



TILLITSMODELLEN

- sluttrapport for Prosjekt Tillitsmodellen



Bydel Ullern



Bydel Grorud



Bydel Gamle Oslo



Bydel Østensjø

Forord

Bydelene Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø fikk i desember 2015 oppdrag fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid om å prøve ut en modell for hjemmetjenesten hvor fagpersonene myndiggjøres og gis større ansvar for tjenestene til den enkelte. Prosjektet skulle prøve ut en ny(e) forvaltningsmodell(er) for definering av tjenestebehov.

Gjennom en organisering av hjemmetjenesten i mindre tverrfaglige team med et utvidet ansvar og med saksbehandling som en del av teamets ansvar har prosjektet prøvd ut en alternativ forvaltningsmodell for definering av tjenestebehov.

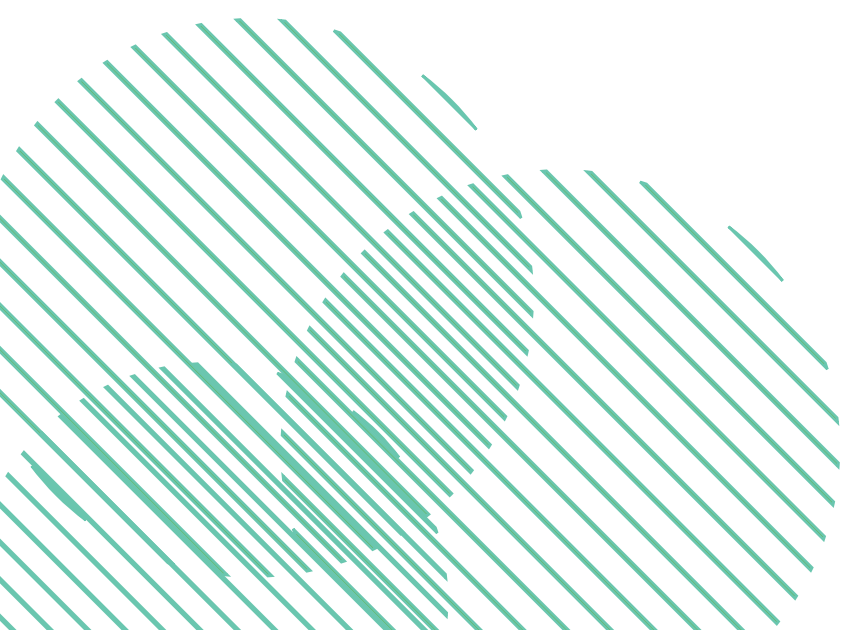
Bydelene ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt i prosjektet, spesielt brukere, og ikke minst alle medarbeidere og ledere i teamene i de fire bydelene. Prosjektet ville ikke vært mulig uten alles engasjement og vilje til å prøve ut nye ideer.

Prosjektet har vært omfattende og utfordrende, men også svært lærerikt.

Bydelene håper at erfaringene fra prosjektet kan benyttes i utviklingen av hjemmebaserte tjenester i Oslo kommune.

Oslo, 11.06.2018

Marie Anbjørg Joten,
bydelsdirektør - Bydel Ullern



2	Forord
4	1 / Innledning
5	2 / Mandat
6-7	3 / Organisering
8	4 / Kort oppsummering
9-10	5 / Oppnåelse av prosjektets resultater
9	5.1 Resultatmål
10	5.2 Effektmål i prosjektplan
11	6 / Økonomiske rammer for prosjektet
12-17	7 / Prosjektets hovedprodukt
12-13	7.1 Selvstyrende tverrfaglige team
16	7.2 Saksbehandling inn i hjemmetjenesten
17	7.3 Hjemmetjenesten forvalter egne korttidsplasser
18-21	8 / Prosjektets faser
18-19	8.1 Utvikle konsepter for pilotering
20	8.2 Minipilot
20-21	8.3 Hovedpilot
21	8.4 Evaluering
22-26	9 / Beskrivelse av pilotering og erfaringer i hver bydel
22-23	9.1 Bydel Gamle Oslo
23-24	9.2 Bydel Grorud
24-25	9.3 Bydel Ullern
25-26	9.4 Bydel Østensjø
27	10 / Målinger
28-33	11 / Evaluering av prosjektet
28	11.1 Planlegging og gjennomføring av prosjektet
28-29	11.2 Følgforskningens funn og anbefalinger
30-31	11.3 Suksessfaktorer
31-32	11.4 Usikkerhet
33	11.5 Viktige læringspunkter
34	0 / Vedlegg og henvisninger

1 / Innledning

Prosjekt Tillitsmodellen har sin bakgrunn i Bystyremeldingen *Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo*. Meldingen er en strategisk plan for Oslo kommunes arbeid for en aktiv og sunn aldring i befolkningen, inklusive fremtidig eldreomsorg. Meldingen viser hvilke prioriteringer og strukturendringer byrådet vil foreta for å få en bærekraftig pleie- og omsorgssektor og har et perspektiv frem mot 2024. Det er lagt vekt på forebyggende helsearbeid, brukermedvirkning og bedret folkehelse. Meldingen fokuserer videre på innovasjon, forskning og utvikling.

Henvisning 1 - Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo

Tillitsmodellen er første gang nevnt i *Seniormeldingen*, den gang omtalt som nabolagsorganisering av omsorgstjenestene. Det ble henvist til Nederland hvor man har utviklet modellen *Buurtzorg*. Dette er en modell for hjemmetjenester der oppgaveglidning settes i system ved at et større antall oppgaver og utvidet ansvar blir gitt til spesialutdannet personale. Modellen hadde vært en stor suksess og ført til økt tilgang på kvalifisert personale, økt produktivitet og kvalitet. Samtidig hadde man sett en reduksjon av kostnader, reisetid, nødvendige ressurser per pasient, fravær og utskifting av personell. Byrådet ville derfor prøve ut modellen i noen geografiske soner i utvalgte bydeler, der en gruppe fagpersoner får ansvar for tjenestetilbudet.

