike tjenester som gir bistand til mennesker i deres eget hjem, henholdsvis somatisk hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjeneste. I tillegg har vi inkludert dagaktivitetstilbudet som tilbys til deltakere fra begge disse tjenestene.

Empirien presenterer funn knyttet til tverrfaglighet i og rundt oppgaver som gjøres i dag eller som planlegges gjort i kommunens tjenester. Vi har også funnet det viktig å se på hva kommunens strategi- og handlingsplaner inneholder for det neste tiåret. Både avvik og samsvar mellom det strategiske og det operasjonelle er interessant. Funnene vil så danne grunnlaget for å svare på følgende problemstilling:

Hvordan løser hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig tilnærming?

Vi har strukturert empirien ut fra tre tema som belyser problemstillingen:

1. Organisatoriske grep i endringsprosessen
2. Tverrfaglig samhandling og samarbeid
3. Ansattes medvirkning og autonomi

Vi har valgt å ta med noen få sitater fra våre informanter for å illustrere tydeligheten i tilbakemeldingene på enkelte områder.

4.2 Case beskrivelse

Kommunen vi har valgt å undersøke i vår Casestudie er en mellomstor nordnorsk kommune med rundt 5000 innbyggere. Halvparten av innbyggerne bor spredt mens resten bor i eller like ved sentrum. Det hevdes at kommunen er kjent for å gi gode tjenester til innbyggere i alle livsfaser, og omtales på folkemunne for omsorgskommunen. Lokasjonene til helse- og omsorgstjenestene er delt, hvor den somatiske hjemmetjenesten er organisert i sentrum, mens rus og psykisk helsetjeneste og dagsenteret er organisert i ei bygd et stykke unna. Selv om enkelte tjenester er samlokalisert, består fortsatt området helse, omsorg og sosiale tjenester av flere små separate avdelinger, enheter og institusjoner. Kommunen har også økonomiske utfordringer, og er oppført i ROBEK-registeret. I den nylig vedtatte strategiplanen for helse, omsorg og sosiale tjenester (heretter referert til som “strategiplanen”), beskriver kommunen tverrfaglighet som et viktig virkemiddel for mange av kommunens tjenester. De ønsker å satse på tverrfaglig innsats i hjemmebaserte tjenester, generelt i folkehelsearbeidet, for habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, for psykisk utviklingshemmede brukere og i arbeid med barn og unge. I strategiplanen beskrives tverrfaglig organisering som en klar føring fra staten for å oppnå mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Kommunen har planlagt å etablere en koordinerende enhet i løpet av 2022. Det fremkommer av nytt organisasjonskart

og gjennom samtaler med ledelsen i helse og omsorg, at kommunen nylig har kjørt en omorganiseringsprosess hvor virksomhetslederleddet ble kuttet med mål om å etablere en mindre hierarkisk organisasjon. De har nå kun to ledernivå i helse og omsorgssektoren og endringene trådte i kraft i 2020.

4.3 Organisatoriske grep i endringsprosessen

4.3.0 Ny organisasjonsstruktur

I et par av intervjuene kommer det fram at det i nær fortid er gjennomført en omorganiseringsprosess hvor virksomhetsleder-leddet ble kuttet for å få et mindre hierarkisk system med færre ledere. Samtidig ble de to tjenesteområdene helse og omsorg slått sammen og lagt under en leder. Områdene drifter likevel hver for seg og har to separate ledermøter for mellomlederne etter gammel organisering. Kjernetanken i denne omorganiseringen er ifølge en av informantene at kommunen skal gi større myndighet nærmere sluttbrukeren. Hen er imidlertid usikker på i hvor stor grad de har lykket med å spre ledelse ut i organisasjonen og mener at dette fortsatt er viktig å jobbe med framover. Viktigheten av at flere er med å drar lasset sammen poengteres, og for å få dette til mener informanten at det må på plass en forståelse hos de ansatte i forhold til hva slags handlingsrom de faktisk har og hvilke muligheter dette gir for den enkelte. Informanten avslutter temaet med å si at jo mer kraft organisasjonen har nærmest sluttbrukeren, jo mer målrettet og effektiv blir kommunen.

En negativ effekt av omorganiseringen beskrives av en annen informant. Hen forteller at prosessen har ført til økt lederspenn og at en leder kan ha ansvaret for opp til 70 ansatte i ulike stillingsstørrelser. Å spre ledelse lenger ut i organisasjonen oppleves som en utfordring. Til tross for at daglige oppgaver og fagansvar delegeres ned har profesjonsaktører lite formell myndighet. Dette betyr at informantens tid i hovedsak går med til personaloppfølging, økonomi og administrasjon. Informanten nevner gjennomføring av medarbeidersamtaler som en spesielt utfordrende oppgave. Hen er også usikker på effekten for både ansatt og arbeidsgiver sett opp mot tiden som går med. Profesjonsaktørene oppfordres ifølge en annen informant i stor grad til å ta egne avgjørelser, men at dette ikke er så lett for alle. Det er varierende hvor trygge de ulike ansatte er på seg selv. Hen mener at spesielt nyutdannede og

andre som har vært borte fra jobben en periode ofte blir usikre både i forhold til rutiner og i situasjoner hvor de blir stående alene.

Kort oppsummert er det foretatt strukturelle endringer i organisasjonen for å redusere hierarkiet og spre myndighet ut i organisasjonen og nærmere sluttbrukeren. Informantene forteller om erfaringer etter ny organisering og trekker frem negative effekter som økt lederspenn og usikkerhet rundt rutiner. Intensjonen med endringene erfares enda ikke av ansatte.

4.3.1 Endring av tankesett - hverdagsrehabilitering

Kommunen har ifølge to av informantene en lang tradisjon for å gi omsorgstjenester. Dette betraktes i utgangspunktet som positivt, men kan også være en utfordring i forhold til nye måter å tenke på. En informant forteller at kommunen gjennom strategiplanen har som mål å imøtekomme behovene til en økende eldre befolkning ved å spille på det friske og på det som folk kan mestre selv, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig. I 2022 skal fokuset være på innføring av hverdagsrehabilitering. Intensjonen bak dette er at tjenestene må bli gode å jobbe med hendene på ryggen, i stedet for å tilby kun pleie og omsorg som potensielt kan gjøre folk sykere og mer hjelpetrengende. Dette krever ifølge informanten å skape forståelse både hos ansatte og blant innbyggerne i kommunen. Tilbakemeldingene fra forbund, lag og foreninger er så langt at de opplever det som urettferdig at tjenestetilbudet blir redusert og at de ønsker seg opprettholdelse av langtidsplasser. Det nye tankesettet med fokus på forebygging og at brukerne skal støttes til å bli selvhjulpne er ifølge en annen informant ikke helt innarbeidet i tjenesten enda. Hen sier at de er veldig snille i kommunen, og at det derfor kan være vanskelig å ansvarliggjøre brukerne i forhold til mer egenmestring. Dette krever en endring i måten å jobbe på hvor alle i tjenestene må samarbeide og de må snakke samme språk. Informanten vurderer at denne endringen kan være en utfordring fordi de ansatte i tjenesten ofte knytter sin identitet opp mot utdanningen. Hen viser til en omstillingsprosess hvor motstand kom spesielt til syne når hjemmetjenesten ønsket å endre arbeidsfordelingen mellom profesjonsaktører og fagarbeidere. De kom frem til løsninger fordi begge gruppene til syvende og sist hadde et felles mål om å hjelpe brukerne. Verdier og gode holdninger blir også løftet opp som et viktig moment i forhold til å gi god omsorg og helsehjelp. Informanten

tenker at det kan være en stor overgang for enkelte profesjonsaktører å gå ned på standarden og kanskje kun gi det som er godt nok fordi de bryr seg om brukerne og har lyst å gi dem best mulig hjelp. Ifølge en annen informant sitter ønsket om å være en omsorgskommune helt inn i ryggmargen til tjenestene. Hen mener at det derfor blir viktig at man i prosessen sikrer god dialog med ansatte og legger til rette for refleksjon om hva som er god omsorg. I dette både hyppighet og lengde på bistanden og i hva mennesker kan og bør ta ansvar for selv og definere hva som er viktig i eget liv.

Gjennom flere av intervjuene fremkommer det at kommunen er i ferd med å etablere et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam som blant annet skal bestå av representant fra hjemmetjenesten, fysioterapeut og ergoterapeut. En av informantene forteller at dette teamet også skal jobbe tett opp mot korttidsavdeling og lege. Teamets sammensetning er imidlertid ikke endelig spikret. Tanken er at dette teamet skal være en pådriver for å starte en vridning av måten å jobbe på hvor kommunen ønsker å gå fra tradisjonell omsorg til et mer forebyggende perspektiv der en i større grad skal sette inn tiltak for at brukerne skal klare seg best mulig selv. Ifølge en av informantene har kommunen valgt å gå inn i et samarbeid med en av nabokommunene om arrangere en kick-off dag i desember 2021. På denne fagdagen skal deltakerne ved hjelp av en lokal kompetansebedrift jobbe sammen for å finne ut hvordan de vil forme dette teamet.

Vi forstår ut fra empirien ovenfor at kommunen har lang tradisjon for å levere omsorgstjenester og kulturen oppgis som en mulig utfordring for å innføre hverdagsrehabilitering, der tjenestene skal omstille seg til å jobbe mer med hendene på ryggen. Nytt tankesett er ikke innarbeidet i tjenesten enda og ansattes profesjonsidentitet oppgis til å kunne gjøre endringsprosessen vanskeligere. Det fremkommer at de har gjort erfaringer med en vanskelig endringsprosess, men forteller at en mulig løsning er dialog om verdier, holdninger og felles mål - brukerne.

4.3.2 Kommunikasjon rundt det overordnede budskapet

Nytt tankesett med fokus på nye og mer forebyggende arbeidsmetoder er ifølge en av informantene forankret i kommuneplanens samfunnsdel, hvor informanten fra ledelsen beskriver dette som *“Når du skal spise en elefant, så må du ta en bit av gangen”*. Det viser at

politikk og administrasjon har fokus på at det er behov for en dreining i måten å levere tjenester på for å kunne ivareta flere brukere innenfor strammere økonomiske rammer. Prognosene for framtiden er godt beskrevet i strategiplanen og ifølge informanten har de laget en konkret handlingsdel med 84 delmål som over en tiårsperiode skal tilpasse driften for å håndtere fremtidige utfordringer. Informanten forteller videre at kommunen nå står i et veiskille hvor kommunens økonomi er dårlig, det er flere eldre og syke, samtidig som det blir færre hender til å ivareta denne gruppens tjenestebehov. Hen opplever at de hele tiden er for sent ute, og at de framover er tvunget til å tenke nytt. Hen er usikker på hvor bevisst de ansatte i organisasjonen er i forhold til utfordringsbildet og tenker at de ansatte først og fremst kjenner utfordringene indirekte. Da gjennom at det blir vanskeligere å få leid inn nok folk til å fylle alle vakter og at profesjonsaktør-stillinger blir stående vakante. Hen tenker at bevisstheten rundt situasjonen enda er liten, men at endringene påvirker arbeidsmiljø gjennom turnover i arbeidsgruppa. Det fremkommer også at informanten mener at det ikke er spesielt viktig at de ansatte er bevisste på utviklingstrenden. Hen tenker at det er viktigere at de utvikler en lærende organisasjon hvor det oppfordres til å løfte nye ideer og innspill. Hen forteller at det i endringsprosessen er hensiktsmessig å ta ting i små steg, og prøve å jobbe tett opp mot måten man jobber på i dag for å unngå en altfor stor overgang. Samtidig erkjennes det at det er viktig å distribuere makt og myndighet i organisasjonen. Det er viktig å legge til rette for medvirkning og at de ansattes stemmer blir hørt. Hen ønsker å unngå en top-down endringsledelse og sier *“For jeg tenker at man må ha eierskapet nærmest pasienten ellers så får man ikke ting til. Det er ikke noe vits i å trykke ting ovenfra og ned”*

I intervjuene fremkommer det imidlertid at en del av profesjonsaktører synes det er greit at ledelsen bestemmer hvordan ting skal være. En av informantene mener at det ville blitt kaos hvis alle skulle være med å bestemme alt, og at det er helt greit at de fleste beslutninger tas av dem som har oversikt over det totale bildet. Hen kunne tenkt seg å mene noe om organiseringen rundt eget fagområde, men har enda ikke blitt invitert til dette. En annen informant sier at det er begrenset hvor mye en klarer å sette seg inn i, i en travel hverdag. Løsninger kommer derfor ofte ovenfra og ned, via føringer fra staten eller at man ser at nabokommunene har gjort noe bra. Ofte er det lover og forskrifter som presser fram endringer, og at endringene ofte presses frem ovenfra og ned. Dette er ifølge informanten ikke negativt fordi man trenger å tenke mer nyskapende. I hverdagen er man ifølge informanten

kanskje ikke flink nok, eller at man prioriterer tiden feil. Hen tenker at det er vanskelig for tjenestene selv å starte opp med hverdagsrehabilitering, og at bestillingen derfor må komme ovenfra.

Flere av informantene forteller gjennom intervjuene at de har hørt om at det er utarbeidet en ny overordnet strategi for helse og omsorgssektoren. En av informantene på mellomledernivå forteller at hen ikke har brukt veldig mye tid på denne strategien, men at hovedtrekkene i forhold til hva kommunen skal ha fokus på med tanke på den demografiske utviklingen er presentert. Hen forteller at det er bekymringsverdig at kommunen strever økonomisk samtidig som de demografiske utfordringene blir større. Det må jo, ifølge informanten skje noe snart, og da er hen redd for at de delene av det tilbudet hen har ansvar for, som ikke er lovpålagt, vil forsvinne. Det fortelles også at det gjøres mye i politikk og administrasjon og at det hele tiden kommer forslag til tiltak. Likevel opplever informanten at diskusjonene ofte ender med en konklusjon om at kommunen drifter for høyt, at det ikke er mulig å ansatte flere. Hen stusser litt på at tiltakene som iverksettes ikke virker å være effektive nok. Ledergruppen er ifølge informanten utfordret på å komme med innspill under utarbeidelsen av planverket. Hen forteller at det i forkant av møter sendes dokumenter ut for å gi mulighet for forberedelse og at det da er opp til hver enkelt å benytte seg av muligheten til å lese dokumenter og komme med innspill og påvirke. Hen forteller at det ikke er noe kontinuerlig fokus på oppfølging av planer men at det mest er tema når det jobbes ut nye dokument.

Ut fra intervjuene er det få av informantene som gir uttrykk for at de har direkte kjennskap til innholdet i kommunens planstrategi. To av informantene gir uttrykk for at de ikke kjenner til noen kommunal strategi med mål om mer forebyggende tjenester, mens en annen sier hen vet at det finnes planer, men at det i liten grad påvirker arbeidshverdagen. Når informantene får spørsmål om hva som skal til for å imøtegå fremtidens behov, svarer nesten alle at de ønsker seg mer personalressurser i helse og omsorg. En av informantene sier at hen ønsker seg flere ansatte fordi enkelte pasienter synes de må vente for lenge av og til, flere korttidsplasser og flere folk på jobb i helgene. Gjennom intervjuene tilkjenner ingen av informantene at handlingsplaner blir brukt som et aktivt virkemiddel i hverdagen:

“Helse- og omsorgsplan som styrer relativt mye fremtidige planer for oss som tjeneste men det er jo ikke noe man legger merke til vanlig i arbeidet her. Det er kanskje heller noe man legger merke til med de midlene man blir tildelt og så er det mer opp til lederne hva som gjøres med de”

Informasjonskanalen mandagskvarteret er tematisert i flere intervju. En av informantene forteller at ledelsen har en fast rutine hver mandag hvor de gir informasjon til alle tjenestene i helse og omsorg i et digitalt møte kalt ”Mandagskvarteret”. Ifølge en annen informant blir det i dette forat gitt informasjon om hvilke mål som har fokus på overordnet nivå. Her beskrives også hva som har skjedd den siste uken av små og store aktiviteter. Møtet foregår på Microsoft Teams og blir tatt opp slik at de som ikke har anledning å få det med seg mens det pågår, kan se informasjonsmøtet på et senere tidspunkt. Tiltaket får mye skryt av flere informanter. De setter pris på å bli oppdatert og at informasjonen kommer i små drypp. Det fortelles også at tjenestene nå har hver sin tur til å presentere seg for resten av organisasjonen i forhold til det de holder på med i hverdagen.

Ut fra empirien finner vi at det er fokus på problemområdet både fra politisk hold og hos administrasjonen. Dårligere kommuneøkonomi og flere eldre og syke gir en opplevelse av å hele tiden være for sent ute og endringene som må gjøres vil tvinge frem nytenkning. Det råder usikkerhet om profesjonsaktørene har et like bevisst forhold til fremtidsprognosene og det er få informanter som gir uttrykk for å ha direkte kjennskap til innholdet av strategi- og handlingsplanene. De aller fleste ønsker flere ansatte som virkemiddel for å imøtekomme fremtidens behov fra brukerne. Ledelsen mener det ikke er spesielt viktig at ansatte er bevisste på utviklingstrendene. Viktigere oppgis distribusjon av makt og myndighet ut i organisasjonen til å være, for at ansatte kan være på å utvikle en lærende organisasjon, der nye tanker og ideer kan komme til overflaten. Endringsprosessene ønskes initiert bottom-up og uten store omveltninger ad gangen. En del profesjonsaktører gir uttrykk for at det er greit at ledelsen bestemmer, som indikerer at gammel organisasjonsform fremdeles er fremtredende.

4.3.3 Samlokalisering som tiltak for bedre samhandling og effektivitet

En av informantene forteller at hjemmetjenesten inntil 2019 var spredd på flere kontor og at disse da ble samlokalisert i omsorgsboligene. Hen beskriver videre at sammenslåingen gjør det lettere å drive med fagutvikling fordi flere ansatte oppholder seg under samme tak, flere blir bedre kjent med hverandre og det er enklere for leder å treffe alle som jobber i tjenesten. Informanten forteller at endringen også har gjort det lettere å organisere de ansatte bedre slik at man oppnår en mer effektiv drift. Hen har også tro på at ny organisering skal gjøre overgangen til mer tverrfaglig samarbeid mykere. En annen informant forteller at kommunens dagsenter tilbud stadig gjør plass til nye brukergrupper med behov for arbeidstrening og at både demente, psykisk utviklingshemmede, arbeidssøkere på tiltak og brukere fra rus og psykiatri, er samlokalisert. På dagsenteret jobber det et tverrfaglig personell som blant annet består av aktivitører, ufaglærte, sykepleiere, vernepleier og helsefagarbeider. Tradisjonelt jobber ansatte på dagsenteret kun med egen brukergruppe, og det er lite samhandling på tvers. Dette har gjort driften sårbar ved sykdom. Informanten forteller at aktivitetene i de ulike gruppene i hovedsak er etablert på bakgrunn av kompetansen til den enkelte ansatte, noe som betyr at hvis en aktivitør er syk, kan dette føre til at produksjonen stopper opp og deltakerne ikke får gjennomført dagens oppgaver.

Informanten forteller at det nå har skjedd litt endring og at ansatte på eget initiativ tar kontakt med andre arbeidsledere for å finne på felles aktiviteter på tvers av grupper. Hen mener disse endringene skjer fordi det har vært utskiftning i en del av stillingene.

I to av intervjuene fremkommer det at det i nær fremtid planlegges bygging av nye samlokaliserte boliger for psykisk utviklingshemmede. Dette blir av den ene informanten brukt som eksempel på kommunens satsing på samlokalisering, og ses på som en mulighet til mer effektivt sambruk av personell. Den andre informanten legger også vekt på at dette vil gi bedre driftsøkonomisk effekt da dagens boliger er gamle, genererer høye strømkostnader og har behov for omfattende vedlikehold. En annen informant forteller at det er forsket på at samlokalisering er et positivt virkemiddel for bedre samhandling og mer effektiv drift. Hen forteller videre at ledelsen i helse og omsorg har et mål om at kommunen skal bygge et helsehus hvor man kan samle mange tjenester under samme tak. På bakgrunn av kommunens økonomi er det derimot usikkert om dette prosjektet lar seg gjennomføre i nærmeste fremtid. Videre beskriver en tredje Vi finnerinformant et ønske om å kunne vært stasjonert sammen

med andre profesjoner som kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut og ernæringsfysiolog. Informanten forteller videre om tidligere arbeidserfaringer i en storby der de hadde et tverrfaglig team som kartla pasientene, og som ga mer fokusert behandling over en kortere periode, for eksempel i forhold til kols eller tvangsmedisinering. De jobbet mer med hendene på ryggen og brukte de rette hjelpemidlene slik at en del pasienter fikk den støtten de trengte og forsvant fra systemet. Informanten opplever at overgangene og behovene er mer flytende i nåværende arbeidssituasjon.

I denne delen av empirien finner vi at samlokalisering blir sett på som et viktig virkemiddel for å oppnå økt tverrfaglig samarbeid. Det gjør det lettere å drive fagutvikling, åpner opp for flere relasjoner mellom ansatte og det øker ledernes mulighet til å treffe ansatte oftere. I tillegg antar flere informanter at samlokalisering kan muliggjøre mer effektivt sambruk av personell. Det foreligger planer om ytterligere samlokalisering gjennom flere nybygg. Her oppgis bedre driftsøkonomi som en positiv tilleggseffekt.

4.3.4 Velferdsteknologi som støtte for endringsprosessen

Den politiske viljen til å satse på velferdsteknologi beskrives av en av informantene som stor. Hen forteller at det for noen år tilbake ble satt av fem millioner kroner for innføring av ulike løsninger og at disse i stor grad er gjennomført. Blant annet ble digitale medisineringsroboter tatt i bruk i hjemmetjenesten. En annen informant forteller at de har hatt suksess med å digitalisere pasientlister. De løste usikkerhet og motstand med tett kollegaveiledning og utnevning av superbrukere som ansatte kunne ta kontakt med hvis de trengte støtte. Underveis oppdaget de at digitaliseringen førte til at flere var mer delaktige i planleggingen ved at flere ansatte kan sette seg ned å se på oppgavefordelingen og at brukerne mottar nødvendige tjenester. Tidligere ble denne oppgaven løst av en leder via papirlister. Hen tenker at denne prosessen førte til en bonus i form av mer ansvarliggjorte medarbeidere.

En annen informant forteller at kommunen var for dårlig til gevinstrealisering da velferdsteknologi først ble innført i kommunen. Dette forklarer hen med at de i starten manglet kunnskap om hva som var klokt å fokusere på. De hadde ikke gode strukturer på plass. De lærte så underveis i prosessen og fikk gjort en restart med nye grep i forhold til opprettelse av styringsgruppe og en strukturell ansvarsfordeling på tvers av tjenester. Et viktig

poeng for informanten er at de fant fram til nøkkelpersoner med det riktige engasjementet som skal til for å gjennomføre en endring. Å satse på yngre folk fremheves som nøkkelen til suksess da informanten mener de har bedre teknologiske forutsetninger enn de eldre ansatte.

Motviljen blant ansatte i forhold til å ta i bruk velferdsteknologi oppleves ifølge en av informantene større i denne kommunen enn i den storby kommunen hen tidligere jobbet i. Hen ser likevel en endring etter at det har vært en del utskifting i miljøet og flere yngre profesjonsaktører er blitt tilsatt. En informant fra rus og psykisk helsetjeneste ser verdien av velferdsteknologiske løsninger og at disse også kan hjelpe dem i arbeidet mot egen målgruppe. Hen forteller imidlertid at deres tjeneste ikke har startet opp med noen slike systemer fordi hjemmetjenesten har fått prioritet. Tjenesten selv ser ikke hvilke hindringer som ligger til grunn for at de ikke ble inkludert i prosessen: *“Det er ikke noe sånn...til hinder at ikke vi også kunne startet”*

Ovenfor finner vi at viljen for å satse på velferdsteknologi er til stede, både fra politisk hold og blant ledere og profesjonsaktører. Det vises til suksesshistorier ved innføring av flere ulike systemer og det ser ut til at organisasjonen har vært flinke til å lære fra prosessene og gjøre strukturelle endringer for å lykkes bedre i fremtiden. Rekruttering av yngre ansatte til nøkkelroller oppgis som en suksessfaktor. Det er en klar prioritering for innføring av velferdsteknologi til somatisk hjemmetjeneste fremfor i rus og psykisk helsetjeneste.

4.4 Tverrfaglig samhandling og samarbeid

Flere informanter forteller at de stort sett kjenner noen som jobber i andre tjenester, og at de vet, eller lett kan finne ut av hvem de eventuelt skal kontakte hvis de behøver bistand. Dette kommer ifølge en av informantene av at kommunen er relativt liten og at de fleste ansatte også bor i kommunen. Likevel får vi gjennom intervjuene et inntrykk av at det råder det noe usikkerhet omkring hva som konkret ligger til andre tjenesters oppgaver og ansvar. Et eksempel på dette fra en av informantene er at hen ikke er helt sikker på hvilke oppgaver andre tjenester har ansvaret for eller hva de kan bidra med:

“..man har jo selvfølgelig ikke vært der selv og man har jo kanskje ikke... nødvendigvis spurt så veldig mye heller, om hva man kan bruke de ulike tjenestene til. Og så er det noe med og at man ønsker jo ikke påføre en merbelastning på noen som sannsynligvis...som man tenker at har allerede en høy arbeidsbelastning”

Gjennom alle intervjuene får vi inntrykk av at informantene har en positiv holdning til dialog med andre ansatte i organisasjonen. Informantene forteller at det er vanlig å ta initiativ til samhandling på tvers av profesjon og avdeling i enkeltsaker. En av informantene forteller at hen har et bredt personlig kontaktnett etter å ha jobbet i kommunen i flere år og at hen tar kontakt med fagpersoner hen kjenner i andre tjenester når det er behov. Årsaken til kontakt mellom profesjonsaktører er ofte enkelthendelser knyttet til brukeropfølgingen og samarbeidet er derav av kortvarig karakter. For eksempel forteller en informant fra hjemmetjenesten at de noen ganger kontakter fysioterapeut når de er hjemme hos en bruker som har fallfare og ser ut til å trenge opptrening. Et par av informantene forteller også at det er lettere for dem å ta kontakt med sykehuset fordi de tidligere har vært ansatt der, og har tidligere arbeidskollegaer som fortsatt jobber der. Ved behov for veiledning eller litt rådgøring er det derfor ifølge en av informantene lett å ta en telefon. Flere av informantene beskriver at når de tar direkte kontakt med kollegaer i andre avdelinger eller tjenester i forhold til bistand til brukerne, blir de møtt med velvilje og god dialog. Når man tar kontakt på tvers, beskrives omgangstonen som god. En av informantene mener dette bunngrunnen i at man har et felles ønske om å hjelpe en kollega og et felles mål om å bistå brukerne. Brukernes behov er årsaken til at de tar initiativ til og lykkes med å jobbe tverrfaglig i enkeltsaker. Det fremkommer fra flere intervjuer at informantene opplever at brukerne får gode tjenester og at de er godt ivaretatt. Vi har inntrykk av at informantene drives av et sterkt ønske om å ivareta brukerne på en god måte. På spørsmål om brukerne i kommunen føler seg godt ivaretatt, svarer en av informantene at hen kun kan svare for egne brukere og egen tro på hva de føler, men at hen over år har fått tilbakemeldinger om at de føler seg veldig godt ivaretatt.

Flere informanter tematiserer at de kunne ha tenkt seg et mer planmessig samarbeid med for eksempel fastlege og korttidsavdeling. På spørsmål om brukernes tjenester kan oppleves fragmenterte, beskriver en av informantene at en person som bor hjemme har tilbud om ulike

tjenester, som ikke nødvendigvis snakker så mye sammen. Hen eksemplifiserer ved å beskrive en brukers tjenestetilbud. En hjemmeboende bruker har en fastlege og brukerens fastlege kommuniserer primært med hjemmetjenesten via elektroniske meldinger eller en sjelden telefonsamtale. Brukeren har gjerne også en ergoterapitjeneste, her er det heller ikke etablert noe fast samarbeid, det er telefonkontakt, men ingen tverrfaglige møter. Brukeren får også fysioterapi enten hjemme eller på kommunalt lokale og det oppleves litt varierende hvem som får tilbud om hva. Hjemmetjenesten deltar ikke i noen form for oppfølging eller treningsopplegg, slik ideen er med hverdagsrehabilitering. Videre beskriver informanten at dagsenter tar ofte kontakt med hjemmetjenesten for å planlegge litt per telefon. Spesielt hvis bruker har kognitiv svikt, men de har heller ingen planlagte møtepunkt med hjemmetjenesten.

Mangel på rutiner for samarbeid understrekes også av en annen informant som sier at de alltid prøver å få til et samarbeid, men at de ikke har så gode rutiner og at det ikke er hugget i stein hvordan dette samarbeidet skal utfolde seg.

Gjennom intervjuene får vi varierende svar på hvordan tjenestene ivaretar brukere med sammensatte behov. En leder i hjemmetjenesten husker først ikke at de har slike brukere, men ut i samtalen kommer hen allikevel på at tjenesten har vært inne hos brukere med psykiske utfordringer og psykisk utviklingshemming: *“Det har vi jo faktisk når jeg tenker meg om”*. Men de er da kun inne for å administrere medisin eller andre sykepleieoppgaver: *“Så vi har faktisk ikke noe samhandling på det, noe godt enda”*. En annen informant fra samme tjeneste er litt usikker på hva sammensatt betyr. Hen forteller at tjenesten i hovedsak ivaretar alle behov innenfor eget område og at de deretter vurderer behov for korttidsopphold eller andre instanser, avhengig av alvorlighetsgrad. Inntrykket av usikkerhet rundt begrepet balanseres litt i et annet intervju. Her forteller informanten at hen har ansvar for en målgruppe hvor pasientene kan ha sammensatt problematikk og derav også ha behov for tverrfaglig oppfølging. I disse sakene inntar hen en rolle som koordinator ved å koble på de som er god på ulike tjenester som fysioterapeut eller psykiatrisk innsatsteam slik at pasienten skal få best mulig oppfølging. I rus og psykisk helsetjeneste ser de ifølge en informant en trend i forhold til at stadig yngre mennesker som ikke klarer å ivareta seg selv søkes inn i tjenesten. Dette fører til økt behov for samarbeid med instanser som for eksempel politi. Hen beskriver her at

de mangler et helhetlig tilbud: *”De er bare i hjemmet disse her, de har ikke fått noe tilbud kan du si.”*

Det fremkommer i flere intervju at det er lite tverrfaglig samhandling mellom den somatiske hjemmetjenesten og andre hjemmebaserte tjenester. En av informantene fra hjemmetjenesten forteller at de er inne og gjør sårstell og slike ting hos et par brukere som har brukerstyrt personlig assistent, men at det er andre som ivaretar dem resten av dagen. Informanten forteller også at de ikke har brukere med rus eller alvorlige psykiske lidelser fordi disse brukerne blir fulgt opp av rus og psykisk helsetjeneste. En annen informant forteller at enkelte av brukerne i hjemmetjenesten har psykiske utfordringer og at de får tilbud om støttesamtaler fra psykiatrisk innsatsteam: *”De er inne og gjør sine ting”*. Det er ikke noe avtalt samarbeid mellom tjenestene, men det kan hende det veksles noen ord i enkeltsaker. I flere av intervjuene virker informanter fra begge tjenestene overrasket over spørsmål i forhold til samarbeid mellom dem. En av informantene fra rus og psykisk helsetjeneste forteller at de samarbeider mest med fastlege om somatiske helseutfordringer og at tjenesten selv ellers ivaretar brukerens behov. Inntrykket til en annen informant er at det er litt varierende mellom brukergrupper hvor godt de blir ivaretatt. Hen ser at de som bor i kommunale boliger eller institusjoner, ser ut til å ha mer helhetlige og trygge tjenester enn en del av hjemmeboende med psykiske utfordringer eller demens. Hen opplever at dette bunner i redusert bemanning, lite tid og manglende koordineringsinstanser. Videre oppgis det at de har en mer omfattende samhandling med NAV og barneverntjenesten. Det virket som informanter fra begge tjenester synes det var vanskelig å svare på om man tenker det er behov for ytterligere tverrfaglig samarbeid rundt brukere med sammensatte behov. Ifølge informantene brukes ikke individuelle planer i hjemmetjenesten eller i rus og psykisk helsetjeneste i noen særlig utstrekning, men flere nevner at det er et sterkt fokus fra ledelsen på at man ønsker å få dette på plass. En av informantene nevner at da hen tidligere jobbet på sykehus begynte de jobben med individuelle planer, men at de ikke har gjort det så mye i kommunen, mens en annen gir uttrykk for at hen ikke helt forstår hensikten med individuell plan: *”Det er et evig mas om disse individuelle planene men vi har ikke”*.

Ut fra svarene vi får i intervjuene ser det ut som tjenestene på profesjonsnivå er flinke til å samarbeide med andre i enkeltsaker og har en positiv holdning når noen tar kontakt. Hoveddelen av samarbeidet som skjer ser ut til å komme i stand på bakgrunn av enkeltpersoners initiativ og deres personlige nettverk. På flere nivåer og i alle tjenester våre informanter jobber i, fremkommer det en beskrivelse av mangel på faste rutiner rundt tverrfaglig samarbeid. Funnene fra intervjuene viser også at informanter fra både rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten synes det er vanskelig å svare på om man tenker det er behov for ytterligere tverrfaglig samarbeid rundt brukere med sammensatte behov. Selve begrepet tillegges også ulik betydning ut fra ståsted. De ulike tjenestene har høy fokus på sin primæroppgave. Det ser ut som ulike brukergrupper er delt mellom tjenestene og at brukerne i hovedsak får dekket alle sine behov innenfor ett og samme tjenesteområde.

4.4.0 Tverrfaglig arbeidsmiljø og møtepunkt

Gjennom intervjuene får vi en forståelse av at planmessige tverrfaglige møter oftest skjer på mellomledernivå og at fokuset i disse møtene i hovedsak er ansvars- og oppgavefordeling. Ifølge en av informantene møtes tjenestelederne for å diskutere pasienter med utfordringer og for å legge planer rundt dem. Hen opplever at dette er en form for tverrfaglig samarbeid hvor man snakker sammen og prøver å hjelpe hverandre. Disse møtepunktene tas ikke ned til profesjonsnivå men lederne formidler informasjon ned til egen enhet. Flere av informantene forteller om faste inntaksmøter hvor ledere for ulike tjenester sammen med Tildelingskontoret finner ut hvilken tjeneste som best kan ivareta de aktuelle pasientene. Det beskrives av to informanter at dialogen mellom partene er god og at disse møtene i hovedsak handler om hvordan en fordeler oppgaver og ansvar: *“Det er gjerne det det går på. Hvilken tjeneste er det som best klarer å ivareta denne pasienten. Ikke nødvendigvis hvordan man best klarer å samarbeide om den pasienten.”*

Flere informanter fra dagsenter og rus og psykisk helsetjeneste gir uttrykk for at nedbemanning har ført til mindre tid til deltakelse på tverrfaglige møter knyttet til fag og brukeroppfølging, både på leder- og profesjonsnivå. En av informantene forklarer at årsaken til dette er at ansatte har nok med å få den daglige driften til å gå rundt og at det ikke finnes ledig kapasitet til deltakelse i samarbeidsmøter rundt enkeltbrukere. En annen informant

forteller at dagsenteret tidligere hadde samarbeidsmøter med andre tjenester rundt brukere med rus og psykiske utfordringer, men at dette nå er vanskelig å få til på bakgrunn av ressursmangel i begge tjenestene. Informanten vurderer at endringen har fått konsekvenser der man har gått fra faste møtepunkt hvor man planla for hvordan man skulle opprettholde funksjonsevne og hindre tilbakefall eller uønskede hendelser, til å møtes mer ad hoc for å løse opp i situasjoner som allerede har oppstått. Videre forteller informanter fra dagsenter og fra rus og psykisk helsetjeneste at de ofte snakker sammen om at de burde etablere et fast system for samhandling, men at de ikke vet hvordan de skal løse dette med dagens bemanningssituasjon. En annen informant forteller at hen savner et møtepunkt mellom ansatte i hjemmetjenesten som fantes i kommunen hen tidligere jobbet i. Hen ønsker seg mer faste møtepunkt rundt brukeroppfølging, for å diskutere hvordan de sammen kan bidra til å følge opp ulike utfordringer som ernæringsstatus og liknende.