Høsten 2015 fikk Oslo et nytt byråd, og det ble utarbeidet en plattform for det nye byrådssamarbeidet. Det nye Byrådet ville gjennomføre forsøk i et utvalg bydeler med alternativ til bestiller- utførermodellen og vurdere en alternativ organisering av hjemmetjenester og eldreomsorg. Byrådet hadde også fokus på at tillit skulle ligge til grunn for byrådets styring av Oslo kommune. Økt tillit handlet om overføring av faglig

myndighet, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog, kompetansehevende tiltak og forankring, jfr. Plattform for byrådssamarbeid 2015 - 2019.

Henvisning 2 - Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti 2015-2019.

Prosjekt Nabolagsorganisering endret navn til *Prosjekt Tillitsmodellen* og det ble utarbeidet et nytt mandat for prosjektet i desember 2015. Oppstart av prosjektet ble forskjøvet til januar 2016. Prosjektet er en del av Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid sitt Oslo + program under felles programledelse.

Henvisning 3 - Oslo+ Program for tjenesteinnovasjon

Prosjektet har vært fulgt av følgeforskning. Oppdraget har vært å undersøke erfaringene med gjennomføringen av minipilot og hovedpilot med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler. Universitetet i Sørøst-Norge har vært ansvarlige for følgeforskningen. Erfaringene fra følgeforskningen er beskrevet i egne rapporter.

Vedlegg 3 - Tillitsmodellen erfaringer med minipilotering av selvstyrte team i tre bydeler i Oslo og Vedlegg 4 - Tillitsmodellen - hovedpolitering 2017-18.

2 / Mandat

- Mandat for Tillitsmodell fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid av desember 2015

2.1 Bakgrunn for prosjektet

De hjemmebaserte tjenestene har vært basert på en bestiller-utførermodell med sterke kontrollrutiner og rapporteringskrav. Detaljerte vedtak og stramt definerte tidsrammer er lagt til grunn for tjenester den enkelte mottar. Fagpersoner har hatt liten mulighet for fleksibilitet og faglige vurdering ved endring av behov og tilstand. Det er behov for å prøve ut nye modeller for tjenestetildeling og utførelse. Den enkelte som mottar tjenester skal i større grad involveres med utgangspunkt i hva som er viktig for dem. Medarbeidernes faglig stolthet, arbeidsglede og kreativitet skal verdsettes. Tillitsmodellen i Oslo skal implementere nyere tilnæringsmåter som legger vekt på den enkeltes ressurser, egenmestring og kontroll over eget liv. I tillegg skal Oslomodellen hente inspirasjon fra tjenesteinnovasjon i andre land.

2.2 Oppdraget

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

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

2.4 Organisering

Det utpekes en prosjektledende bydel med ansvar for at det etableres et prosjekt og nedsettes en styringsgruppe. Styringsgruppen skal bestå av representanter fra deltagende bydeler, ansattes representanter, samt en kontaktperson fra EST som observatør. Leder for styringsgruppen har ansvar for informasjonsoverføring og dialog mellom prosjektet og EST.

- Det skal være bred tverrfaglig deltagelse fra medarbeiderne i prosjektarbeidet.
- Prosjektet inkluderer interne og eksterne samarbeidspartnere når hensiktsmessig. Valg av samarbeidspartnere gjøres i samarbeid med EST.
- Prosjektene skal evalueres, og bydelene skal tilrettelegge for forskning. Organisering av evalueringen og forskningen skal skje i regi av EST.

2.5 Fremdrift

Tidsplan er 1. juni 2015 - 31. mai 2017. Bydelene etablerer styringsgruppe og konkretiserer mandat med milepæler innen 15. juni 2015. Styringsgruppens leder har ansvar for rapportering til og dialog med EST. Statusrapport skal leveres EST etter avtale. I samarbeid med EST avtales sluttrapportering og evaluering av prosjektet.

Vedlegg 1- Mandat Tillitsmodellen

3 / Organisering

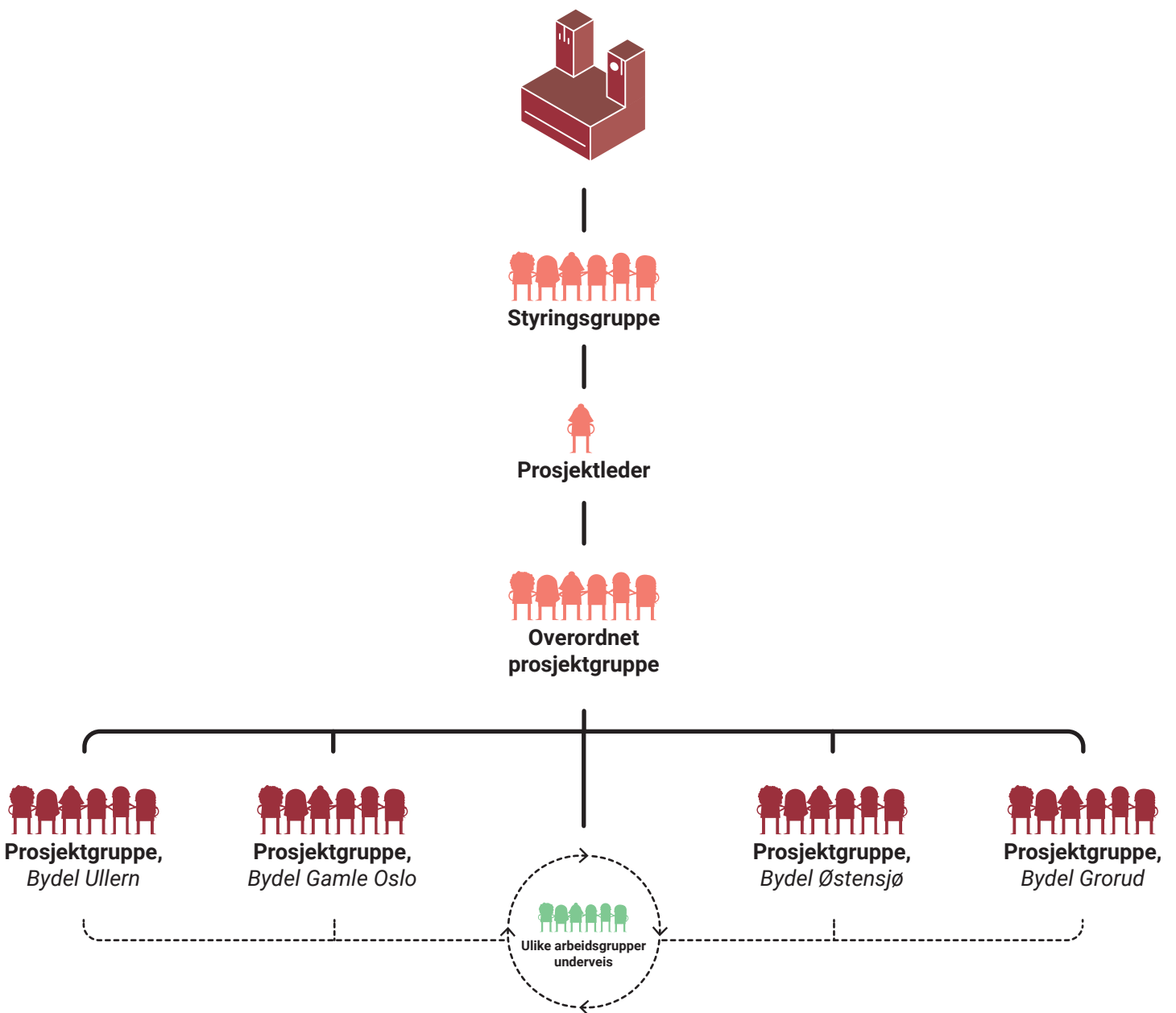
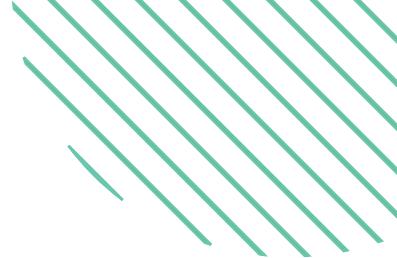
Bydel Ullern har vært prosjektledende bydel og deltatt i prosjektet sammen med bydelene Gamle Oslo, Grorud og Østensjø. Prosjektet har vært organisert med styringsgruppe, overordnet prosjektgruppe, samt lokale prosjektgrupper i hver bydel. Det har underveis i prosjektet vært flere delprosjekter/ arbeidsgrupper, både internt i hver bydel og på tvers av bydelene, med bred tverrfaglig deltagelse. Fagorganisasjonene har vært representert i både prosjektgrupper og styringsgruppen. Styringsgruppen har hatt brukerrepresentant fra Ullern eldreråd.