For fire år siden jobbet, ifølge en av våre informanter fra hjemmetjenesten, sykepleiere og helsefagarbeidere mye sammen om felles oppgaver. Det hadde oppstått en situasjon med mangel på sykepleiere og mye sykefravær og man så at dette gikk på bekostning av tilbudet til brukerne. Hen mener at de da ikke fikk den oppfølgingen som de fortjente og egentlig hadde krav på. Informanten forteller at de da valgte å gjøre noen grep for å jobbe mer effektivt og for å sikre den helhetlige og gode pleien. Et av disse grepene var ifølge informanten å gjøre om på arbeidsfordelingen mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne. Prosessen beskrives som noe av det tøffeste hen har opplevd i sin arbeidskarriere. Det oppstod en profesjonskamp mellom sykepleiere og helsefagarbeidere som var noe av det mest krevende hen har vært med på. I prosessen hadde informanten en fot i begge leire og forsøkte å forstå og lytte. De utarbeidet nye prosedyrer og rutiner med ny ansvarsfordeling samtidig som de hadde fokus på å forstå hverandre og vise respekt for hverandres synspunkter. Felles mål om å ville det beste for brukerne hjalp også prosessen framover. Etter hvert roet profesjonskampen seg og det ble mer trygghet i samarbeidet. Informanten beskriver endringen ut fra at det tidligere ofte ble sagt at denne oppgaven var en sykepleieroppgave, mens at det nå er mange oppgaver som flere kan gjøre. Ifølge informanten ble betegnelsen "sykepleierteam" innført i forbindelse med denne oppgaveglidningen. De rullerer på betjene fem ulike pasientruter og flere omsorgsboliger. De hjelper også andre avdelinger med sykepleieprosedyrer ved behov. Dette teamet blir omtalt av flere informanter. En informant

mener at det er vel og bra med et ensfaglig team med sykepleiere, men at det i tjenesten mangler noe i forhold til tverrfaglighet, spesielt med tanke på rehabilitering og et samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. Hen er også usikker på om dette organisatorisk kan kalles et team, men mer er en gruppe som har samme utdanningsbakgrunn. Hen beskriver gruppen som relativt selvgående, men med lite strukturert samhandling. De har et møte ca. hver tredje måned for å diskutere rutiner og prosedyrer. Pasientoppfølgingen løses mer fra dag til dag gjennom diskusjoner med kollegaer eller leder.

En av informantene forteller at de i kommunen har snakket om å lage et eget palliativt team. Oppdraget til dette teamet vil være oppfølging av pasienter i siste fase med sykdommer som for eksempel kreft, kols eller hjertesvikt. Målet vil være å kunne gi brukerne mer samlet oppfølging med bedre kvalitet. Informanten ser for seg at dette teamet skal være et tverrfaglig sammensatt spesialist-team med for eksempel leger som kan noe om palliasjon, kreftsykepleier og fysioterapeut. Et slikt team kan ifølge informanten bidra til at de som har interesse for fagområdet, jobber med det, istedet for at andre som ikke er like interesserte, må gjøre det likevel. Dette teamet kan gi brukerne mer fast oppfølging med møtepunkt etter behovet i perioden. Informanten ser for seg at teamet har en ukentlig dialog i forhold til pasientlister og har tid til å sette seg godt inn i de aktuelle sakene. Hen understreker at dette også vil kunne bedre fastlegenes rolle i oppfølgingen.

Vi finner at tverrfaglige møter finner sted, men at det som oftest skjer på mellomledernivå og at øvrige ansatte her ikke har en aktiv rolle. Møtene dreier seg i hovedsak om oppgave- og ansvarsfordeling, og ikke så mye om samarbeid på tvers av enheter med pasientens behov i sentrum. Vi opplever at flere informanter leter etter måter å avholde tverrfaglige møter til forebyggingsformål, men har problemer med å finne metoder å gjøre det på. Det beskrives også at det har vært en tøff profesjonskamp, som nå er løst gjennom å lytte og vise respekt for begge siders synspunkter. Felles mål om å hjelpe brukerne bidro til å finne løsninger. Det foregår lite teamarbeid i tjenesten men det fremkommer noen gode forslag til områder der teamorganisering kan styrke tjenestetilbudet.

4.4.1 Koordinering gjennom spesialiserte funksjoner.

Koordinering av tjenester til demente, er også en utfordring ifølge en av informantene. Hen forteller at det finnes et hukommelsesteam som skal kartlegge og følge opp demente og deres pårørende i hverdagen og koordinere samarbeidet rundt denne målgruppen. Dette opplever ikke informanten fungerer godt nok i praksis fordi den totale ressursen er for liten og fordi funksjonen er delt på flere ansatte og med små stillingsstørrelser. Ifølge informanten har det over tid vært jobbet for at det i stedet for dagens ordning skal ansettes en person i hel stilling for å ivareta denne koordineringen. Det fremgår også fra intervjuene at flere informanter ønsker å løse koordineringsutfordringer ved å ansette personer med spesialfunksjoner, for å tilføre kunnskap og koordinere tjenestene i forhold til bestemte behov. En av informantene forteller at tjenesten anerkjenner et behov for å bli bedre til å følge opp ernæring hos en del av de hjemmeboende brukerne. Hen foreslår at dette kan løses ved å ansette en ernæringsfysiolog. En annen informant forteller at tjenesten skal ha et fokus på å jobbe mer forebyggende, men at dette noen ganger er vanskelig å få til. Hen ønsker seg en ekstra ergoterapeut som kan dra i gang dette arbeidet. Et tredje eksempel fortelles fra en profesjonsaktør som har en sentral rolle i koordinering og oppfølging av kreftpasienter. Informanten beskriver at hen jobber mye alene. Samarbeidet med tjenestene er godt, likevel føler ikke hen seg som en del dem. Videre forteller informanten om en fraværperiode hvor det ble tydelig for organisasjonen hvor mange brukere hen faktisk fulgte opp. Da informanten var tilbake igjen, var tilbakemeldingen fra brukerne en opplevelse av at det manglet noe i oppfølgingen i forhold til at kjennskap til pasientens situasjon, kompetanse til å se tidlige sykdomstegn og til å gi rette råd. Informanten er likevel sikker på at brukerne hadde fått nødvendig helsehjelp i fraværperioden. Det er ifølge informanten behov for veiledning i organisasjonen ut over det hen klarer å tilby og at det stadig blir flere brukere som trenger tettere oppfølging. Hens løsning for å dekke de manglende ressursbehovene er at man må ansette flere kreftsykepleiere.

Samlet sett gir disse funnene et inntrykk av at organisert samhandling mellom ulike tjenester i hovedsak foregår via felles møtepunkt for mellomledere. Funnene våre peker også på at flere informanter refererer til spesialistfunksjoner som bindeledd for koordinering mellom tjenester. Mangel på samarbeid eller behov for samhandling/koordinering ønskes ofte løst ved ansettelse av flere profesjonsaktører med spesialistkompetanse innen et felt, eksempelvis

ergoterapeut, kreftsykepleier, hukommelsesteam eller ernæringsfysiolog. Det fremgår også at informantene fra dagsenter og rus og psykisk helsetjeneste har en felles opplevelse at nedbemanning har ført til mindre tid til deltakelse i tverrfaglige møter.

4.5 Ansattes medvirkning og autonomi

4.5.0 Arbeidsklime

Jevnt over forteller informantene om et godt arbeidsmiljø. En av informantene beskriver sågar arbeidsmiljøet som det beste hen har jobbet i. Flere informanter henviser til en 10-faktor undersøkelse som kommunen nylig har fått utført gjennom et eksternt firma og resultatene fra denne undersøkelsen blir fremstilt som veldig positive, der kommunen har oppnådd god score på tilfredshet blant ansatte. Informanter på både profesjons- og ledernivå beskriver en positiv endring i arbeidsmiljøet fra fire år tilbake til i dag. Det beskrives at det i hjemmetjenesten rett og slett var litt *“hoola bandoola”* tidligere, med mye sykefravær, og et dårlig arbeidsmiljø. Flere viser til at et generasjonsskifte i deler av tjenestene har bidratt til mer positive holdninger til endring.

To av informantene fra ledelsen forteller også at de har gjort aktive grep i forhold til arbeidsmiljø i denne perioden. Den ene har hatt fokus på sykefravær og utenomfaglig samvær og trivsel mens den andre har satset på å gi de ansatte verktøy til å kunne fokusere på det psykososiale på arbeidsplassen. I hjemmetjenesten brukte de, ifølge en av informantene, NAV arbeidslivssenter for å bygge opp en ny måte å drive sykefraværsoppfølging på, blant annet for å løse utfordringer med misforstått tilrettelegging som gikk ut over andre. I tillegg ble det snakket mye i personalgruppen for å bygge opp en felles forståelse rundt utfordringen. Informanten forteller at de i denne prosessen la vekt på å lytte til de ansatte, da det er de som vet hvor skoen trykker. Å imøtekomme noen av ansattes ønsker og behov, samt å være lyttende og støttende er ifølge informanten viktig for at ansatte skal oppleve medbestemmelse. Det ble også nedsatt en egen trivselsgruppe som har ansvar for organiseringen av vinlotterier, felles lunsj og lønningspils med mål om at ansatte skal få mulighet til å kose seg på jobb, selv om arbeidshverdagen normalt beskrives som travel. En av informantene forteller også at hen opplever arbeidsmiljøet som veldig ,veldig bra. Trivselstiltakene har bidratt til at ansatte kan møtes på fritiden og gå tur eller spise middag sammen. Hen beskriver at det drypper en

holdning ned fra ledelsen, gjennom at de er opptatte av at de ansatte skal ha det bra på jobb, at de følger med det som skjer og er tilstede. Informanten forteller at dette bidrar til at de føler seg sett: *”..så vi belønner oss selv og da er det ikke lov å snakke jobb, da skal det være sosialt og koselig og moro og så venter vi med jobbsnakken til lunsjen er over”*. Gjennom intervjuene beskrives det også at fokus på fagutvikling har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten. Praksisnær læring og kollegaveiledning, har ifølge flere informanter, ført til økt kompetanse, trygghet og selvtillit hos de ansatte i hjemmetjenesten, noe som har bidratt til å bryte ned barrierer for å bidra med kunnskap og for å samarbeide også utover egen enhet/avdeling.

Vi finner ovenfor at kommunen tidligere år har hatt utfordringer med arbeidsmiljøet som de har jobbet aktivt med å forbedre. De har tatt grep for å få ned sykefraværet og det har blitt etablert sosiale treffpunkter, også utenfor arbeidstid og sted. Det gis inntrykk av at ledelsen har hatt fokus på å lytte til behov fra ansatte gjennom prosessen. Gjennom dette har de satt fagutvikling på agendaen. Undersøkelser gjort av en ekstern aktør viser at de ser effekt av arbeidet og skårer nå bra rundt arbeidsmiljø. Samtidig ser vi at det kos og moro gjennom trivselstiltak er bevisst framkåret arbeidssituasjoner når de finner sted på arbeidsplassen, ellers gjennomføres de utenom arbeidstid.

4.5.1 Tilbakemeldinger

Tilbakemeldinger har ifølge en av informantene vært et tema i medarbeidersamtaler i helse- og omsorgstjenesten. Hen forteller at de fleste skulle ønske de var flinkere til å gi ros i det daglige, og at det er viktig å gå litt i seg selv for å innrømme dette. Hen tror det er lettere for ledere å være kritisk og å påpeke det som er feil. Lederne vet egentlig at det er viktig å se ansatte og medarbeidere, men at det likevel kan være fint å bli påminnet dette. Å se medarbeiderne ved å legge merke til noe nytt, som at de har vært hos frisøren, er viktig for en av de andre informantene. Hen forteller at hen i tillegg alltid er påpasselig med å løfte frem medarbeidere som har gjort noe bra, og sier ofte “godt jobba.”

En leder forteller at hen synes det er vanskelig å være streng og striks. Hen er best til å gi tilbakemeldinger i form av skryt, noe som vurderes til å være en fordel fordi det har vært med å bygge opp relasjoner til kollegaer. Det kommer videre frem i intervjuet at det kan være

uheldig at hen ikke så godt evner å gi korrigerende tilbakemeldinger. Hen forklarer at det fort blir litt mer “*kosemos*”, framfor at hen er tydelig og konkret på hvordan man vil ha det. Å gi tilbakemeldinger kan ifølge hen være en vanskelig balansegang fordi hvis man er tydelig på noe som ikke er nødvendig, kan dette misforstås og bidra til å skape et dårligere arbeidsmiljø. Informanten forklarer videre at folk i tjenesten liker å se seg selv som selvstendige og ansvarliggjorte og at sterke føringer kan føre til at de mister noe av dette ansvaret og føle seg nedverdiget.

To andre informanter forteller at de opplever å bli sett på arbeidsplassen, og at de får både positive og mer veiledende tilbakemeldinger i arbeidshverdagen som blir gitt på en bra måte. Den ene kommenterer imidlertid at positive tilbakemeldinger ofte er av en mer generell art, som godt jobba. Hen kunne tenke mer direkte tilbakemeldinger i forhold til arbeidet som faktisk blir utført. I ett av intervjuene kommer det også frem at informanten savner å ha en medarbeidersamtale, og at dette er noe hen ikke har opplevd i det flerårige ansettelsesforholdet. Hvem som gir tilbakemeldinger har endret seg for en annen av informantene etter at hen fikk en litt annen rolle/funksjon i organisasjonen. Tidligere opplevde hen ofte at det ble gitt mer tilbakemeldinger mellom kollegaer, mens det nå er sjelden at hen får tilbakemeldinger fra denne gruppen i forhold til jobben hen gjør. Hvis det en sjelden gang skjer, kommer den ofte i form av et kompliment. Kritikkk og veiledning kommer mer ovenfra.

Det er ifølge flere informanter en aksept i arbeidsmiljøet for å gjøre en feil eller en tabbe. Det fortelles at hvis man er usikker på en beslutning går det fint an å få støtte fra en kollega og en bekreftelse om at det ikke alltid er like lett å gjøre den riktige vurderingen. Likevel tror en av informantene at ikke alle i organisasjonen tør å si fra når det er noe de ikke kan. Hen mener det har med stolthet og gjøre og at det er ganske menneskelig å ikke ville innrømme at man ikke mestrer alt. Hen forteller videre at det er veldig viktig å skape en lærende kultur, hvor en kollega som observerer at noen ikke mestrer, kan gi et klapp på skulderen og vise hvordan ting gjøres. En annen informant underbygger fokuset på læring i organisasjonen når hen forteller at det fint går an å si fra når man er usikker eller ikke kan noe, og at man da får god støtte og hjelp fra kollegaer.

En av informantene forteller at det ikke alltid er like enkelt å si sin mening i arbeidsmiljøet. Hen forteller at som på alle arbeidsplasser jobber det mennesker med ulike egenskaper og kvaliteter i tjenesten, og at enkelte er lettere å gå overens med enn andre. Hen opplever likevel miljøet som godt, og at det ikke er baksnakking eller hvisking. Det er likevel ikke alltid like enkelt å si fra direkte til den det gjelder, og hen velger derfor ofte å gi tilbakemeldinger til nærmeste leder, som håndterer saken videre. To av informantene i hjemmetjenesten forteller at de ser en forskjell på faggruppene i forhold til hvem som tar ordet. Det framkommer at helsefagarbeiderne og ufaglærte ikke i like stor grad sier sin mening når pasienter diskuteres. På spørsmål om hvorfor det er slik, undres en av informantene over om kanskje helsefagarbeiderne opplever avmakt, og at denne faggruppen finner seg i mer, uten å si fra. Det fortelles også at sykepleierne roper høyere, og at det jo er de som gjør de vanskelige prosedyrene.

Gjennom intervjuene svarer alle informantene benektende på at det øves systematisk på å gi eller få tilbakemeldinger. En av informantene forteller imidlertid om et organisatorisk grep hvor man gjennom informasjonskanalen “mandagskvarteret” har gitt et oppdrag til ansatte om å ta hverandre i å gjøre noe bra og gi noen en klapp på skulderen. Kanalen blir ifølge informanten ofte brukt til å gi noen gode ord på veien. Et eksempel på dette er en påminnelse som formidles når det skal tas inn studenter og lærlinger mot sommeren: “*Husk at alle har vært nye en gang, og at de er fremtiden. Ta godt vare på dem og få dem til å føle seg behøvd!*” Her deles også ut ukens ros til tjenester som har fått til noe bra.

En av informantene forteller at de i rus og psykisk helsetjeneste har hatt et kontinuerlig fokus på arbeidsmiljø etter undersøkelsen i regi av bedriftshelsetjenesten for omtrent fire år siden. De har jobbet godt med regulering av verdier og atferd ved at de ansatte selv har laget egne kjøreregler på arbeidsplassen. Informanten opplever at dette har bidratt til at det er lettere å gi tilbakemeldinger, når noen opplever brudd på disse reglene.

Funn viser at informantene våre i stor grad opplever at det er en god tone mellom både leder og ansatt og ansatte seg imellom. Positive tilbakemeldinger gis gjerne i mer generell form og kritiske tilbakemeldinger kommer oftere ovenfra og ned enn mellom profesjonsarbeidere. Én leder opplever det å skulle gi ros og være kritisk som en vanskelig balansegang og hen

foretrekker å gi ros fordi konstruktive tilbakemeldinger er vanskelig. Samtidig finner vi at det ikke øves i noen form på å gi og få tilbakemeldinger.

4.5.2 Handlingsrom og medbestemmelse

En av informantene forteller om frie tøyler i forhold til måten hen velger å organisere arbeidet på så lenge som brukerne får den oppfølgingen de trenger. Hen prioriterer selv hvilke oppgaver som er viktigst og hvem i målgruppen som til enhver tid trenger hen mest. En periode opplevde hen imidlertid å bli pålagt flere oppgaver og ansvar enn det var mulig å rekke over. Forventningene til både å skulle veilede og gi støtte til ansatte i andre deler av tjenesten var store, og dette gikk ut over arbeidet med brukergruppen. Da hen gav tilbakemelding omkring arbeidsforholdene hadde de et lite møte hvor ansvaret ble fordelt bedre og hen opplever å bli hørt av sin leder. I hjemmetjenesten forteller informantene at profesjonsaktørene er mer bundet opp i forhold til at de blir sendt ut på faste pasient-ruter hvor de også har også et tidsskjema som bør holdes. En av informantene som jobber i tjenestene opplever likevel at de har handlingsrom i forhold til hvordan de løser oppgavene rundt hver enkelt pasient. Hen forteller at å jobbe i hjemmetjenesten innebærer at en ofte på egenhånd må ta ansvar for og håndtere hendelser som oppstår og at det da noen ganger kan det være fint å ringe en kollega, eller å søke opplæringsvideoer på nett for å finne ut av spesielle prosedyrer: *“Vi har et godt arbeidsmiljø og står du alene på kveldsvakten og lurert på hvorfor skjer det her med denne veneporten, så ringer du en kollega selv om at de har fri.”*

Det kan ifølge en annen informant være kort vei mellom å ha en ide til den blir realisert. Hen forteller at hen hadde en hjertesak i forhold til dem som ligger på sitt siste. Det var vondt å se at brukere ønsket å dø i sitt eget hjem, men at dette ikke lot seg løse. Informanten argumenterte for at å velge hvor man vil dø, bør være en menneskerett. Hen tok opp saken med leder i uformelle fora noen ganger. Først var det ikke så lett å se hvordan de skulle løse det, men etterhvert kom det opp noen gode forslag. Denne informanten forteller også om generasjonsskiftet i tjenesten og at det er mange unge og friske som ikke er redd for å prøve noe nytt. Dermed var ikke løsningen så langt unna likevel. Informanten forteller at planen raskt ble tatt tak i og satt i verk. Hen opplever at løsningen har bedret valgfriheten til brukere og skapt større trygghet for pårørende. Det ble ikke gjort noen formell vurdering av

økonomiske gevinster før oppstart, og prosjektet er heller ikke evaluert hverken i forhold til kvalitet eller økonomi.

En av informantene fra mellomledelsen forteller at handlingsrommet i egen tjeneste oppleves stort og at den daglige driften i stor grad er basert på et selvstendig ansvar. Hen forteller om en stor kreativ frihet og at hen sjelden blir overstyrt. Hen forteller samtidig at det har vært svært liten oppfølging, men at dette heller ikke er noe savn. Hen er flink å oppdatere det som skjer, og får en tommel opp eller ok når ledelsen vet hva tjenesten driver med.

Omstillingsprosesser oppleves som krevende, og handler for tjenesten i hovedsak om å dra ned stillinger eller å øke antall brukere. Informanten forteller at hen ikke har undersøkt hva andre kommuner har gjort for å finne alternative metoder for problemløsning eller for å få nye ideer innenfor eget ansvarsområde og er litt spørrende til om eget ansvar strekker seg så langt.

En annen informant forteller om en aktiv innsats for å myndiggjøre ansatte i egen tjeneste slik at mer ansvar blir tatt lengre ut i organisasjonen. Etter endringen sitter hen ikke igjen med en følelse av å miste makt, men heller en opplevelse av å fått en økt tillit mellom seg og de ansatte og følelsen av at gruppen har "fått flyt": *"Det jeg har mistet, det er jo på en måte, bekymringer"*. Hen stoler i større grad nå på at gruppen som helhet er bedre egnet til å ivareta det totale ansvaret og at jobbene blir utført slik de skal. Det beskrives et miljø der folk i større grad enn før har bedre forståelse for hvor man har hverandre og hvor ansvaret ligger. Hen forteller at prosessen har ført til en endring i lederstilen, fra en mer kontrollerende stil med behov for oversikt og en fot i alle leire, til at man i større grad kan stole på at jobben blir gjort. Det oppleves også at samarbeidet glir lettere og at det er tillit i organisasjonen. En utfordring som fremdeles eksisterer er at profesjonsarbeiderne fremdeles ofte har et behov for bekreftelse, noe som gjør at nærledelse sees på som en nødvendighet: *"Men jeg føler fortsatt at de trenger en del bekreftelse og veiledning så det å være tilstede å være og drive på med nærledelse det er veldig viktig og på en måte en suksessfaktor for å få til nye ting"*

Fra rus og psykisk helsetjeneste fortelles det også at det har vært gjort en del forsøk på gi ansatte mer frihet til å påvirke ved delegering av arbeidsoppgaver. En av informantene forteller at hen ikke alltid opplever at ansatte er så engasjert som en skulle ønske, og at forsøkene på omfordeling av oppgaver ikke har ført til endringer i form av mer aktivitet eller ansvar. Gjennom resultatet fra 10-faktorundersøkelsen har det også kommet tilbakemeldinger

på at profesjonsaktørene savner mer nærledelse. Det kollektive ansvaret beskrives å ha blitt svakere de siste årene. De ansatte gjør jobben sin og bryr seg om brukerne, men det mangler et ekstra engasjement i hverdagen: *“...jeg gir jo muligheten til folk. Nå må dere bare ta initiativ og så ordner dere opp i det. Men det er ikke blitt en god kultur på det der”*. Et eksempel på dette er at hen har oppmuntret til at profesjonsaktørene kan ta ansvar for interne kursdager, eller melde seg på digital e-læring. Likevel oppleves det at de kun gjør jobben de er satt til, mer blir det liksom ikke. Informanten antar at en av årsakene til dette er at passivitet er innarbeidet i organisasjonskulturen hvor det ligger en forventning fra ansatte om at ledelsen tar grep: *“Jeg tror folk har hatt...har vel opplevd det etterhvert...eller opplevd en slik kultur over år, at vi sitter bare å venter på at ledelsen skal ta initiativ til noe”*. Dette bekreftes også av en annen informant som setter ord på at det har skjedd en endring i tjenesten hvor færre profesjonsaktører er villige til å stille på møter på fritiden eller delta på kurs utover arbeidssdagens slutt. Dette vurderes også å kunne ha sammenheng med nedbemanning og en travlere hverdag.

Funn ovenfor viser at det er gjort aktive tiltak for å myndiggjøre ansatte i begge tjenestene, men med ulik effekt. I somatisk hjemmetjeneste beskrives det en forbedring på gruppens kompetanse til å ta ansvaret for helheten og det fortelles om økt tillit mellom leder og ansatte. I rus og psykisk helsetjeneste ønsker man mer engasjement og at ansatte tar mer ansvar på eget initiativ. Effektene har uteblitt og det råder usikkerhet på hva årsaken er. Vi ser en likhet mellom somatisk hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjeneste i forhold til behov for bekreftelse fra leder.

4.6 Oppsummering empiri

Kommunen beskrives som en tradisjonell omsorgskommune der pleie og omsorg er en del av identiteten. Ut fra vår empiri fremstår det som helse- og omsorgstjenesten har stor tiltro til at samlokalisering skal være et viktig virkemiddel for økt effektivitet og for å oppnå bedre tverrfaglig samarbeid.

Arbeidsmiljøet beskrives jevnt over som godt. Det har blitt gjort omfattende grep de siste årene og ledelsen har lagt vekt på å være lyttende og støttende i prosessene. Det er gjennomført tiltak på fagutvikling som ilegges betydning for en økt positiv effekt i

arbeidsmiljøet. Tilbakemeldingskulturen bærer preg av ros og positive tilbakemeldinger, mens korrigerende tilbakemeldinger synes å være vanskeligere å håndtere for mange. Kritikk og veiledning kommer gjerne ovenfra og ned. Alle informanter bekrefter at det ikke øves på hvordan man kan gi tilbakemeldinger, samtidig beskrives det en kultur med en viss aksept for å gjøre feil. Profesjonsaktører føler de blir møtt med en positiv holdning når det tas initiativ til dialog i andre deler av organisasjonen og det beskrives som uproblematisk å ha tverrfaglig samarbeid for brukere i enkeltsaker. Samhandlingen som beskrives er av kortvarig karakter. Det er lite tverrfaglig samhandling mellom den somatiske hjemmetjenesten og andre hjemmebaserte tjenester. Det gis et inntrykk av at for enkelte av våre informanter råder det noe usikkerhet om hvilket ansvar og oppgaver som ligger til andre tjenester. Rus og psykisk helsetjeneste later til å være utsatt for sterkt press med krav til mer effektiv drift og har lite handlingsrom til tverrfaglige møter.

Begrepet “sammensatte behov” ser ikke ut til å være entydig definert i kommunen og vi får ulike svar fra informantene hva de legger i dette. Ledelsen ønsker å ta individuelle planer mer i bruk, men det fremkommer ikke fra intervjuene at disse planene brukes i noen særlig grad utover arbeid rundt barn og unge. Spesialister blir ofte foreslått som løsning på koordineringsutfordringer, og enkelte tilbakemeldinger vitner om en opplevelse av ensidig fokus på sykepleiere ved rekruttering.

Det er også ulik forståelse og bevissthet rundt fremtidsprognosene blant informantene. Ledelsen har ikke ansett kommunikasjon rundt utfordringsbildet som det viktigste og mener utvikling av en lærende organisasjon har høyere prioritet. Det er et uttalt ønske om spre ledelse lengre ut i organisasjonen for å etablere et eierskap til problemstillingene hos dem som er nærmest brukerne. Det er gjennomført ulike tiltak for å myndiggjøre ansatte for å øke deres muligheter for påvirkning og det rapporteres om ulike effekter av tiltakene mellom henholdsvis somatisk hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjeneste. Strategiplanen er utarbeidet og offentliggjort, men brukes ikke aktivt i arbeidshverdagen og den får lite fokus. Profesjonsaktørene formidler et ønske om at ledelsen tar initiativ og gjør tiltak.

5.0 Drøfting

Utgangspunktet for casestudien er hvordan hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester møter føringene om en overgang til mer tverrfaglig tilnærming på utformingen og utførelsen av tjenestetilbudet. Kommunen står i et krysspess fra andre deler av helse-norge, befolkningen, egne ansattes ønsker og krav, samt myndighetenes føringer. I tillegg preges de av et genuint ønske om å gjøre det som er best for sine brukere og strekker seg langt for å oppnå det. Kommunens bredde i tjenesteporteføljen, antall ansatte og brukere samt til enhver tid mange ulike behov gjør at hele virksomheten under ett må defineres som kompleks. Vi har sett nærmere på somatisk hjemmetjeneste, rus og psykisk helsetjeneste, samt et dagsenter som leverer tjenester på tvers av målgruppene.

I denne delen vil vi forsøke å finne svar på vår problemstilling *Hvordan løser hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig tilnærming?* gjennom å drøfte aktuelle funn opp mot relevant teori. Resultatene av drøftingen vil danne grunnlaget for studiens konklusjon.

5.1 Organisatoriske grep i endringsprosessen

Gjennom kommunal planstrategi og innsamlet empiri ser vi at kommunen, som en del av en større endringsprosess, ønsker å legge til rette for mer tverrfaglig samarbeid. I løpet av en tiårsperiode satses det på å løse et sammensatt utfordringsbilde gjennom en handlingsdel med 84 ulike tiltak. Det fremgår at den demografiske utviklingen med økt antall eldre og syke med komplekse behov allerede er merkbar, samtidig med trangere økonomiske vilkår og økende rekrutteringsutfordringer. Strukturelle endringer, samlokalisering, satsing på velferdsteknologi og innføring av hverdagsrehabilitering, fremmes av ledelsen som viktige grep for å bedre tverrfaglig samhandling i organisasjonen. I tillegg skal det reetableres en koordinerende enhet i løpet av 2022. Dette er i tråd med Iversen & Hauksdottir, (2020, s. 12) som hevder at tverrprofesjonell samhandling kan bidra til bedre individuelt tilpassede tilbud, samtidig som kostnader reduseres og arbeidstilfredsheten økes. I videre drøfting ønsker vi å se nærmere på de overordnede grepene kommunen har vektlagt i endringsprosessen.

Gjennom empirien fremkommer det at kommunen relativt nylig har valgt å gjøre om på den administrative strukturen med mål om å etablere en mindre hierarkisk organisasjon med færre ledere. Kommunens organisasjonskart viser at det, etter denne prosessen, kun er to ledernivå i helse- og omsorgstjenesten. Det fremheves at omstruktureringen skal gjøre organisasjonen mer effektiv og målrettet gjennom ledelse lenger ut i organisasjonen og ved flytting av kraft nærmere sluttbrukeren. Grepet støttes av Kolbjørnsrud (Handelshøyskolen BI, 2019, 5:16) som hevder at en organisasjon må gi slipp på en del kontrollmekanismer for å bli mer smidig. Dette kan også forklares gjennom Laloux (2014) som påstår at pyramideformede hierarkier er utdaterte fordi de ikke fungerer i store komplekse organisasjoner, og da spesielt fordi ledernes manglende oversikt lengre ned i hierarkiet vil føre til mangel på, eller feile beslutninger.

Spesialisering hvor folk plasseres i ulike profesjoner og avdelinger, kan ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019) medføre økt gruppetilhørighet og utvikling av silotenkning. Dette er en del av grunnlaget for at Edmondson (2012) hevder at dagens kunnskapsbaserte organisasjoner er avhengige av tverrfaglig samarbeid. I empirien finner vi en organisasjon med mange små enheter og avdelinger, som er lokalisert på ulike steder. Vi finner også at rus og psykisk helsetjeneste, dagsenter og hjemmetjenesten har ulike kulturer i sine avdelinger, hvor de to første er preget av resignasjon i forhold til reduksjoner i tjenestetilbud, mens den tredje har mer fokus på spesialisert tjeneste- og kompetanseutvikling. Statlige føringer bekrefter også norske kommuners komplekse utfordringsbilde og gir innblikk i at økt tverrfaglig samhandling ses som en forutsetning for å lykkes med utviklingen av bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Ifølge Bukve & Kvåle (2014, s.14) preges kompleksiteten av flere samtidige faktorer, som sammensatte brukerbehov og avanserte tjenester, økt etterspørsel fra omgivelsene, samt organisatorisk kompleksitet med ulike profesjoner og et flernivåsystem med kompleks styring. Å forenkle beslutningsveier, og plassere ansvar ut i organisasjonen kan ut fra dette bildet, kanskje bidra til å forenkle kommunens håndtering av en kompleks virkelighet og være første skritt mot å legge til rette for økt tverrfaglig samarbeid.

Ut fra Bjørkquist & Jerndahl Fineides (2019) beskrivelser av begrepene, kan ny organisatorisk modell, sees som et ledd i en overgang fra et new public management inspirert styresett til mer new public governance, hvor kommunen beveger seg fra et mer hierarkisk og regelstyrt system med kontrollsyste mer og klare skiller mellom bestiller og utøver, til mer tillitsbaserte

modeller for kommunikasjon på tvers av sektorer og avdelinger, som også i større grad orienterer seg mot brukere, innbyggere og tjenesteytere på utsiden av det offentlige. Når det ut fra empiri fremgår at kommunens endringsprosess er vedtatt politisk og forankret i kommuneplanens samfunnsdel, er dette et tegn på felles forståelse for behovet for endring i helse og omsorgstjenesten. Det betyr også ut fra vår vurdering at organisasjonen har en viss støtte fra innbyggerne via politiske demokratiske prosesser. Det fremgår likevel fra empirien at lag og foreninger er negative til reduksjon i tjenestetilbud. I tillegg stadfestes det at kommunen fortsatt ses på som en tradisjonell omsorgskommune og at nytt tankesett med fokus på forebygging og brukernes selvstendighet, ikke er innarbeidet i tjenestene enda. Ut fra et slikt perspektiv vil den gjennomførte strukturelle endringen også kunne bidra til å rigge kommunen for framtidig håndtering av omgivelsenes krav og forventninger.

Videre vil vi undersøke nærmere hva helse- og omsorgstjenesten gjør for å nå målet om mer ledelse nær sluttbrukeren. Ideen om å flytte ansvar og myndighet ned i organisasjonen får støtte hos Ancona & Bresman (2007 s. 4) som hevder at organisasjoner som søker å løse komplekse problemer med begrensede ressurser, må fordele lederskap i hierarkiet slik at ledelse foregår der informasjon, kunnskap og ny arbeidsmetodikk utvikles. På tross av omorganiseringen rår det ut fra empirien en del usikkerhet i forhold til hvilken grad kommunen så langt har lyktes med å flytte ansvar og myndighet ut i organisasjonen. En informant hevder at ny struktur har medført økt lederspenn med ansvar for flere ansatte og at manglende formell myndighet lenger ned i tjenesten har bidratt til økning av administrative oppgaver på bekostning av ledelse. Hen savner at profesjonsutøverne tar et mer selvstendig ansvar for tjenesteutvikling og kompetanseheving. Selv om det i empirien også finnes eksempler på initiativ og nytenking, viser denne erfaringen at en ny organisasjonsstruktur, i seg selv, ikke automatisk vil sørge for måloppnåelse. En informant fra ledelsen tenker at denne endringen må jobbes med over tid og at en del av svaret ligger i å få ansatte til å forstå hvilke muligheter et økt handlingsrom kan gi. Dette skal vi se nærmere på i tredje del av drøftingen. Det fremkommer også en strategi om å legge til rette for en utviklingsorientert og lærende organisasjon, gjennom å aktivt lytte til og ta tak i gode ideer og initiativ fra profesjonsaktørene. Det er viktig for informanten å legge til rette for medvirkning for å unngå en endringsprosess som er styrt ovenfra.