Styringsgruppen har bestått av:

- Bydelsdirektør Marie Anbjørg Joten - Bydel Ullern (leder av styringsgruppen)
- Bydelsdirektør Tove Stien - Bydel Østensjø
- Bydelsdirektør Øystein Eriksen Søreide - Bydel Grorud
- Bydelsdirektør Lasse Østmark tom. juni 2017 -Bydel Gamle Oslo
- Bydelsdirektør Tore Olsen Pran fom. oktober 2017 - Bydel Gamle Oslo
- Tillitsvalgt Roger Dehlin - Fagforbundet
- Tillitsvalgt Veronica Zysman - Norsk Sykepleierforbund
- Spesialrådgiver Eva Graziano - observatør fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid
- Prosjektdirektør Jan Olsen Nytveit - observatør fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid
- Leder Ullern Eldreråd Berit J.Ris - observatør

Prosjektgruppen har bestått av:

- Overordnet prosjektleder Hilde Holm tom. mai 2017 - Bydel Ullern
- Seksjonssjef Hanne Zakariassen - Bydel Gamle Oslo
- Seksjonssjef Christelle Nilsson tom. april 2017 - Bydel Østensjø
- Lokal prosjektleder Anne Hartvedt fom. mai 2017 - Bydel Østensjø
- Avdelingssjef Bente Almås tom. januar 2017 - Bydel Grorud
- Lokal prosjektleder Terje Schjødt- Osmo fom februar 2017 - Bydel Grorud
- Lokal prosjektleder Mary Anne Johannessen tom august 2016 - Bydel Ullern
- Avdelingssjef Giske Edvardsen fom. august 2016 - Bydel Ullern
- Tillitsvalgt Britt Holand - Fagforbundet Bydel Østensjø
- Tillitsvalgt Nils Rise - Norsk Sykepleierforbund (sentralt)



Modell: prosjektorganisering

4 / Kort oppsummering

Bydelene Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø har på oppdrag fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid prøvd ut en modell for hjemmetjenesten hvor fagpersonene myndiggjøres og gis større ansvar for tjenestene til den enkelte. Tjenestene til den enkelte skal være helhetlige og sees i en sammenheng uten detaljstyring. Prosjektets resultatmål har vært å prøve ut en ny(e) forvaltningsmodell(er) for definering av tjenestebehov (*mandat 2015*).

Gjennom en organisering av hjemmetjenesten i mindre tverrfaglige team med et utvidet ansvar og med saksbehandling som en del av teamets ansvar, har prosjektet prøvd ut en alternativ forvaltningsmodell for definering av tjenestebehov. Det har vært gjennomført pilotering i to perioder med til sammen åtte team i de fire prosjektbydelene.

Prosjektet har vært fulgt av følgeforskning. Erfaringene viser at medarbeidere og ledere i all hovedsak ønsker *Tillitsmodellen* velkommen. Resultatene viser at det å benytte egen faglighet i større grad, fleksibel mulighet til å justere tjenestene etter brukernes behov og samarbeid på tvers av profesjoner er motiverende og meningsfylt.

Mindre team gir bedre kontakt og medarbeiderne opplever at det gis bedre tjenester, uten at dette er dokumentert med tall.

Følgeforskningen viser at medarbeidere ønsker stor grad av selvbestemmelse, men de opplever i mindre grad at de har dette. De opplever også i mindre grad at forslag til endringer blir tatt godt imot og at de har frihet til å finne gode løsninger. På den andre siden gir de uttrykk for å bli vist ganske stor grad av faglig tillit. Tverrfaglighet og saksbehandling som en del av teamets ansvar oppleves som positivt. Ingen ønsker seg tilbake til bestiller-utførermodellen.

Mange brukere i hjemmetjenesten har rapportert økt tilfredshet med besøk av færre antall ansatte. Generelt oppfatter følgeforskerne *Tillitsmodellen* som svært lovende, men fortsatt underveis i utviklingen.