En slik tilnærming støttes av Kolbjørnsrud (Handelshøyskolen BI, 2019) som hevder at smidige organisasjoner kjennetegnes ved en struktur som åpner opp for mer bottom-up styrte endringer. Forfatteren hevder at de fleste organisasjoner styres som en hybrid av de organisatoriske ytterpunktene, hierarki, nettverk og marked, hvor smidige organisasjoner balanserer i et fokusområde mellom tilpasningsdyktighet og effektivitet. Gjennom empirien blir vi kjent med at kommunen har et langsiktig perspektiv på endringsprosessen og at de ønsker å gjøre små og gradvise steg i rett retning. En av informantene formidler tilnærmingen gjennom følgende sitat: *“Hvis man skal spise en elefant, må man ta en bit av gangen.”* Dette, sammen med tradisjonell omsorgstenkning både internt hos profesjonsutøvere og i omgivelsene, kan være et tegn på at kommunen ikke enda er tilpasningsdyktige nok til å gjennomføre raske endringsprosesser og at de forsøker å forhindre at endringene går på bekostning av opprettholdelse av effektivitet i den daglige driften. Leder har imidlertid en opplevelse av at de er for sent ute, og at de framover kan være tvunget til å tenke nytt. Ut fra dette perspektivet, kan Snowdens meningsskapende modell (The Cynefin Framework, 2010), hvor data kommer før rammeverket, være et interessant perspektiv. Forfatteren hevder at organisasjoner som bruker for mye tid i det åpenbare og trygge, har større risiko for å bevege seg raskt inn i kaos, når endringer skjer. Videre poengteres det at for å lykkes med endringer, bør man bevege seg mellom kompliserte og komplekse problemstillinger, og bare en sjelden gang gå tilbake til det som er åpenbart (6:40). Jacobsen & Thorsvik(2019 s. 391) viser på sin side til at kapasitet i organisasjonen er en av flere faktorer som har betydning for en vellykket endring. I et komplekst utfordringsbilde kan det være et være et klokt grep, at man gradvis og i takt med omgivelsene, tilpasser organisasjonen for å håndtere en krevende fremtid. En trygg og langsiktig plan, kan likevel ut fra Snowdens teori, være en risikabel strategi, hvis oppgavene er komplekse og det oppstår uforutsette utfordringer eller at den forventede utviklingen skjer i et raskere tempo enn forutsatt.

Et annet kjennetegn for bedrifter som lykkes med endringer, er ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019 s. 391) at de klarer å skape en utbredt følelse av behov for endring. I drøftingen er det derfor interessant å gå mer inn på hvordan det overordnede budskapet formidles ut i organisasjonen. Gjennom empirien blir vi kjent med at ansatte ikke nødvendigvis har et bevisst forhold til organisasjonens utfordringsbilde. Konsekvensene av situasjonen oppleves likevel allerede indirekte i arbeidsmiljøet, gjennom økt turnover samt innleie og

rekrutteringsutfordringer. Et annet tegn fra empirien omkring manglende bevissthet rundt situasjonen, er at profesjonsaktørene, nesten uten unntak, foreslår økt bemanning som hovedtiltak for å imøtekomme fremtidens behov. En slik løsning vil ikke ut fra fremtidsprognosene, være bærekraftig og sannsynliggjør at kommunen ikke har lyktes godt nok med å kommunisere ut det overordnede budskapet som ligger til grunn for vedtatte strategi- og handlingsplaner. Som illustrasjon på utfordringsbildet viser vi til en publisert artikkel om sykepleiermangelen i Bodø, fra Avisa Nordland, sjuende mai 2022, der Elsa Fagervik Kommedahl fra Bodø Kommune sier: *“Før var det kampen om søknadene, nå er det kampen om søkere”* (Landstad, 2022).

Ifølge Lewins top- down baserte trefasemodell for endringer; Unfreeze-Change-Freeze(s. 390) er det i opptiningsfasen kritisk å utvikle et overbevisende budskap, for å oppnå felles forståelse om at endringer er nødvendige. Informanten fra ledelsen mener derimot at det ikke er spesielt viktig at ansatte har et bevisst forhold til utfordringsbildet. Informasjon om planer og prosesser blir i stedet gitt gjennom gjentagende *“små drypp”* via informasjonskanaler som for eksempel det digitale ukentlige møtet, mandagskvarteret. Det vektlegges mer å utvikle en lærende organisasjon via tilrettelegging for medvirkning. Top-down endringsledelse ønskes unngått, da: *“Det er ikke noen vits å trykke ting ovenfra og ned.”*

Vi har ovenfor drøftet hvordan en flatere struktur kan bidra til å fjerne noen barrierer i endringsprosessen ved å legge til rette for mer ledelse og tverrfaglig samarbeid i organisasjonen. Det viser seg imidlertid at en strukturendring alene ikke er nok for å lykkes med dette målet. Videre finner vi gjennom drøftingen at endringsprosesser i komplekse organisasjoner kan være krevende. Det er flere faktorer som spiller inn i forhold til valg av strategi. På tross av at forskning viser at en av suksessfaktorene for endringsprosesser er å skape en felles forståelse av behovet for endring, er ikke dette fokus i kommunen. I stedet fokuseres det på hyppig og tilpasset kommunikasjon for å formidle budskap om videre vei. En langsiktig endring med mange planlagte delmål, og en drift tett opp til dagens, vitner om en toppstyrt prosess hvor krav til effektivitet kan gå på bekostning av tilpasningsdyktighet og nytenkning. Samtidig som helse- og omsorgssektoren, gjennom bottom up tilnærming, har mål om å utvikle en lærende organisasjon der medvirkning fra profesjonsaktørene er essensiell for utviklingen av nye tiltak og organisasjonsformer. Et eksempel på en slik prosess

er den planlagte innføringen av hverdagsrehabilitering, som er kommunens hovedsatsningsområde i 2022.

Hverdagsrehabilitering er ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide, (2019 s.69) et tiltak som gjennom tverrprofesjonelt samarbeid, retter fokus på trening og mestring av hverdagsaktiviteter ut fra brukers ønsker og mål. Hauksdottir & Iversen(2020 s. 46-47) påpeker videre, at det som skiller denne tjenesten fra andre rehabiliterende tiltak, er organisasjonsformen, hvor ulike profesjonsaktører som sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut i en tidsbegrenset periode jobber målrettet sammen. Oppstart av dette teamet er ifølge flere informanter et ledd i kommunens plan for endring av tankesett fra et tradisjonelt omsorgsperspektiv til en mer forebyggende tenkning hvor tiltak skal understøtte brukernes egenmestring og selvhjulpenhet.

Grepet understøttes av Helsedirektoratet (2022) som hevder at tverrfaglig samarbeid, gjennom oppbygging av en mer kollektiv forståelse og kompetanse, kan gi en dypere innsikt i problemområder, enn det ulike fagområdet klarer hver for seg. I empirien fremkommer det at ledelsen ønsker en bottom-up prosess hvor profesjonsaktørene selv skal definere rammer og innhold for dette teamet, og i samarbeid med nabokommunen er det planlagt en kick-off dag hvor deltakerne selv skal definere hvilke tjenester som skal inkluderes i tiltaket. Et slikt syn på involvering og deltakelse deles av Solstad & Sudmann (2019) som i Cappelen et al.(2020 s.24) hevder at effektive tjenester i større grad skapes der ledelse er bygget på medvirkning og tillit enn der det er preget av lydighet og kontroll. Slike prosesser krever ledere og tilretteleggere som både fremmer samhandling mellom flere nivå i organisasjonen og med innbyggerne og som ser viktigheten av faktorer som tydelig kommunikasjon, tilrettelegging for deltakelse og kjennskap til lokale utfordringer. En utfordring som fremkommer tydelig i empirien er at nytt tankesett ikke enda er implementert i tjenesteutførelsen. Det råder fortsatt et tradisjonelt omsorgsperspektiv som ifølge en av informantene kan gjøre det vanskelig å ansvarliggjøre brukerne i forhold til mer egenmestring. Ifølge Jacobsen & Thorsvik(2019 s. 120) vil slike kulturelle perspektiver ha betydning for hvordan en organisasjon fungerer, da felles utviklede mønstre av meninger og holdninger ofte preger menneskers handlinger. Utfordringen blir her å sørge for at ikke tradisjonelle tankemønstre i for stor grad preger utformingen av det nye tiltaket, og å håndtere motstand som naturlig vil komme ved endring.

Resultatet av prosessen vil ut fra vårt syn preges av hvor godt det jobbes med verdier og holdninger omkring omsorgsbegrepet, både i tjenestene og i møte med brukere, pårørende og innbyggerne. Her kan de imidlertid dra med seg erfaringer fra et annet påbegynt effektiviserings grep; implementeringen av velferdsteknologi i hjemmetjenesten.

Ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide, (2019 s.170-177) knyttes det fra myndighetenes side, store forventninger til innføring av velferdsteknologiske løsninger i kommunal sektor. I tillegg til at virkemidlene gjennom samproduksjon og valgfrihet skal bidra til økt brukermedvirkning, ses også denne innføringen på som et verktøy for effektivitets- og kvalitetsforbedringer i tjenestene. Innføringen av velferdsteknologi i vår case-studie er godt forankret politisk og tjenestene har allerede tatt i bruk verktøy som medisineringsroboter og digitale vaktlistene. Rus og psykisk helsetjeneste er ikke inkludert i disse prosessene, selv om en av informantene fra tjenesten mener behovet også er tilstede i deres brukergruppe. Det kan være gode årsaker til dette valget, men det er ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019) viktig å være oppmerksom på at innføringen av nye digitale systemer som ikke blir integrert i informasjonsstruktur, kan føre til ulik informasjonstilgang mellom ulike helsetjenester. Det kan gå på bekostning av brukere som har behov for samordning av tjenestetilbud hvis ulike tjenester kun opererer innenfor egne rammer. Dette øker også risiko for å forsterke eksisterende siloer. Forfatterne uttrykker budskapet gjennom følgende sitat: “Når effektiviteten i den enkelte virksomhet gis størst oppmerksomhet, vil det være en utfordring å yte helhetlige tjenester – fortrinnsvis med bruker i sentrum – også når tjenestene digitaliseres.”(Bjørkquist & Jerndahl Fineide, 2019, s. 182-183).

Det fremkommer gjennom empirien at tjenesten i starten av prosjektet hadde en strevsom periode på bakgrunn av for lite kunnskap om fokusområder. Dette stemmer med Bjørkquist & Jerndahl Fineides(2019 s.187-188) påstand om at utfordringer oppstår der det profesjonelle pleie-og omsorgsarbeidet møter ny teknologi. Forfatterne hevder at det er to hovedbarrierer for å ta ut potensialet i teknologien. Innføringen påvirkes både av manglende kompetanse for håndtering av teknologi og av at to ulike fagfelt møtes. Den siste utfordringen handler ifølge forfatterne om teknologioptimisten, som fronter et teknologisk perspektiv i møte med profesjonspessimisten som vil problematisere faglige og etiske utfordringer. Profesjonsaktørens kompetanse på velferdsteknologi blir dermed viktig både for tjenesteforbedring og for uthenting av gevinster i form av kostnadsreduksjon og økt

effektivitet. Gjennom empirien får vi innblikk i at kommunen etter en periode med motstand og kaos, valgte å reorganisere prosjektet ved å etablere en styringsgruppe og mer strukturert ansvarsfordeling på tvers av tjenester. Dette skapte bedre oversikt og fremdrift. En annen viktig suksessfaktor som nevnes, var rekruttering av yngre ansatte med digital kompetanse og positiv holdning til endring, som nøkkelpersoner i prosessen. På denne måten lyktes kommunen å forsere to essensielle barrierer for innføring av velferdsteknologiske løsninger i hjemmetjenesten.

Innføring av digitale vaktlistor blir brukt som eksempel for å vise utilsiktede positive effekter av prosessen. På tross av motstand underveis, førte denne digitaliseringen til at flere profesjonsaktører tok et medansvar for fordeling av oppgaver, som kun avdelingsleder gjorde tidligere. Den nye pasientoversikten bidro også til kvalitetssikring av tjenestetilbudet. Dette eksemplet bekrefter at at den teknologiske utviklingen, så langt har medført gevinster, både i form av økt effektivitet og av økt deltakelse og ansvar. Det fremgår også av empiri at tjenesten snudde mye motstand gjennom nærledelse og kollegaveiledning.

I denne delen har vi drøftet to store satsingsområder for helse- og omsorgstjenesten i vårt case-studie opp mot relevant teori. Det vil fortsatt være utfordringer i prosessen i forhold til behov for endring av tankesett og innføring av ny arbeidsmetodikk. Tjenestene må også lære hva det betyr å jobbe i team. Ut fra suksesshistorien med å overvinne teknologiske og holdningsmessige barrierer, har kommunen ervervet seg nyttig kunnskap når de skal igang med innføringen av hverdagsrehabilitering.

I tillegg til teambasert tjenesteyting og flerfaglig tilnærming, løfter Helse- og omsorgsdepartementet (2015a) samlokalisering som et viktig tiltak for å bedre samordning på tvers av tjenester. Gjennom empiri og kommunale strategiplaner understrekes det at samlokalisering har vært og fortsatt er et viktig grep for å oppnå økt tverrfaglig samarbeid. Det planlegges ytterligere samlokalisering av tjenester i fremtiden. Hjemmetjenesten ble samlokalisert for en tid tilbake, og det beskrives at denne prosessen har ført til bedre relasjoner mellom ansatte, nærmere kontakt mellom leder og profesjonsaktører og skapt et bedre klima for fagutvikling. Flere informanter påpeker at samlokalisering fører til en mer effektiv personellutnyttelse og mer kostnadseffektiv drift. Her nevnes det også eksempler om bygging av nye boliger for psykisk utviklingshemmede. Fellesnevneren for disse eksemplene

er imidlertid at det er en tjeneste som flytter fra flere lokasjoner til en, og det fører ikke nødvendigvis til mer tverrfaglig samhandling. For at tverrfaglig samarbeid skal skje, må ifølge Helsedirektoratet(2022) personell med ulike fagbakgrunner jobbe strukturert sammen mot et felles mål. På dagsenteret er det et arbeidsmiljø sammensatt av flere ulike profesjoner, uten at det har vært utført spesielt mye tverrfaglig samarbeid i den daglige driften. En av informantene forteller at hver ansatt har et selvstendig ansvar for sin brukergruppe og at hver enkelt har et selvstendig ansvar for denne gruppens aktiviteter. Dette viser at samlokalisering i seg selv ikke nødvendigvis fører til mer tverrfaglig samhandling, men at det kan legge til rette for felles møtepunkt. Det fremgår fra empirien at kommunen har en langsiktig plan om å bygge et helsehus, hvor profesjonsaktører fra hele tjenesteområdet kan jobbe under samme tak. Dette kan kanskje skape et utgangspunkt for å utvikle bredere tverrfaglig samhandling.

5.2 Tverrfaglig samhandling og samarbeid

Gjennom empiri gis vi et innblikk i hvordan samhandling i og mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene fungerer i dag. I denne delen av drøftingen ønsker vi å belyse ulike aspekter ved samhandling opp mot teori i forhold til økte behov for tverrfaglighet i helse- og omsorgssektoren. Videre ønsker vi å drøfte i hvor stor grad kulturelle og organisatoriske forhold preger målet om økt tverrfaglighet. Det er også interessant å vurdere hvorvidt målet om økt tverrfaglig samhandling kan være et ledd i endringsprosessen for å spre lederskap ut i organisasjonen.

Det foregår mye uformell samhandling på enkeltsaksnivå mellom ulike aktører i tjenesteområdet. Kontakten ser ut til å være av kortvarig karakter og er drevet fram av profesjonsaktørene gjennom et ønske om å dekke brukernes tjenestebehov. I hovedsak brukes den enkeltes kjennskap til organisasjonen og personlig nettverk når det oppstår et behov for kontakt på tvers av avdelinger og tjenester. Informantene beskriver samhandlingsklimaet som godt. Ut fra erfaring og rolle i organisasjonen vil profesjonsaktørene naturlig nok ha ulik kunnskap om andre tjenesters arbeidsrutiner og oppgaver. Vi vurderer det som positivt at det bygges relasjoner mellom avdelinger gjennom uformell dialog, da dette kan bidra til å hindre silotenkning. Hvis ansatte har et for ensidig fokus på egne eller avdelingens oppgaver, kan dette, ifølge Jacobsen & Thorsvik(2019), føre til at de etterhvert mister interessen for

organisasjonens overordnede mål. Manglende formelle rutiner for samhandling kan medføre en risiko for ulik og litt tilfeldig organisering av tilbud og bidra til at det blir noe personavhengig hvilket tilbud den enkelte bruker får. Det er likevel viktig å diskutere hvorvidt en individuell tilrettelegging av tilbud kan være et tegn på at tjenesten er flink til å sette brukerens egne ønsker og behov i sentrum. Ifølge Hauksdottir & Iversen(2020) er det nemlig avgjørende å sette brukernes egne prioriteringer i fokus for å sette inn treffsikre tiltak. Dette handler om at tjenestene må endre retning fra å spørre hva som feiler brukerne, til hva som er viktig for dem. Det er liten tvil om at profesjonsaktørene i vår studie drives av å hjelpe brukerne mest mulig, når de snakker om den “Den helhetlige pleien, “ men denne måten å uttrykke seg på er også forenelig med beskrivelsen av at kommunen er en tradisjonell omsorgskommune hvor profesjonene gir omsorg og pleie ut fra tjenestens vurderinger omkring brukernes behov. Når vi vurderer dette sammen med at brukernes stemme og ønsker er lite tematisert datagrunnlaget, underbygges vår påstand om at det er risiko for at tjenestetilbudet kan bli noe tilfeldig og personavhengig.

På tross av at det gjennom empiri henvises til et godt samarbeidsklima og mye uformell kontakt mellom ulike tjenester, ønsker vi å se nærmere på enkelte elementer som indikerer at tjenesteområdet har behov for økt fokus på tverrfaglig samhandling og samarbeid. Ut fra empirien ser vi få tegn til tverrfaglige møtepunkt på profesjonsnivå. Utsagn fra informanter på dagsenter og psykisk helsetjeneste tyder på at det tidligere ble gjennomført en del ansvarsgruppemøter rundt enkelte deltakere, men at dette på bakgrunn av nedbemanning ikke lenger foregår i samme organiserte form. I hjemmetjenesten later det til at lederne i hovedsak videreformidler informasjon og beslutninger fra tverrfaglige møter ned til profesjonsaktørene i de ulike tjenestene. Når ulike profesjoner jobber ved siden av hverandre i adskilte områder uten direkte kontakt kalles dette, ifølge Helsedirektoratet(2022), flerfaglige tjenester. Flerfaglig samarbeid skjer etter vår vurdering ganske ofte, fordi ulike tjenester parallelt bistår samme bruker uten at det opprettes formell dialog. ”De er inne og gjør sine ting” er en treffende beskrivelse på dette fenomenet, fra en av informantene fra hjemmetjenesten når en bruker også får bistand i form av støttesamtaler fra psykiatrisk innsatsteam. I slike flerfaglige prosesser foregår det lite interaksjon mellom tjenestene, og de går glipp av kunnskaps- og informasjonsdeling som etter vår vurdering kunne ha vært til felles nytte for å gi brukerne et helhetlig tjenestetilbud. Dette støttes av Helsedirektoratet(2022) som hevder at tverrfaglig

samhandling skiller seg fra flerfaglig ved å gi en dypere innsikt i problemområder og bidra til en mer kollektiv kompetanseforståelse enn det hver enkelt fagområde alene vil klare.