Prosjektet har vært gjennomført i bydelenes kommunale hjemmetjenester. Prosjektet har ikke utredet mulige konsekvenser for fritt brukervalg i forbindelse med eventuell innføring av *Tillitsmodellen* da dette ikke var en del av mandatet.

5 / Oppnåelse av prosjektets mål

5.1 Resultatmål

Prosjektets oppdrag har vært å prøve ut en modell for hjemmetjenesten hvor fagpersonene myndiggjøres og gis større ansvar for tjenestene til den enkelte. Tjenestene til den enkelte må være helhetlige og sees i en sammenheng uten detaljstyring (*mandat 2015*).

Det følger også av oppdraget at:

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

Modellen har vært utviklet i samarbeid mellom bydelene Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø. Det har vært representasjon fra brukerne i styringsgruppen med deltager fra Ullern elderråd. I utviklingsfasen ble det innhentet tilbakemeldinger fra elderrådene i prosjektbydelene. Fagorganisasjonene har vært representert i styringsgruppen, og det har vært representanter fra både fagorganisasjonene og medarbeidere i prosjektgrupper og arbeidsgrupper.

Gjennom en organisering av hjemmetjenesten i mindre tverrfaglige team, med et utvidet ansvar og med saksbehandling som en del av teamets ansvar, har prosjektet prøvd

ut en forvaltningsmodell for definering av tjenestebehov og utførelse i hjemmetjenesten. *Selvstyrte tverrfaglige team* er definert som prosjektets hovedprodukt, og er nærmere beskrevet i kapittel 7.

Å organisere i tverrfaglige sammensatte team med saksbehandling integrert, har bidratt til å redusere behovet for rapportering og kontroll mellom bestiller og utfører i det daglige. Organiseringen har ført til et tettere samarbeid og dialog mellom saksbehandler og øvrige medarbeidere i teamet.

Prosjektet har hatt fokus på teamlederrollen i hjemmetjenesten og har ikke vurdert tillitsbasert ledelse på alle nivå, men doktoravhandlingen til Bentzen (2016) viser at tillitsbasert styring og ledelse er nødvendig for at medarbeidere skal få en autonom rolle.

Henvisning 4- Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner- I springet fra ambition til praksis

Det vil derfor være en forutsetning for å lykkes med *Tillitsmodellen* at det er tillitsbasert ledelse på alle nivå i en organisasjon. Erfaringen fra følgeforskningen viser at *Tillitsmodellen* krever en ny teamlederrolle. Skal man lykkes med en implementering må lederen delta aktivt i det daglige arbeidet, engasjere seg faglig og ta en coachende rolle overfor teammedlemmene. Teamledere trenger skoling og coaching i denne nye rollen.

Vedlegg 4 - Tillitsmodellen - hovedpiloting 2017- 18

Tidlig i prosjektet var en av ideene å prøve ut et alternativ med å oppbemanne et team med blant annet flere heltidsstillinger for å se om det kunne gi redusert vikarbruk. Denne ideen ble imidlertid ikke besluttet videreført til utprøving. Bydelene har hatt et fokus på å øke antall heltidsstillinger i tråd med Byrådets føringer.

5.2. Effektmål i prosjektplan

Ved oppstart av prosjektet ble det utarbeidet prosjektplan og vedtatt følgende effektmål:

- Brukerne skal oppleve økt tilfredshet med tjenestene som ytes, herunder økt brukermedbestemmelse
- Større ansvar og myndighet til medarbeidere i hjemmetjenesten til å tilpasse tjenesten ved endring av behov og tilstand
- Effektiviteten skal øke og ressursbruken skal reduseres i tjenesten
- Medarbeidere skal oppleve økt tilfredshet med sin arbeidssituasjon, herunder faglig stolthet og arbeidsglede
- Fraværet blant ansatte skal reduseres
- Mindre rapportering

Vedlegg 2 - Prosjektplan Tillitsmodellen

Prosjektet har vært fulgt av følgeforskning som har undersøkt erfaringene med utprøving av selvstyrte team i minipilot og hovedpilot.

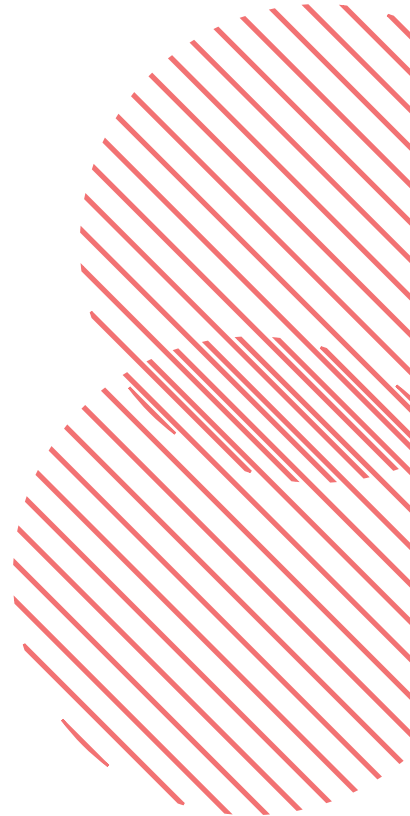
Det har vært gjennomført både kvantitative og kvalitative undersøkelser. Blant annet har det både ved oppstart og avslutning av hver pilotperiode vært bruker- og medarbeiderundersøkelser. For beskrivelse av erfaringene med pilotene vises det til rapporter fra følgeforskningen.

Vedlegg 3 - Tillitsmodellen erfaringer med mini-pilotering av selvstyrte team i tre bydeler i Oslo *Vedlegg 4 - Tillitsmodellen - hovedpolitering 2017-18.*

Så langt det har vært mulig har prosjektet fulgt utviklingen i effektivitet, ressursbruk og sykefravær, jfr. kulepunkt fire og fem. Piloteringen har vært av kort varighet og det vil ta lengre tid å synliggjøre effektene av *Tillitsmodellen* enn varigheten av pilotperiodene. Det er derfor for tidlig å si noe om effektene av *Tillitsmodellen* på disse områdene. Når det gjelder kulepunkt seks mener bydelene i prosjektet at å organisere i tverrfaglige sammensatte team med saksbehandling integrert, har bidratt til å redusere behovet for rapportering og kontroll mellom bestiller og utfører i det daglige.