Helsedirektoratet (2022) definerer tverrfaglig samarbeid som en metode for strukturert samhandling mellom personell med ulik fagbakgrunn. Samarbeidet må i tillegg være fundamentert i et felles mål og i en gjensidig avhengighet til aktørenes bidrag. Det fremgår av empirien at det på tjenesteledernivå foregår en god del strukturert samhandling gjennom faste møtepunkt, og at både samarbeidsklima og dialogen i disse foraene fremstår som god. Et eksempel fra empirien på en slik prosess er tildelingsmøter, hvor det tas beslutninger i forhold til ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike avdelinger og tjenester. Her diskuteres det ifølge en av informantene oftest: *“Hvilken tjeneste som best klarer å ivareta pasienten.”* På tross av at kontakten mellom aktørene på møtet er begrenset, mener vi at det ut fra helsedirektoratets tolkning av begrepet foregår tverrfagelig samhandling i dette foraet. Samhandlingen er strukturert, med et felles mål om å løse brukernes behov og de ulike aktørene trenger til en viss grad hverandres kompetanse for å løse utfordringen. Med utgangspunkt i Heldal (2008)s referanse til at helsesektoren ofte skiller mellom begrepene flerfaglig, interfaglig og tverrfaglig samhandling, er det mulig å nyansere tverrfaglig etter grad av integrasjon mellom aktørene. Denne spesifiseringen innebærer at tverrfaglig samhandling først oppnås når en lykkes med å etablere tverrfaglige team der gruppens mål blir viktigst og roller viskes ut. Samhandlingen i fordelingsmøtene vil da kunne defineres et sted mellom flerfaglig og interfaglig, som representerer samhandling med en følelse av samhörighet gjennom interaktiv innsats og delte oppgaver.

Videre fremkommer det i lederintervju at kommunen ønsker å skape en lærende organisasjon hvor profesjonsaktørene er aktive bidragsytere til utvikling av ny arbeidsmetodikk. I empirien finner vi at profesjonsaktører i hjemmetjenesten tar initiativ til nye og gjennomførbare løsninger, men det finnes få eksempler på slik samhandling på tvers av tjenester. Ifølge Heldal(2008) oppstår læring og utvikling i tverrfaglig samarbeid først når relasjoner blir grenseoverbyggende. I godt integrert samhandling, oppnås kontinuerlig endring, gjennom gjensidig påvirkning når aktørene forvandles sammen og ikke begrenses av kamp om innflytelse eller sosiale roller. Ut fra organisasjonens mål om en lærende organisasjon finner vi derfor et forbedringspotensiale i forhold til tverrfaglig samhandling.

Ut fra drøfting av teori forstår vi at begrepet tverrfaglig samhandling ikke har noen tydelig definisjon og kan ilegges ulik betydning ut fra kontekst. Dette kan være relevant i forhold til kommunens innføring av hverdagsrehabilitering, som ifølge empiri og planverk er et av sektorens hovedsatsningsområder for å øke tverrfaglig samhandling. Selv om denne tjenesteformen, ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019), blir betraktet som relativt avgrenset, viser studier at begrepene tverrprofesjonalitet og tverrfaglighet kan tjene ulike hensikter og knyttes til ulike former for samarbeid. Forfatterne påpeker også at kommunens styringssystemer og ambisjoner kan ha betydning for hvilket innhold som legges i tverrprofesjonelt arbeid.

Kommunen i vår studie har som nevnt tidligere, gått over til en flatere organisasjonsstruktur med mål om å flytte ledelse lenger ut i organisasjonen. En av informantene fra ledelsen poengterer viktigheten av at flere drar lasset sammen. Dette skal organisasjonen løse ved å gi *“ større myndighet nærmere sluttbrukeren .”* Beskrivelsen tidligere i drøftingen, omkring oppgave- og ansvarsfordeling fra lederleddet og ned til profesjonsaktørene, kan imidlertid være et signal om at organisering fortsatt styres etter hierarkiske modeller. Flere profesjonsaktørers ønske om at beslutninger om endringer skal tas fra ledelsen, tyder også på at det fortsatt er en noe hierarkisk kultur i organisasjonen. Samtidig fremgår det fra empirien at målsettingen med prosessen for innføring av hverdagsrehabiliteringsteamet er at den skal drives frem gjennom medvirkning fra profesjonsaktørene. Top-down endringsledelse vil unngås med bakgrunn i en vurdering om at eierskapet må ligge nærmest brukeren. Ifølge Cappelen et al.(2020 s.25) kan deltakelse i organisatorisk og faglig utvikling påvirke engasjement og indre motivasjon og bidra til autonomi og trivsel. Viktigheten av tydelig kommunikasjon og kjennskap til beslutningsapparat og beslutningsprosesser fremheves i tillegg til involvering og deltakelse, som nøkkeltkunnskap for å lykkes med endringsprosesser. Betydningen av kunnskap om styringsmodeller framkommer også i Vabø(2019). Forfatteren viser i Bjørkquist et. al (2019 s. 69–94.) til en studie som sammenligner to kommuners innføring av hverdagsrehabilitering hvor resultatet bærer preg av ulik tiltro til forvaltningsstruktur og faglig skjønn. Studien viser at tradisjon for delegering av makt og ansvar nært praksisnivået, kan føre til mer integrert samhandling gjennom team-prosesser, drevet av gjensidig lærings- og utviklingsarbeid. Mens en new public management-preget styringsmodell kan føre til etablering av mer hierarkisk og sekvensiell arbeidsdeling, med

tildeling som beslutter, fysioterapeut som standardsetter og hjemmetjenesten som utøver. Arbeidsformen er da preget av vertikal delegering og enveislæring. Ut fra resultatet konkluderer Vabø med at det ikke finnes entydige svar på hva tverrprofesjonell samhandling er.

Gjennom drøfting av teori og empiri finner vi at det foregår mer flerfaglig og sekvensiell samhandling enn tverrfaglig og integrert. Dette har betydning i forhold til tjenestenes mål om å utvikle en lærende organisasjon, da læring og kunnskapsoverføring skjer best gjennom tverrfaglig samarbeid hvor profesjonsroller viskes ut og aktørene aktivt jobber mot samme mål. Videre finner vi at systemer, holdninger og kultur preget av hierarkisk organisering kan påvirke hvordan man velger å forstå begrepet tverrfaglighet, noe som også kan påvirke hvordan man implementerer nye organisasjonsmodeller som skal fremme tverrfaglig samhandling.

I empirien finner vi indikasjoner på en manglende bevissthet omkring helhetlig oppfølging av brukere med sammensatte behov. Dette kan også være et signal om at tverrfaglig samarbeid ikke er tilstrekkelig etablert i alle deler av organisasjonen. Gjennom drøfting opp mot teori har vi derfor en ambisjon om å avklare hvorvidt dette inntrykket stemmer, og hvilke faktorer som da eventuelt spiller inn. Flere stortingsmeldinger har tematisert at tjenesteorganiseringen i kommunene er for fragmentert med høy grad av arbeidsdeling og spesialisering. Det er derfor ikke spesielt overraskende at informanter fra hjemmetjenesten beskriver dagens pasientforløp som noe oppstykket, eller at silo som begrep et par ganger blir brukt som beskrivelse i forhold til at tjenesteområdet har mange små adskilte enheter som drifter hver for seg. En kunstig oppdeling av behandling for ulike sykdommer og problemstillinger, kan ifølge Iversen & Hauksdottir, (2020) føre til at brukeres problematikk og livsutfordringer ikke blir godt nok ivaretatt. Vi vurderer det som fordelaktig at profesjonsaktørene i hjemmetjenesten uttrykker et ønske om mer faste rutiner rundt samhandling og at de etterspør en tettere kobling opp mot tjenester som korttidsavdeling, fysioterapeut, ergoterapeut og fastlege, med mål om å kunne tilby mer helhetlige tjenester. Informantenes betraktninger er også i tråd med kommunens satsing mot mer tverrfaglig samarbeid, og kan kanskje bidra til å redusere motstand når kommunen skal i gang med den planlagte innføringen av hverdagsrehabilitering.

Informantene fra rus og psykisk helsetjeneste signaliserer også et ønske om å styrke samarbeid utover egen tjeneste men da rettet mot helt andre aktører som fastlege, barnevern og NAV. Selv om det beskrives at nedtrekk i tjenestene har ført til reduksjon av tidsbruk i oppfølgingen av hver enkelt, ivaretar de også brukernes somatiske behov innenfor egne rammer. Samhandling mellom hjemmetjenesten og rus og psykisk helsetjeneste tematiseres lite i studien og ingen av informantene gir uttrykk for at en tettere dialog mellom partene er hensiktsmessig. Det fremkommer heller ikke av strategi eller lederintervju at dette er et fokusområde for kommunen. Vår opplevelse er at tverrfaglig samhandling i hovedsak oppstår når en tjeneste trenger bistand fra andre profesjoner for å få løst sine kjerneoppgaver, og at det er vanskeligere å få til samhandling når man jobber i mer spesialiserte felt. Det fremgår i fra empirien at spesielt hjemmetjenesten de siste årene har fått flere komplekse oppgaver og at de i tråd med samhandlingsreformen har spesialisert seg for å utføre flere medisinske prosedyrer i hjemmet. Ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019, 11) viser undersøkelser at norske kommuner i liten grad har økt kompetanse og kvalitet i henhold til samhandlingsreformen. Ut fra empirien får vi inntrykk av at hjemmetjenesten har lyktes med dette gjennom utarbeidelse av prosedyrer og praksisnær kollegaveiledning. Det fremkommer også at overgangen har vært lettere fordi flere av profesjonsarbeiderne tidligere har jobbet i spesialisthelsetjenesten og dermed har tilegnet seg en del av denne kunnskapen. Hauksdottir & Iversen (2021 s.45) viser til at grenseoverbyggende relasjoner på tvers av organisatoriske skiller lettere kan løse samarbeidsutfordringer gjennom at man blir kjent med hverandres kompetanse, arbeidsform og utfordringer. Forfatterne foreslår at periodevis arbeidsutveksling kan gi ny innsikt og forståelse. Kanskje dette kan forklare at denne kommunen har lyktes i forhold til denne kunnskapshevingen.

I case-beskrivelsen fremkommer det at rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten tidligere var organisert under hvert sitt område, men at disse områdene nå er sammenslått. På tross av dette deltar tjenestelederne på to separate ledermøter etter gammel organiseringsmodell. Begrunnelsen for denne løsningen er ifølge en av informantene at tjenesteområdene er store, at det blir for mange møtedeltakere hvis alle skal delta på samme tidspunkt og at tjenesteområdene har ulik type drift. Denne virkelighetsbeskrivelsen er en indikasjon på organisatorisk kompleksitet hvor tjenestene er spesialiserte på hver sine

områder. Ifølge Bukve & Kvåle (2014) er dette ikke uvanlig for helse- og omsorgssektoren. Forfatterne påpeker at tjenester utvikles og defineres ulikt gjennom ulike profesjoner og spesialisters verdier og kompetanse og at dette nettopp skjer fordi spesialisert kompetanse står sentralt i måten helse- og omsorgstjenestene er organisert på. Dette skarpe skillet mellom tjenestene på ledernivå kan tyde på at det finnes få faste rammer for samhandling mellom rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten. I endringsprosesser vil behovet for koordinering og samordning ifølge Bukve & Kvåle (2014) være stort når både tjenestetilbud og kunnskap samt ansvar og myndighet er fragmentert. Dette indikerer at felles organisatorisk tilhørighet kun er et av flere nødvendige grep hvis kommunen ønsker å øke samhandlingen mellom disse to tjenestene.

Selv om profesjonsaktørene i begge tjenester er sikre på at brukerne i dag får den oppfølgingen de har behov for gjennom egen tjeneste, er det grunn til å se nærmere på om dette er en bærekraftig løsning på sikt. I empirien finner vi at informanten fra dagsenteret har et ønske om et mer systematisk samarbeid rundt brukere med psykiske lidelser for å forebygge hendelser og tilbakefall, i stedet for håndtering etter at utfordringer har oppstått. Dette kan være et signal om at det er behov for en mer helhetlig oppfølging av denne brukergruppen som ikke tjenestene ser. Flere offentlige utredninger og studier viser ifølge Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019) at det er krevende å gi brukere med sammensatte behov et godt nok samordnet og helhetlig tilbud. Unødvendige komplikasjoner og sykehusinnleggelse kan bli resultatet når det ikke lykkes å skape nok sammenhengende tjenester (s. 7). Stortingsmeldingen, "Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet", viser til at mennesker med rusproblematikk og/eller psykiske lidelser er spesielt sårbare, da de ofte har sammensatte helseutfordringer som øker risikoen for somatiske lidelser. Det understrekes at en siloorganisert organisasjon er til hinder for at brukerne får nødvendig helsehjelp og koordinerte tjenester (Helse og omsorgsdepartementet 15A).

Gjennom intervjuene får vi, med få unntak, et inntrykk av at informantene ikke er spesielt godt kjent med begrepet *sammensatte behov*. Flere av informantene blir usikre i forhold til hva som ligger i begrepet, og profesjonsaktører fra begge tjenestene finner det vanskelig å svare på om det er behov for ytterligere tverrfaglig samarbeid rundt brukere med sammensatte behov. Dette kan være et tegn på at organisasjonen ikke har hatt tilstrekkelig fokus på at stadig flere brukere har komplekse utfordringer som ikke kan løses av en profesjon alene.

Dette funnet er interessant med tanke på at statlige føringer de siste ti årene har basert mye av argumentasjon rundt behovet for mer tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgssektoren på denne sterkt økende pasientgruppen. Manglende kunnskap om utfordringsområdet bygger opp under inntrykket vårt om at disse to tjenestene er siloogansierte. Lite bevissthet omkring sammensatte behov kan ut fra vår vurdering bidra til å opprettholde organisatoriske skiller som igjen kan gå ut over det helhetlige tjenestetilbudet til mange brukere. Dette støttes av forfatterne Hauksdottir & Iversen(2020) som er tydelige på at konsekvensene av et silobasert system er alvorlige, for den raskt voksende pasientgruppen med langvarige og sammensatte helsebehov. En bredere forståelse hos ansatte rundt utfordringsbildet vil også kunne være et positivt bidrag når organisasjonen skal forklare hvorfor det er nødvendig å gjennomføre de planlagte tiltakene i strategi- og handlingsplaner.

Dette finner vi støtte for i Jacobsen & Thorsvik(2019) som viser til Lewins top down teori om endringsprosesser, hvor suksess avhenger av å redusere frykt ved å skape trygghet gjennom et overbevisende budskap som forklarer hvorfor organisasjonen ikke kan fortsette som før. Med bakgrunn i det komplekse utfordringsbildet kommunen står i, vil det være mulig å kommunisere situasjonens alvorlighet til profesjonsaktørene. Spesielt med tanke på at vi tidligere har avdekket et genuint engasjement for brukerne, som også er pådriver for tverrfaglig samhandling mellom profesjonsaktørene.

Ifølge Bukve & Kvåle (2014, s.14) oppstår det med bakgrunn i fragmenterte tjenester og kunnskap et stort behov for samhandling, samordning og koordinering. Den planlagte etableringen av koordinerende enhet i løpet av 2022, tyder på den strategiske ledelsen i kommunen ser et behov for bedre koordinering av tjenester. I empirien nevnes det også at ledelsen er opptatte av å få bruken av individuelle planer på plass i helse og omsorgstjenesten. Retten til individuell plan omfatter ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Både teori og empiri støtter vår vurdering om at denne rettigheten også omfatter mange av brukerne i helse- og omsorgstjenesten. Individuelle planer som verktøy brukes på tross av dette svært lite i tjenesteområdet. Utsagnet til en av profesjonsaktørene: *“Det er et evig mas om disse individuelle planene, men vi har ikke”*, kan være et uttrykk for at tjenestene ikke helt skjønner verktøyets hensikt.

Forskrift for habilitering og rehabilitering (2011) gir en presisering av loven for å sikre at det blir tilbudt planmessige og samordnede tjenester ut fra brukers perspektiv. Et av formålene med forskriften er å styrke samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, mellom ulike aktører i og utenfor egne tjenesteområder og på tvers av forvaltningsnivå. Dette støttes også av Hauksdottir & Iversen(2020) som beskriver at høy grad av spesialisering og fragmenterte tjenester fører til behov for koordinering som tar hensyn til brukernes opplevelse av et godt liv. Hvis kommunen lykkes med å innføre individuell plan som verktøy er kanskje tanken at koordinert samhandling skal fungere som en bro for samarbeid mellom tjenestene. Imidlertid viser flere studier at individuell plan ikke alltid virker etter hensikten. Ifølge Laloux (2014) oppstår det en gruppetilhørighet når ansatte blir delt opp i avdelinger og profesjoner. Dette behovet for sosial tilhørighet bidrar til at det lett oppstår siloer hvor de enkelte gruppene lett blir mistenksomme i forhold til hverandre. For å reetablere samarbeid og tillit mellom slike grupper, velger ofte organisasjoner å lage felles prosedyrer som alle må forholde seg til. Individuell plan er etter vår vurdering et eksempel på en slik overbyggende prosedyre. Ifølge FredWall et.al.(2020) konkluderer Bjerkan (2015) i sin doktorgradsoppgave at innføring og bruk av individuelle planer i kommunene ikke har fungert etter intensjonen både i forhold til at antallet aktive planer er færre enn behovet, og at planen i seg selv ikke alltid bidrar til mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Selv om individuelle planer ikke brukes i tjenesten, ser vi at flere av informantene ønsker å løse komplekse oppgaver og samhandlingsutfordringer gjennom flere spesialiserte funksjoner. Disse profesjonsspesialistene tenkes å ha en koordinatorrolle for å ivareta en spesifikk brukergruppe som er sammensatt på bakgrunn av diagnose, eller konkrete utfordringer. Eksempler fra empirien på slike funksjoner kan være hukommelseskoordinator, kreftsykepleier eller ernæringsfysiolog. I intervju forteller en av informantene som innehar en slik spesialistrolle at hen har god oversikt, følger opp sin brukergruppe tett, har kunnskap om diagnose og sykdomsutvikling, ivaretar brukernes sammensatte behov ved å innhente bistand fra andre felt og samhandler godt med spesialisthelsetjenesten. Vi får et inntrykk av at hen besitter mye kunnskap om hvordan en skaper trygg, individuelt tilrettelagt og helhetlig oppfølging for den enkelte bruker. En slik praksis oppleves nok positiv for organisasjonen. Utfordringene er imidlertid at behovet for kompetansen hen besitter er stadig økende, både i forhold til økning i antall brukere og til tjenestens forventninger i forhold til behov for bistand

og veiledning. Informanten forteller at når hen er sykemeldt opplever brukerne fortsatt å få helsehjelp, men at de gir uttrykk for å miste trygghet og sammenheng i tjenestetilbudet. En utstrakt bruk av spesialistroller, som jobber mye på egenhånd, kan i tillegg til å skape sårbarhet for brukernes tjenestetilbud, føre til at nødvendig kunnskap og ansvar ikke i tilstrekkelig grad blir fordelt ut i organisasjonen. Dette underbygges av Heldal(2008) som i sin doktoravhandling hevder at samhandling må være integrert for at en skal oppnå kunnskapsoverføring.

Forfatterne Bjørkquist & Jerndahl Fineide (2019, s. 99-100) fremhever blant annet koordinatorfunksjoner sammen med ansvarsgrupper og tverrfaglige team som mulige svar på kommunens utfordringer i møte med brukere med langvarige og komplekse behov. Eksemplet ovenfor viser at koordinatorfunksjoner kan fungere godt for slike brukergrupper, men en ensidig praksis kan likevel være problematisk for kommunen da arbeidsdeling og spesialisering ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019) medfører risiko for at profesjonsaktørene etablerer ensidig fokus på egne avgrensede oppgaver og at organisasjonens overordnede mål ignoreres. Dette støttes av den nederlandske hjemmetjenestebedriften, Buurtzorg, som ifølge Laloux (2014, s. 23.72,135) ikke driftes gjennom et vertikalt hierarki. Autonome team står i stedet sentralt i bedriftskulturen og beslutninger tas av dem som står nærmest utfordringen. En av bedriftens fokusområder er å jobbe aktivt mot spesialisering av oppgaver for å unngå silotenkning. Kommunen har allerede gjort organisatoriske endringer med mål om å spre ledelse lengre ut i organisasjonen, noe som signaliserer et ønske om mer avstand til den tradisjonelle hierarkiske styringsmodellen som new public management representerer. I dette lyset kan et for ensidig fokus på å løse samhandlingsutfordringer gjennom koordinerende funksjoner være til hinder for utvikling av mer teambaserte tjenester. Det kan oppstå en negativ spiral hvor spesialisering tenderer til siloorganisering som kan bidra til fremmedgjøring og mistillit mellom ansatte, som igjen fører til et behov for innføring av nye kontrollmekanismer for å bygge tillit på tvers.

Ovenfor har vi gjennom drøfting funnet tegn på at organisasjonen ikke har hatt tilstrekkelig fokus på at stadig flere brukere har komplekse utfordringer som ikke kan løses av en profesjon alene. Det foregår lite samhandling mellom de to hjemmebaserte tjenestene, som fremstår som siloorganisert. Kommunen ønsker å øke tverrfaglighet gjennom innføring av overbyggende prosedyrer gjennom bruk av individuell plan, mens profesjonsaktørene søker

flere spesialistroller som skal koordinere for å løse komplekse og sammensatte behov. Dette kan være tegn på at hierarkiske modeller fortsatt setter preg på normer, kultur og handlingsmønstre.

5.3 Ansattes medvirkning og autonomi

Gjennom empiri får vi innblikk i samspillet mellom profesjonsaktørene og om hvordan ledere og profesjonsaktørene forholder seg til hverandre i arbeidssituasjoner. Videre ønsker vi å se nærmere på forhold rundt arbeidsklimate, tilbakemeldingskultur og det handlingsrommet som eksisterer i dag i forhold til ønsket om å spre ledelse lengre ut i organisasjonen. Som tidligere nevnt i drøftingen, skal dette gjennomføres ved å gi profesjonsaktørene større muligheter til medvirkning. Ut fra Medbestemmelsesbarometeret kan dette være et nødvendig og nyttig grep. Ifølge Cappelen et al. (2020) kommer nemlig kommunal helse- og omsorgssektor, på tross av en generell positiv trend i offentlig sektor, aller dårligst ut i forhold til ansattes opplevelse av innflytelse på egen arbeidssituasjon.

Et av hovedmålene for omstillingen er ifølge empiri å effektivisere drift for å fortsatt kunne kunne yte gode og nødvendige helsetjenester i fremtiden. Et ledd i denne prosessen er å flytte ansvar og myndighet lenger ut i organisasjonen slik at det gjøres flere vurderinger og tas flere avgjørelser av profesjonsaktører som er nærmere beslutningene. Mer kompliserte oppgaver forventes dermed løst lengre unna den formelle ledelsen. Noe av kompleksiteten beskrives av Hauksdottir & Iversen(2020) som hevder at ulike problemstillinger og sykdommer, krever spisskompetanse samtidig som en raskt voksende pasientgruppe med langvarige og sammensatte helseutfordringer har behov for mer helhetlig tjenestekoordinering. Økt tverrfaglig samhandling er dermed avgjørende for å løse disse utfordringene.

Når grupper skal løse utfordringer på en effektiv måte er det ifølge Sjøvold(2022) viktig at gruppens dynamikk sammenfaller med omgivelsenes krav (s. 60). Vi ønsker å se nærmere på hvordan dette henger sammen med gruppens samhandlingskompetanse. Johannessen & Olsen (2008, s. 157) forklarer samhandlingskompetanse som hvordan en kommuniserer med hverandre, hvilken påvirkningskraft man har og hvilke erfaringsoverføringer som man evner å gjøre. Gjennom empirien framkommer det at profesjonsaktørene opplever at lederne vil dem vel, at de er til stede og følger med i det som skjer. Det framkommer også at leder vektlegger

å lytte til behov og imøtekomme noen av profesjonsaktørenes ønsker med mål om økt opplevelse av medbestemmelse. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 121) handler tillit om en sterk felles kultur som kan redusere behovet for overvåking og kontroll. Tillit gir dermed et grunnlag for å delegerer handlefrihet slik at man fremmer fleksibilitet. Dette kan være et tegn på at hjemmetjenesten har enkelte mekanismer på plass for å kunne delegerer myndighet ut i organisasjonen.

Imidlertid øves det ikke, ifølge informantene, på å gi tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene som gis, inneholder en overvekt av ros og da gjerne gjennom mer overflatiske kommentarer som “godt jobbet”. Enkelte informanter opplever det som vanskelig å gi kritikk og en av lederne uttrykker at hen er bevisst på at det sannsynligvis finnes ansatte som ikke tør si fra når det er noe de ikke kan. Evnen til å si stopp, tillate kritikk og endre kurs er ifølge Sjøvoll (2022) avgjørende for å oppnå en opplevelse av gjensidig tillit i en gruppe. Konstruktiv konfrontasjon er et viktig verktøy for på en positiv måte å aktivere opposisjonsfunksjonen. Dette kan eksempelvis være å vise interesse for andres synspunkter, formulert som et behov for å forstå noe bedre.

Psykologisk trygghet er ifølge Sjøvoll(2022, s.205) følelsen av at det er trygt å si fra uten frykt for sanksjoner. Han påpeker at dette ikke er en selvfølge i de fleste team, men likevel essensielt for teamets suksess. Han illustrerer dette via et eksempel fra Googles ansatteundersøkelse var at medlemmene i de mest suksessfulle teamene hadde klart å etablere normer som gjorde det mulig for dem å kunne utfordre hverandre uten frykt for sanksjoner. Denne tilstanden blir omtalt som psykologisk trygghet, eller gjensidig tillit. (Sjøvoll, 2022, s. 83-84). Psykologisk trygghet er en kritisk faktor for at grupper skal være effektive når de samhandler, og grunnlaget for oppnå denne tilliten i en gruppe er hvilken tilbakemeldingskultur man klarer å etablere. Basert på vår empiri rundt tilbakemeldingskultur i kommunen er vi usikre på om det eksisterer nødvendig nivå av psykologisk trygghet i gruppene. Som vi allerede har drøftet henger psykologisk trygghet, gruppedynamikk, omgivelsenes krav og en gruppes effektivitet sammen. Vi finner det dermed rimelig å anta at effektiviteten i gruppene i dag har et uforløst potensiale.

Gjennom empiri får vi innblikk i flere tiltak som er gjort for å endre et arbeidsmiljø preget av høyt sykefravær og konflikter til et sted der folk trives. Våre reaksjonsmønstre vil naturlig variere ut fra kontekst, hvor man foretrekker hyggelige møter, kontra utrivelige konfrontasjoner med andre mennesker. Ut fra dette er det forståelig at hjemmetjenesten etterstreber å etablere koselige møtepunkter for sine medarbeidere. Det er likevel, ifølge Heldal & Sjøvold (2021), viktig å være oppmerksom på at grupper som tidlig skaper en støttende atmosfære kan få problemer med å ta teamet til et høyere formålsnivå. Årsaken til dette er at normer i grupper etableres raskt men kan være vanskelige å endre etter at de er etablert. Dette finner vi også støtte for fra Sjøvold (2022, s. 279) som sier at normer kan være effektive hindre for en gruppe til å gjøre nødvendige endringer. Normene i gruppen kan altså utgjøre en barriere for de endringene kommunen ønsker.

Ut fra empirien har vi en opplevelse av at enkelte ledere og profesjonsaktører er passive i forhold til å påvirke organisasjonen gjennom sitt arbeid. Informanter fra begge hjemmebaserte tjenester bekrefter at profesjonsaktørene fortsatt uttrykker behov for bekreftelse gjennom nærledelse. En informant på ledernivå er i tvil hvorvidt eget ansvarsområde strekker seg utover den daglige driften og tar ikke selv initiativ til å undersøke nye ideer eller til å sjekke hvilke løsninger andre kommuner har valgt. Delegert makt og myndighet for å gjennomføre ideer bottom-up er formelt sett er tilstede og det fremgår av empiri at forutsetningene er der gjennom at ledelsen aktivt oppfordrer til slike initiativer. Samtidig opplever enkelte ledere at dette ikke skjer i den grad de håper på *“...jeg gir jo muligheten til folk. Nå må dere bare ta initiativ og så ordner dere opp i det. Men det er ikke blitt en god kultur på det der”*. Denne informanten beskriver at de har jobbet med regulering av verdier og atferd ved at de ansatte har utarbeidet kjøreregler på arbeidsplassen og at det oppfattes som lettere å gi tilbakemeldinger når det er brudd på disse. Ifølge Sjøvold (2022) er ikke utarbeidelse av kjøreregler for elementære prosedyrer nok til å engasjere grupper til å utvikle de fundamentale evner som trengs for å agere i situasjoner. Hvis dette er det eneste grepet lederen foretar seg, kan dette ifølge Sjøvold være et tillitsbrudd mot profesjonsaktørene. Han hevder at lederen i en slik kontekst spiller en særskilt viktig rolle for at gruppen skal mestre å utvikle fundamentale evner til å agere, og disse først må læres, aksepteres og internaliseres. En annen viktig faktor som kan være med på å forklare passivitet i organisasjonen, er begrensningene som enkelte enheter opplever gjennom nedtrekk i budsjetter, nedbemanninger

og en travlere hverdag. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019 s.391.) spiller kapasitet i organisasjoner inn i forhold til om en lykkes med endringer og informanter fra rus og psykisk-helsetjeneste og dagsenter forteller at forebyggende tverrfaglige møter ikke lengre gjennomføres på grunn av en krevende bemanningssituasjon.

Ovenfor har vi gjennom drøfting opp mot relevant teori sett på at ensidig fokus på trivsel i et arbeidsmiljø kan føre til stans i utvikling av nødvendige faktorer for å oppnå psykologisk trygghet fordi normer for samhandling raskt etableres. På tross av opplevelse av et godt arbeidsmiljø og trivsel, kan det se ut som psykologisk trygghet i gruppene ikke er stor nok til å kunne gi nødvendige tilbakemeldinger for å skape læring og utvikling. Det øves ikke aktivt på å forbedre tilbakemeldingskulturen, som er en essensiell del av samarbeidskompetanse. Når det fremgår at flere informanter opplever det gi tilbakemeldinger som vanskelig, gir dette grunn til å tro at effektiviteten til gruppene har et uforløst potensiale. Videre har vi gjennom drøfting opp mot teori og empiri sett at nivået av medvirkning ikke er så stort som tjenestene skulle ønske og at ledere har et spesielt ansvar for utvikling av grupper utover basale ting som regulering av atferd og kjøreregler. Fundamentale evner til å handle må læres og internaliseres. Ulik opplevelse av kapasitet i organisasjonen gjennom nedbemanning og reduksjon i budsjetter kan også påvirke evnen til å gjennomføre endringer.

5.4 Oppsummering drøfting

I dette kapittelet har vi drøftet vår empiri fra hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester opp mot relevant teori. Vi har drøftet problemstillingen ut fra våre tre tema og sett hvilke organisatoriske grep som er gjort og hvordan tverrfaglig samarbeid og samhandling foregår. Vi har også sett på betydningen av ansattes medvirkning og autonomi i forhold til endringsprosessen.

Vi finner gjennom vår drøfting at helse- og omsorgstjenesten har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre, flere grep som legger til rette for økt tverrfaglig samhandling med mål om økt effektivitet og reduksjon av kostnader. Kommunen har endret organisasjonsstruktur med mål om å flytte mer ansvar og myndighet ut i organisasjonen, de har aktivt satset på samlokalisering som et grep for mer tverrfaglig samhandling, de har startet innføringen av velferdsteknologiske løsninger med mål om økt effektivitet og de har gjennom

mandagskvarteret opprettet en informasjonskanal som bidrar til å formidle budskapet om veien videre. De er også klar til innføring av nytt tankesett i kombinasjon med ny arbeidsmodell gjennom oppstart av hverdagsrehabiliteringsteamet. Disse grepene er i tråd med statlige føringer samt teori om utfordringer og kompleksitet i kommunale tjenester og kan være kloke grep for å håndtere en kompleks virkelighet. Vi finner spor av suksess i historier om at samlokalisering av hjemmetjenesten har ført til økt effektivitet, mer nærledelse og bedre samhandling, og at barrierer som manglende kunnskap og motstand mot teknologiske løsninger ble oversteget gjennom å lære av feil og ved å finne nye løsninger.

Vi finner imidlertid også at tjenestene på tross av ny struktur ikke har lyktes med å flytte ledelse lenger ut i organisasjonen og at samlokalisering har ført til mer samarbeid rundt kjerneområder i tjenester, men ikke bidratt til mer tverrfaglighet mellom tjenester. På tross av en flatere organisasjonsstruktur ser vi fremdeles tegn til en hierarkisk organisering med avstamning fra new public management som kan være en barriere for videre fremdrift.

Formell samhandling skjer på ledernivå med begrenset grad av integrasjon mellom profesjoner. Vi finner at det i liten grad eksisterer en utbredt forståelse av begrepet sammensatte behov og kompleksitet ønskes fortsatt løst gjennom spesialistfunksjoner. Dette kan motvirke endringsønskene da det tenderer til silo-er i organisasjoner. Videre finner vi at det er gjort tiltak for arbeidsklima med god effekt de siste årene, men at samarbeidskompetansen lider fordi man ikke aktivt øver på å etablere en god tilbakemeldingskultur for å oppnå psykologisk trygghet. Handlingsrommet til ansatte er formelt sett god, men vi finner at kultur og normer fra tidligere påvirker negativt. Ledelsen ønsker seg initiativ nedenfra, og ansatte forventer tiltak ovenfra.

6.0 Konklusjon

En stadig eldre befolkning med et mer sammensatt sykdomsbilde og færre hender per bruker i norske helse- og omsorgstjenester, kombinert med statlige føringer om mer tverrfaglighet gav bakteppe for vår problemstilling: *Hvordan løser hjemmebaserte tjenester overgangen fra silobasert organisering til mer tverrfaglig tilnærming?* Interessante funn ble deretter drøftet opp mot relevant teori.

Flere av utfordringene de hjemmebaserte tjenestene i vår studie møter på er nok ganske like for tilsvarende tjenester over store deler av landet. Selv om vårt case har begrenset generaliserbarhet og vår drøfting ikke gir alle svar, kan vi likevel synliggjøre dilemmaer og valg som kan være relevant for andre. Svaret på problemstillingen vår er at kommunen handler i tråd med statlige føringer. Det gjøres overordnede grep for legge til rette for tverrfaglig tilnærming gjennom å etablere en flatere organisasjonsstruktur og samlokalisering. Vi mener at de til nå ikke har lyktes med å oppnå økt tverrfaglig samhandling på tvers av tjenester. De har fremdeles et tradisjonelt omsorgsperspektiv og den eksisterende arbeidskulturen og normene er tydelige barrierer for endringene som ønskes. De organisatoriske rammene for tverrfaglig samhandling er ikke tilrettelagt for å understøtte overgangen, noe som indikerer at de hjemmebasert tjenestene fortsatt er preget av hierarkiske styringsmekanismer. Det er imidlertid viktig å påpeke at hjemmebaserte tjenester er i starten av en lang endringsprosess som skal løse komplekse utfordringer. Den planlagte innføringen av hverdagsrehabiliteringsteamet vil kunne gi flere svar rundt nye arbeidsmodeller og tverrfaglig samarbeid.