6 / Økonomiske rammer for prosjektet

Prosjektet har hatt en samlet økonomisk ramme på kr. 6 750 000. Midlene har finansiert lønn til overordnet prosjektleder, gjennomføring av følgeforskning/evaluering, konsulentbistand ved gjennomføring av workshops, samt til veiledning av teamene. I tillegg har bydelene fått midler til frikjøp av medarbeidere til workshops og opplæring. Bydelene har også bidratt med egne ressurser ved gjennomføring av prosjektet. Prosjektet har vært gjennomført innenfor tildelt ramme.



7 / Prosjektets hovedprodukt

- Ny forvaltningsmodell for vurdering og utførelse av hjemmetjenester

Gjennom en organisering i mindre selvstyrende tverrfaglige team, med et utvidet ansvar, samt saksbehandling som en del av teamets ansvar, har prosjektet prøvd ut en ny forvaltningsmodell for vurdering og utførelse av hjemmetjenester. Forvaltningsmodellen defineres som prosjektets hovedprodukt og resultatmål, og modellen innebærer både organisasjonsutvikling og tjenesteutvikling. Det var etter utviklingsfasen enighet om at "Selvstyrte tverrfaglige team" var det mest sentrale konseptet og en forutsetning for hele piloteringen.

7.1 Selvstyrende tverrfaglige team

Med "selvstyrende team" i prosjektet menes at teamet er ansvarlig for selv å løse delegerte oppgaver.

Hvert team har hatt ansvar for brukerne med vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand tilhørende et definert geografisk område, totalt ca. 60-80 brukere i hvert team. Teamet har bestått av 10-15 årsverk med tverrfaglig sammensetning; Sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, ergoterapeut, fysioterapeut samt saksbehandler. Saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut har hatt ansvar for to eller flere team. Det enkelte team har utarbeidet rutiner for organisering og samspill i samarbeid med teamleder og prosjektleder. Det har vært lagt opp til at teamene selv følger med på ressursbehovet og i fellesskap vurderer fordeling av oppgavemengde og eventuell innhenting av nødvendige ekstra ressurser og spesialkompetanse. Dette kunne også innebære håndtering av fravær. I løpet av prosjektet har ikke innleie av vikarer vært prøvd ut som en del av teamenes ansvar. En leder fra hjemmesykepleien har vært

nærmeste leder for teamet (teamleder). Lederansvaret inkluderte også personalansvar for saksbehandler, fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmehjelp, og hver teamleder har hatt ansvar for ett til tre team. I Bydel Gamle Oslo har ikke teamleder hatt personalansvar for ergoterapeut og fysioterapeut.

Teamet var i prosjektet ansvarlig for faglig oppfølging av brukerne samt fortløpende planlegging og arbeidsfordeling. Dette inkluderte også det daglige ansvaret for å følge opp PLO meldinger, (elektroniske meldinger fra for eksempel sykehus og fastlege) beskjed-journaler og revurderings-journaler, se også

Vedlegg 12 - Modell 1 og 2 hovedpilotering.

Det var krav til helsefaglig utdanning hos alle ansatte i teamene med unntak av hjemmehjelperne. Teammedlemmenes kompetanse ble kartlagt for å avdekke kompetansehull og behov for kompetansehevede tiltak. Alle, uavhengig av faglig bakgrunn, skulle aktivt dele sin kompetanse og bidra til at både brukere, pårørende og kollegaer får aktuell informasjon om tiltak og veiledning som fremmer mestring og selvstendighet.

Teamene har innhentet spesialkompetanse ut fra behov; f.eks kreftsykepleier, psykisk helsearbeider, ernæringsfysiolog, demensteam, seniorveileder etc.

Brukerfokus og brukermedvirkning har vært sentralt i teamenes arbeid. Oppstart- / kartleggingssamtaler med utgangspunkt i "Hva er viktig for deg?" og hverdagsmestring har vært utgangspunktet for planleggingen av tjenestene til den enkelte bruker. Dette innebærer økt samhandling med brukere, pårørende og nettverket rundt bruker. Oppstartsamtalet/kartleggingssamtalen ble utført tverrfaglig.

Vedlegg 11 - Mal kartleggingssamtale

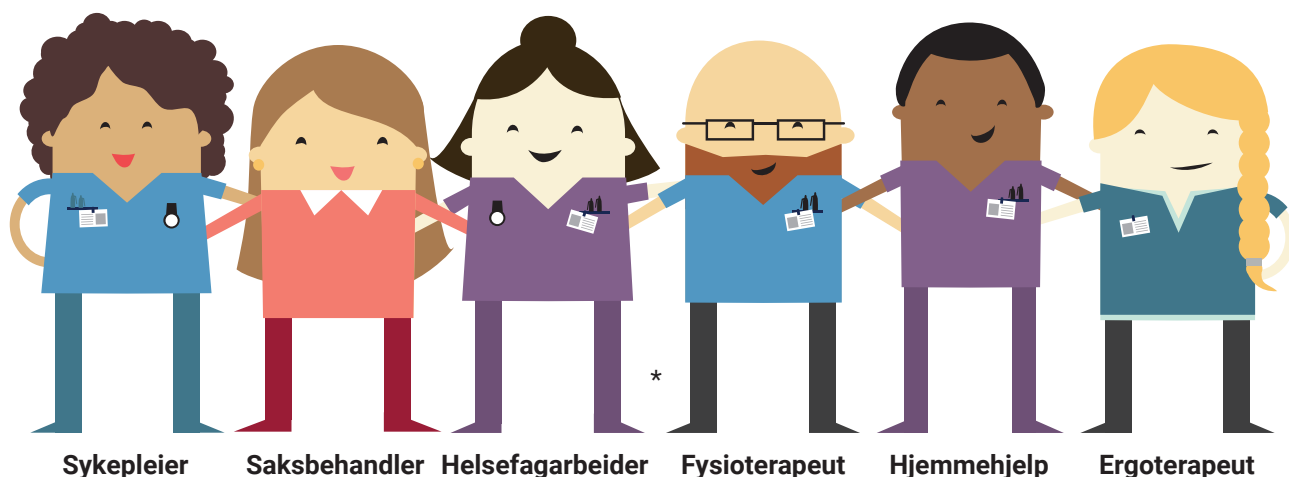
I utviklingsfasen ble behovet for økt kompetanse både på individnivå og teamnivå tydelig. De viktigste kompetanseområdene var *tillitsbasert styring og ledelse, å jobbe selvstørt, hverdagsmestring, dokumentasjon og oppfølging av Gerica*. Det ble avdekket manglende basiskompetanse, spesielt innen dokumentasjon, noe som medførte større opplæringsbehov enn antatt. Kompetanseplan ble utarbeidet sentralt og i hver bydel. Det har i løpet av prosjektet vært flere samlinger og workshops med kompetansedeling på tvers av bydeler og team. Helseetaten har bistått prosjektet med planlegging og gjennomføring av flere workshops og har også

hatt hovedansvar for utarbeidelse av sentral kompetanseplan. *Tillitsmodellen* har vært gjennomgående tema i ledernetverkene som Helseetaten arrangerte i 2016 og 2017.

Vedlegg 7 - Kompetanseplan for hovedpilot Tillitsmodellen fra 01.09.2017.

Modell 1 og 2

Beskrivelser av Modell 1 og 2 på neste side gir en detaljert oversikt over teamenes ansvar og oppgaver. Modell 1 og 2 ble skjematisk beskrevet og besluttet før hovedpilot, men de fleste arbeidsoppgavene i modellene ble testet ut i minipilot.



Modell: Selvstyrte tverrfaglige team

Felles for Modell 1 og 2



Teamet er ansvarlig for alle brukere, som har vedtak, tilhørende et geografisk område.



"Hva er viktig for deg?" er styrende i både tjenestetildeling og den daglige tjenesteutførelsen.



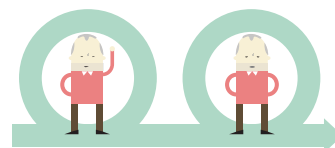
Teamet lager og følger opp tiltaksplaner basert på "Hva er viktig for deg?" med beskrivelse av mål og dato for evaluering mål.



Teamet utfører tiltak hverdagsmestring.



Teamet har veiledning og rådgiving internt i teamet og tverrfaglige møter for å vurdere brukere i teamet.



Teamet utfører alle revurderinger av vedtak og tiltaksplan.



Teamets faste medlemmer rapporterer til samme leder.



Teamet følger opp sykehus, helsehus og KAD for eksisterende brukere.



Teamet gjennomfører oppstartssamtaler/kartleggingssamtaler for nye og overførte brukere.



En i teamet er til enhver tid ansvarlig for delegerte oppgaver, ansvaret går på omgang eller er fast.



Teamet følger opp PLO/OL-beskjedjournaler.



Teamet utfører hverdagsrehabilitering for eksisterende brukere.



Teamet innhenter annen kompetanse eller veiledning ved behov.



Teamleder har vedtaksmyndighet***og kan ha ansvar for ett til tre team.

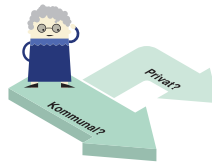


Teamet er ansvarlig for å vurdere ressursbehov og lage egne arbeidslister/vaktlister. Ulik praksis i bydelene, eks. bestilling av vikarer ved korttidsfravær.

Modell 1



Teamet erstatter Søkdaskontor, vurderingsteam, og innsatsteam. Teamet vurderer behov, utfører saksbehandling og fatter vedtak**.



Teamet leverer tjenester til nye brukere inntil vedtak er fattet og den enkelte har valgt tjenesteleverandør i henhold til fritt brukervalg.



Teamet erstatter hverdagsrehabiliteringsteam og leverer selv disse tjenestene for nye brukere.



Teamet følger opp sykehus, helsehus og KAD for nye brukere.

Modell 2



Andre spesialteam som vurderingsteam, innsatsteam og hverdagsrehabiliteringsteam el. leverer tjenester til nye brukere som i dag.



Arbeidslag demens leverer tjenester til egne brukere selv om de tilhører Tillitsteamets område. Dersom nye brukere kvalifiserer til tjenester fra Arbeidslag demens vil de overføres til dette teamet.

* Begrepet helsefagarbeidere omfatter hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere

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

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

7.2 Saksbehandling inn i hjemmetjenesten

Saksbehandler har vært en egen funksjon/ansatt og organisert under teamleder i hjemmetjenesten. I prosjektet har det vært lagt vekt på å sikre at saksbehandlingskompetansen ikke skulle bli forringet ved overføring av ansvaret til hjemmetjenesten. Ved å ha egne ansatte som har hatt hovedansvaret for saksbehandlingen har kompetansen blitt opprettholdt.

Det har i det daglige vært tett samarbeid mellom saksbehandler og medarbeidere i teamet både ved tildeling av tjenester til nye brukere og ved revurdering. Blant annet har det vært gjennomført kartleggingsamtaler og andre møter med brukere i fellesskap. Saksbehandler har hatt kontor plass i hjemmetjenesten sammen med teamet.

Saksbehandler har behandlet de fleste søknader om tjenester knyttet til det geografiske området til tillitsmodell-teamene. Unntaket har vært for tjenester som brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, støttekontakt, TT, individuell avlastning o.l. Søknader om disse tjenestene har vært behandlet av saksbehandlere med spesiell kompetanse på områdene.

Teamleder har hatt vedtaksmyndigheten for tjenestene hjemmesykepleie og praktisk bistand. Vedtaksmyndighet for tjenester som langtidsopphold og korttidsopphold, dagsenter, omsorg+ og trygghetsalarm har i prosjektet blitt værende hos leder av søknadskontoret.

I modell 1 har saksbehandler og teamet hatt et totalansvar for saksbehandlingen hvilket innbefatter oppfølging i sykehus, helsehus og behandling av alle nye søknader, samt revurdering av eksisterende vedtak. I praksis

har det vært saksbehandler som først har møtt brukere som ikke har tjenester fra tidligere. Dette har også vært nødvendig for å sikre brukervalget i hjemmetjenesten. I modell 2 har helt nye brukere blitt ivaretatt av saksbehandlere på søknadskontoret.