6.1 Studiens styrker og svakheter

Dreiningen som kommunene skal gjøre med å gå fra tradisjonell pleie- og omsorgstjenester til mer aktiv, forebyggende innsats slik at vi også i fremtiden skal ha gode tjenester, anerkjenner vi som et meget viktig arbeid i samfunnet vårt. Dette har bidratt til et stort engasjement fra vår side og ført til at vi har hatt fokus på å være kritiske til vårt arbeid underveis i oppgaven. Vi har reflektert over noen punkter som potensielt kunne gjort studien bedre. Vår kompetanse som intervjuer utviklet seg underveis. Dette kan være med på å gi en forskjell i datakvalitet mellom første og siste intervju. Det er fortrinnsvis to ulike aspekter vi mener vi ser utvikling i forhold til. Det første gjelder vår kommunikasjon med hverandre under intervjuene for å hjelpe oss med flyten i samtalene. Dette ble raskt bedre og vi mener vi kunne utnyttet den bratte lærekurven ved å trene på intervjuformen noe mer før vi startet. Det andre aspektet går på i hvor stor grad vi turte å følge opp digresjoner fra hovedtemaet. Etterhvert som tryggheten vår i intervjusettingen økte, økte også vår evne til å følge opp interessante detaljer underveis

med informantene, selv om det tok avstikkere fra hovedemnene. Videre tror vi at vi kunne fått et bedre datasett ved å inkludere brukere av tjenestene som informanter. Dette spesielt med tanke på å tilegne oss kunnskap om tverrfaglig samarbeid sett i forhold til brukere med sammensatte behov.

6.2 Forslag til videre forskning

Kommunene legger strategier og handlingsplaner over et veldig langt tidsspenn, i vårt case strekker strategien seg over en tiårsperiode. En potensiell svakhet i slike langtrekkende planer ligger i om en klarer å foreta nødvendige revisjoner etterhvert som omstendighetene rundt endrer seg. I tillegg må hele organisasjonens kompleksitet vurderes fra gang til gang. Med dette som bakgrunn har vi fundert på hvilke alternative veier kommuner kan ha. Det har vært spennende å se forskning på hvordan tverrfaglige autonome team kan innføres i silo-pregede organisasjoner og eksistere parallelt. Slik kan man tenke seg å få gjennom radikale endringer, men i håndterbare størrelser for de impliserte og med minimale konsekvenser i den eksisterende organisasjonskulturen.

Figurliste

Figur 1 - Multi-, inter- og trans-disiplinarity, basert på Jantsch (1980) i Heldal (2008, s. 40)

Figur 2 - Lewin Unfreeze-Change-Freeze. Hentet fra (Jacobsen & Thorsvik, 2019, 390)

Figur 3 - Idealiserte organisatoriske typer. Referanse: (Kolbjørnsrud, 2019).

Figur 4 - The Cynefin Framework (Snowden, n.d.)

Litteraturliste

- Amundsen, O., & Kongsvik, T. (2016). *Endringskynisme: og kunsten å skape god endringspraksis*. Gyldendal akademisk.
- Ancona, D. G., & Bresman, H. (2007). *X-teams: How to Build Teams that Lead, Innovate, and Succeed*. Harvard Business School Press.
- Bjørkquist, C., & Jerndahl Fineide, M. (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Bukve, O., & Kvåle, G. (Eds.). (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (1st ed.). Universitetsforlaget.
- Cappelen, K., Andfossen, N. B., Hartviksen, T. A., Devik, S. A., & Solstad, L. J. (2020, Februar). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon*. Helsebiblioteket. Retrieved mars 03, 2022, from <http://www.omsorgsbiblioteket.no>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., & Tufte, P. A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt.
- The Cynefin Framework. (2010, July 12). *The Cynefin Framework*. YouTube. Retrieved Mars 21, 2022, from <https://youtu.be/N7oz366X0-8>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2018). Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. Wiley.
- Eliassen, M. (2021, November). *Kunnskapsnotat. En oppsummering av kunnskap om frivillighet, pårørende, medvirkning og digital kompetanse Kjerneområder i Leve hele livet-reformen*. Helsebiblioteket. Retrieved April 12, 2022, from <http://www.omsorgsbiblioteket.no>

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011, January 1). Lovdata. Retrieved May 23, 2022, from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

FredWall, T. E., Dale, B., Nilsen, E. R., & Strøm, B. S. (2020, Februar). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder Sammenheng og overganger i tjenestene. Helsebiblioteket. Retrieved March 22, 2022, from <http://www.omsorgsbiblioteket.no>

Handelshøyskolen BI. (2019, January 31). *Hvordan designe smidige og smarte organisasjoner?* | Vegard Kolbjørnsrud. YouTube. Retrieved Mars 21, 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=vI7foRQeSfk>

Hauksdottir, N., & Iversen, A. (2020). Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse og omsorgstjenester. (1st ed.). Gyldendal.

Heldal, F., & Sjøvold, E. (2021). Teams that are creatively productive: Exploring the exploitable and exploiting the explorable. *Necesse*, 6(1), 40-64. <https://hdl.handle.net/11250/2761830>

Helsedirektoratet. (2018). Helsedirektoratet. Retrieved March 15, 2022, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Hvordan få til brukermedvirkning? (n.d.). <https://www.kommunetorget.no>. Retrieved 04 18, 2022, from <https://www.kommunetorget.no/Praksis eksempler-og-sporsmal-svar/Sporsmal-Svar/Folkehelse/Hvordan-fa-til-brukermedvirkningg>

Irgens, E. J. (2011). Dynamiske og lærende organisasjoner: Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring. Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.

Johannessen, J.-A., & Olsen, B. (2008). Positivt lederskap: jakten på de positive kreftene (Fagbokforlaget, Ed.). Fagbokforlaget.

- Kanter, R. M. (2003). *Challenge of Organizational Change: How Companies Experience It And Leaders Guide It*. Free Press.
- Karp, T. (2016). *Til meg selv: det er ikke det jeg sier til andre, men hva jeg sier til meg selv : om selvledelse*. Cappelen Damm akademisk.
- Kolbjørnsrud, V. (2019, January 31). *Hvordan designe smidige og smarte organisasjoner?* | Vegard Kolbjørnsrud. YouTube. Retrieved April 12, 2022, from <https://youtu.be/vI7foRQeSfk>
- Laloux, F. (2014). *Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*. Nelson Parker.
- Landstad, T. (2022, May 6). (+) Stor mangel på helsepersonell – Bodø leide for 30,2 millioner kroner i fjor. *Avisa Nordland*. <https://www.an.no/stor-mangel-pa-helsepersonell-bodo-leide-for-30-2-millioner-kroner-i-fjor/s/5-4-1585121>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. (1999). Lovdata. Retrieved May 23, 2022, from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/>
- Meld. St. 15 (2017–2018) - regjeringen.no*. (2018, May 4). Regjeringen.no. Retrieved May 23, 2022, from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 26 (2014-2015) - regjeringen.no*. (2015, May 7). Regjeringen.no. Retrieved May 23, 2022, from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Normann, T., & Sandberg, N. A. (2021). ME303 - kandidatnummer 402, 418. In *Hjemmeeksamen Anvendt Metode*.
- Regjeringen (2014) *HelseOmsorg21*. Hentet fra: https://www.google.com/url?q=https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id%3D2266705&sa=D&source=editors&ust=1619467451275000&usg=AOvVaw2K_lxHmyCx6nvTWOt8jyX2
- Regjeringen (2021) *Teamarbeid gir bedre pasientoppfølging*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/teamarbeid-gir-bedre-pasientoppfolging/id2830506/>

Sjøvold, E. (2014, March 22). *Konstruktiv konfrontasjon i teamet*. Psykologisk.no. Retrieved March 27, 2022, from <https://psykologisk.no/2014/03/konstruktiv-konfrontasjon-i-teamet/>

Sjøvold, E. (2022). *TEAMET*. Universitetsforlaget.

Snowden, D. (2010, July 12). *The Cynefin Framework*. YouTube. Retrieved April 12, 2022, from <https://youtu.be/N7oz366X0-8>

Vedlegg

1. Meldeskjema NSD
2. Melding fra NSD
3. Informasjonsskriv
4. Intervjuguide

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema

Referansenummer

250808

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Bilder eller videoopptak av personer
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Stillingstittel, fagkompetanse og arbeidserfaring.

Prosjektinformasjon

Prosjektittittel

Masteroppgave for MBA Ledelse Nord Universitet 2019-2022

Prosjektbeskrivelse

Ut fra flere stortingsmeldinger kan vi forstå at regjeringen ønsker å legge til rette for utvikling av helse- og omsorgstjenester gjennom forskning, innovasjon, kommersialisering og næringsutvikling innenfor sektoren. Dette innbefatter også en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Tjenestene i dag blir beskrevet som for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering. Det uttrykkes behov for en mer aktiv, befolkningsrettet tilnærming, oversikt over behov og en systematisk tilnærming for å fordele ressurser i tråd med behovene. Hele tjenesten må arbeide mer forebyggende, tilby oppfølging og gi opplæring som bidrar til mestring.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Stillingstittel, arbeidserfaring og fagkompetanse utgjør viktig informasjon for å kunne sammenlikne ulike oppfatninger i forhold til nivået i organisasjonen knyttet til problemstillingen.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Nils Arve Sandberg, nilsarvesandberg@gmail.com, tlf: 48026777

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Frode Heldal, frode.heldal@ntnu.no, tlf: 73559994

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Ansatte i helse- og omsorgssektoren i ██████████ kommune

Rekruttering eller trekking av utvalget

Personlig rekruttering.

Alder

20 - 67

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Bilder eller videoopptak av personer
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Skriftlig, pr. e-post eller SMS

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

De kan få kopi av transkribert intervju.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?

Google Disk

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Nei

Begrunn hvorfor personopplysningene oppbevares sammen med de øvrige opplysningene

Vi benytter en skytjeneste for lagring av all informasjon knyttet til undersøkelsen.

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Flerfaktorautentisering
- Adgangsbegrensning
- Endringslogg
- Opplysningene krypteres under lagring

Varighet

Prosjektperiode

01.09.2021 - 31.05.2022

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Ja

Begrunn

Informantene jobber i en relativt liten organisasjon som øker muligheten for identifikasjon da stillingstittel og arbeidserfaring kan gjøre det mulig å gjenkjenne noen personer utifra svarene vi får.

Tilleggsopplysninger

Melding

30.09.2021 10:56

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 30.09.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Kjære XXX

Tusen takk for at du vil bidra til vår mastergradsoppgave på Nord Universitet.

Med dette ønsker vi å fortelle deg om bakgrunnen for oppgaven og problemstillingen vi jobber med. I tillegg er det viktig for oss at du vet dine rettigheter som deltaker i et forskningsprosjekt og hvordan vi tar vare på data gjennom oppgaven. Ansvarlige for prosjektet er Nils Arve Sandberg og Tonje Normann. Vår veileder for prosjektet er førsteamanuensis Frode Heldal på NTNU. Du får spørsmål om å delta i denne undersøkelsen på bakgrunn av din stilling i helse- og omsorgssektoren i XXX kommune.

Ut fra flere stortingsmeldinger kan vi forstå at regjeringen ønsker å legge til rette for utvikling av helse- og omsorgstjenester gjennom forskning, innovasjon, kommersialisering og næringsutvikling innenfor sektoren. Dette innbefatter også en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Tjenestene i dag blir beskrevet som for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering. Det uttrykkes behov for en mer aktiv, befolkningsrettet tilnærming, oversikt over behov og en systematisk tilnærming for å fordele ressurser i tråd med behovene. Hele tjenesten må arbeide mer forebyggende, tilby oppfølging og gi opplæring som bidrar til mestring.

Vi, som skriver oppgaven, synes ikke bare at dette problemområdet er faglig spennende, men anerkjenner at det er av stor viktighet for samfunnet generelt. Vi har definert oss følgende problemstilling som vi ønsker å undersøke:

Hvordan møter kommunen nasjonale føringer om en overgang fra silobaserte tjenester til mer tverrfaglige team i hjemmebaserte tjenester?

Vår metode er en kvalitativ undersøkelse basert på en semistrukturert intervjuguide. Dette vil si at vi ønsker å skaffe oss informasjon rundt problemstillingen ved å intervju personer som har relevant kunnskap om problemområdet. Vi legger opp til å kunne gjennomføre et intervju med deg fysisk. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 60 minutter. Vi ønsker å gjøre opptak av møtet på video. Det har to årsaker: 1) Vi kan bedre konsentrere oss om å holde en god dialog med deg når vi møtes 2) Vi kan komme tilbake til samtalen for å sjekke detaljer i ettertid.

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

Data fra denne undersøkelsen vil bli lagret i Google Drive der kun vi som studenter vil ha tilgang fra hver vår konto. Begge disse kontoene vil benytte tofaktorautentisering (2FA) for å sikre at ingen utenforstående kan få tilgang. Når sensur er falt på oppgaven, vil datamaterialet som ikke er direkte med i oppgaven, bli slettet innen en måned. Sensur på oppgaven er forventet mai/juni 2022.

Kommunenavnet vil ikke bli avslørt i oppgaven. Navn på informanter (personene vi intervjuer) vil bli anonymisert ved å benytte fiktive navn. Dette vil også bli presisert i oppgaven. Kjønn er ikke relevant for oppgaven og vil ikke bli benyttet. Stillingstittel, arbeidserfaring (lengde og innhold) samt beskrivelse av fagkompetanse til våre informanter vil kunne bli benyttet i oppgaven dersom det er relevante årsaker til det.

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

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

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Samtykke

Vi trenger samtykke fra deg for å gjennomføre intervjuer og bearbeide informasjon. Vi håper du kan svare på denne e-posten der det tydelig fremkommer at du samtykker til deltakelse i vår masteroppgave. Som et forslag kan teksten se slik ut: "Jeg samtykker med dette til å delta i masterstudiet til Tonje Normann og Nils Arve Sandberg for hjemmebaserte tjenester. Jeg er inneforstått med at jeg kan når som helst trekke meg fra oppgaven". På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Er det noe rundt oppgaven du lurer på kan du kontakte oss når du måtte ønske, både pr. e-post eller telefon. På forhånd ønsker vi å si tusen takk for at du ønsker å bidra med innsikt til vår oppgave.

Vår kontaktinformasjon:

- Nils Arve Sandberg, student, nilsarvesandberg@gmail.com, tlf: 48 02 67 77
- Tonje Normann, student, tohepet@yahoo.no tlf: 46902251
- Frode Heldal, Førsteamanuensis NTNU, frode.heldal@ntnu.no, tlf: 73 55 99 94

Vi gleder oss til å møte deg.

Vennlig hilsen

Nils Arve Sandberg og Tonje Normann

Intervjuguide - hjemmebaserte tjenester

Dagens situasjon

Beskrivelse av hvordan de jobber i dag

Fri beskrivelse av egen arbeidshverdag

- Oppgaver og ansvar

Fragmentering i dagens hjemmebaserte tjenester

- Hvordan vil du beskrive tjenestene i dag?
- Hvordan driftes hjemmebaserte tjenester i dag?
- Hvordan ivaretas brukere med sammensatte behov
 - Hvilke tjenester får disse?
 - Hvordan utføres disse tjenestene mhp samarbeid mellom fagområder?
 - Hvordan oppleves kommunikasjon mellom fagpersonene?
- Hvordan foregår kommunikasjonen mellom fagpersoner (hvor mange ulike siloer må snakke sammen for at en tjeneste blir utført?)

Hvilken forskning er tatt inn i arbeidet med utvikling av de hjemmebaserte tjenestene?

- Hvem i kommunen har jobbet med dette?
- Har alle som ønsker fått tilgang til forskningen slik at de kan ha samme forståelse?
 - Hvordan foregår denne kunnskapsdelingen? (gruppearbeid, selvstudie, er det bakt inn i arbeidsdagene...)

Hvilke innovasjoner har kommunen tatt i bruk?

- Er det egne innovasjoner eller innovasjoner fra andre?
- Er noen av disse satt ut i livet?
 - Hvordan har dette artet seg?
 - Hva har man lært av disse?
 - Og hvordan har man lært av utprøvingen?

Empowerment(myndiggjøring): (autonomi for team)

Hvor smerter det i dag i med arbeidet som utføres?

- Hvordan vil du beskrive mengden regler du må forholde deg til?
- I hvor stor grad kan man ta egne avgjørelser vs. følge oppsatte regler
 - Regler fra faget (eks. sykepleiere og lovmessige bestemmelser) og regler satt av arbeidsgiver (f.eks tidsbruk, budsjett o.l)
- I hvilken grad blir man oppfordret til å selv ta avgjørelser?
 - Hvilke problemstillinger kan det typisk være? Eksempler.
- Ledere kan ha problemer med å gi fra seg makt. Har det vært noen eksempler på at myndiggjøring ikke har funnet sted på grunn av dette?
- Avgjørelser andre tar for deg?
- Hvor ofte vil du måtte spørre andre i kommunen om lov til å bruke penger for å løse oppgavene dine?

- Tidsrammer/avgrensninger
- Sosialt miljø/arbeidskultur
 - Empati mellom kollegaer
 - Empati for kunden/brukeren
 -

Psykologisk trygghet

- I hvor stor grad tør du si din mening?
- Hvor lett er det for deg å foreslå løsninger?
 - Hvilke episoder kan du komme på der du har latt være å foreslå noe (eller begrenset deg)?
- Hvordan gir du tilbakemeldinger til dine kollegaer hvis de har gjort en feil?
- Hvordan gir du tilbakemeldinger til dine kollegaer hvis de har gjort noe bra?
- Hvordan får du tilbakemeldinger
 - Fra kollegaer
 - Fra ledere

Wholeness

-
- Har du noen tanker om hvordan dere kan jobbe mer temabasert, har du forslag til endringer i tjenesten. Hvor ofte føler du at den jobben du gjør, stemmer overens med dine egne verdier?
 - Kan du komme på eksempler der det er en dissonans mellom dine verdier og hva du gjør, eller hvordan du utfører et arbeidsstykke?

Visjon/drømmescenario

Hvis du får velge helt fritt (hva og hvorfor)

- Hvordan ville du utført jobben da?
- Hvordan ville du organisert et team?
- Hvordan ville du organisert de hjemmebaserte tjenestene?
- Andre ting du ville endret? Og hvorfor?