Langt på vei har saksbehandler utført oppgavene sine som tidligere, men i prosjektet med en annen organisatorisk tilknytning og med et langt tettere samarbeid med de som utfører tjenesten. Det har også vært et behov for samarbeid med øvrige saksbehandlere i bydelene ved tildeling og koordinering av blant annet korttids plasser, omsorgsboliger og dagsenter. Dette har blitt ivaretatt gjennom faste møter.

I prosjektet har det blitt prøvd ut en alternativ måte å formulere vedtak om hjemmesykepleie på. Hensikten med de nye vedtakene har vært å overlate mer ansvar til tjenesteansvarlig sykepleier, samt sikre god brukermedvirkning. Vedtakene har vært langt mindre detaljerte enn tidligere.

For nærmere beskrivelse se Vedlegg 8 - Saksbehandling i tillitsmodellen

Det har vært en begrenset utprøving med bruk av de nye vedtakene i prosjektperioden, og det er usikkert om beskrivelsen av tjenesten den enkelte mottar er detaljert nok beskrevet i vedtakene. Det har blitt avdekket at det har vært for lav kompetanse på utarbeidelse av tiltaksplaner i hjemmesykepleien. Prosjektgruppen er av den oppfatning at det er nødvendig med en videre oppfølging før en eventuell implementering med ny vedtaksformulering iverksettes i kommunen. Bydelene har ikke mottatt klager på vedtakene i prosjektperioden.

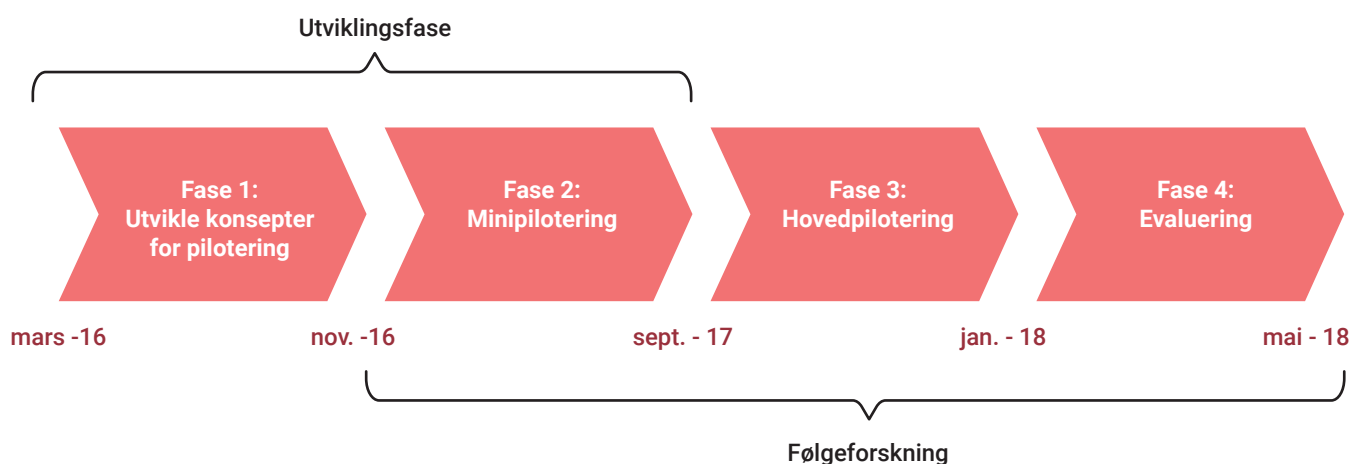
7.3 Hjemmetjenesten forvalter egne korttidsplasser

Delprosjektet "Hjemmetjenesten forvalter egne korttids-rehabiliteringsplasser" ble i samarbeid med Sykehjemsetaten utsatt fra minipilot til hovedpilot. Våren 2017 ble det nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe på tvers av pilot-bydelene og Sykehjemsetaten. Gruppen konkluderte med å anbefale å teste ut disponering av én korttids plass per bydel i hovedpilot. Det ble vurdert av styringsgruppen at det skulle være opp til hver enkelt bydel om man ville la Tillitsmodell-teamene forvalte korttids- og rehabiliteringsplasser. Alle direktører mente at dette ble for omfattende og økonomisk risikabelt i piloten. I styringsgruppen ble det i juni 2017 besluttet at kun Bydel Gamle Oslo skulle teste ut bruk av en plass, men dette ble ikke gjennomført. Etter nærmere vurdering ble det besluttet at dette ikke lot seg gjennomføre med de økonomiske rammene som forelå.

For mer informasjon henvises til delrapport Vedlegg 9 - Tillitsmodell-teamene og korttidsplasser



8 / Prosjektets faser



8.1 Fase 1 - Utvikle konsepter for pilotering

Prosjektet startet med å hente ideer og inspirasjon fra andre land som hadde prøvd ut alternative modeller for organisering av hjemmetjenester. Håbo kommune i Sverige, Buurtzorg i Nederland og København kommune i Danmark ble alle besøkt i tidlig fase.

Den første studieturen gikk til Håbo kommune allerede høsten 2015. Formålet med turen var å få mer kunnskap om alternativ organisering av hjemmetjenester basert på nabolagsorganisering etter den nederlandske modellen Buurtzorg. Deretter besøkte prosjektet Buurtzorg og København.

I Nederland har man utviklet modellen Buurtzorg som innebærer nabolagsorganisering av omsorgstjenestene. Dette er en modell for hjemmetjenester der oppgaveglidning settes i system ved at et større antall oppgaver og utvidet ansvar blir gitt til spesialutdannet personale. Selvstyrte team på inntil 12 sykepleiere og annet

nødvendig personell har ansvar for et område med ca. 15 000 innbyggere og samarbeider tett for å sikre kontinuitet. Teamene er uavhengige, men blir støttet av en sentral tjenesteorganisasjon. Sykepleiere leder og leverer tjenestene, noe som betyr høyere kostnad per time, men til gjengjeld har behovet for timer vist seg å bli betydelig redusert. Sykepleierne organiserer selv sitt arbeid med fokus på pasientinvolvering og utstrakt bruk av pasientens nettverk og nærmiljø. Modellen har vært en stor suksess og har ført til økt tilgang på kvalifisert personale, økt produktivitet og kvalitet. Samtidig har man sett en reduksjon av kostnader, reisetid, nødvendige ressurser per pasient, fravær og utskifting av personell.

Tillitsreformen i København er først og fremst en stor kommunal system-reform hvor man har innført tillit som overordnet prinsipp for organisering og ledelse. Under prosjektets besøk i København i 2015 var helse- og omsorgstjenestene organisert i forskjellige enheter og kontorer. Blant annet var ansvaret for saksbehandling fortsatt lagt til et eget kontor. Københavns organisering var derfor lite overførbart til prosjektet, men deres erfaringer med tillit som overordnet prinsipp for styring og ledelse har vært nyttige.

Det var i utviklingsfasen bred involvering av medarbeidere og brukere i de fire prosjektbydelene. Våren 2016 var det en stor kick off for ledere, medarbeidere og tillitsvalgte. Ledere for eldrerådene i prosjektbydelene, representanter fra HelseDirektoratet, Fylkesmannen og Helseetaten var også invitert. Hensikten var å skape et felles bilde av fremtiden og få frem gode ideer. Det var over 100 deltagere til stede denne dagen.

Medarbeidere i prosjektbydelene ble invitert til å komme med forslag til hva pilotene skulle være. Det ble avholdt personalmøter i alle bydeler hvor det ble oppfordret til å komme med innspill, og resultatet var at det kom inn over 50 svar til forslag på hva som skulle prøves ut. Medarbeiderne jobbet i grupper, så til sammen var det cirka 200 ansatte som var engasjert i dette arbeidet.

Vedlegg 13 - Konkurrans-invitasjoner minipiloter

Det ble deretter avholdt en workshop bestående av prosjektledergruppen, delprosjektgruppene, tillitsvalgte og tjenestedesigner. Hovedoppgaven på denne workshopen var å konkretisere 8-12 ideer til minipilotering basert på innspill fra medarbeidere og delprosjektgruppene. I tillegg ble det jobbet med strategier for prosjektet. Workshopen resulterte i 12 ideer som ble beskrevet utfra følgende kriterier; Hypotese, resultat, innovasjonshøyde, innhold og gjennomføring.

Neste skritt var å redusere de 12 ideene. I en mindre workshop i august 2016 ble 12 ideer redusert til 5 i prioritert rekkefølge:

1. Saksbehandling inn i hjemmetjenesten
2. Selvstyrende team
3. Hjemmetjenesten forvalter egne korttidsplasser
4. Bemanning
5. Arbeidsfleksibilitet

Fagforbundet gjennomførte samtidig en spørreundersøkelse til sine medlemmer i prosjektbydelene på bakgrunn av rapporten fra workshopen. Resultatet av prioriteringen av piloter samsvarte godt med resultatene fra denne spørreundersøkelsen.

For nærmere beskrivelse av de prioriterte ideene henvises til Vedlegg 5 - Anbefaling minipiloter fra prosjektgruppen til styringsgruppen og Vedlegg 6 - Oppsummering fra Strategiworkshop: "Tillitsmodellen" 28. juni 2016.

Bydel Grorud besluttet i utviklingsfasen at de ikke skulle være med på minipiloten, men vente til fasen med hovedpilot. Det ble derfor bydelene Gamle Oslo, Østensjø og Ullern som ble med i minipilot. Alle tre bydelene ønsket å pilotere selvstyrende, tverrfaglige team, inkludert saksbehandling i hjemmetjenesten. I tillegg ønsket bydelene Østensjø og Gamle Oslo å prøve ut at hjemmetjenesten skulle forvalte egne korttids- og rehabiliteringsplasser.

Styringsgruppen vedtok etter anbefaling fra prosjektgruppen å gjennomføre minipilotering i tre bydeler med utprøving av:

- 1: Saksbehandling inn i hjemmetjenesten
- 2: Selvstyrende team
- 3: Hjemmetjenesten forvalter egne korttidsplasser

Når det gjaldt de to siste ideene; *Bemanning og arbeidsfleksibilitet* ble det besluttet å ikke gå videre med ideene.

8.2 Fase 2 - Minipilot

Høsten 2016 var de fire bydelene samlet til en stor to-dagers workshop på Sundvolden hvor innholdet i de selvstyrende teamene skulle avklares nærmere. Det var arbeid på tvers av bydelene og i den enkelte bydels lokale prosjektgruppe. Hovedinnholdet i det som skulle prøves ut var på plass etter samlingen, men det var fortsatt en del som var uavklart. De tre bydelene fortsatte derfor dette arbeidet lokalt etter seminaret. Det var høy aktivitet i denne perioden. Opplæringsplaner, rutiner og beskrivelser ble utformet, det ble rekruttert medarbeidere til teamene og igangsatt opplæring. Lokaler og nødvendig utstyr kom på plass.

I perioden fra 15. november 2016 til 30. juni 2017 ble det gjennomført en utprøving (minipilot) med tverrfaglige selvstyrende team med saksbehandling som en del av teamets ansvar i bydelene Gamle Oslo, Ullern og Østensjø. Opprinnelig var minipilot planlagt til å vare i kun tre måneder, men det viste seg raskt at det var nødvendig å forlenge perioden for å få tilstrekkelig med erfaringer til hovedpilot. Det ble også vektlagt at det i denne fasen fortsatt var mulig å gjøre korrigeringer på det som ble prøvd ut.

I samarbeid med Helseetaten (HEL) ble det arrangert tre felles workshops for medarbeidere og ledere i teamene. Hensikten med workshops har vært å dele erfaringer og heve kompetansen. Utvikling og kompetanseetaten (UKE) har bistått både teamene og teamledere i prosjektet med veiledning.

Følgforskningen fant erfaringene fra minipiloteringen som lovende med tanke på hovedpilotering og eventuell implementering.

Erfaringene med økt brukerorientering var positive, og teamenes erfaringer med selvstyring og tverrfaglighet var også positive.

På bakgrunn av erfaringene med minipiloteringen kom følgeforskerne med følgende anbefalinger:

1. At bydelene utvikler hoved-piloter basert på erfaringene med selvstyrende team
2. At ledere i bydelene som skal pilotere gis mulighet til å skolere seg i tillitsledelse
3. At bydelene avklarer organiseringen av teamene
4. At bydelene avklarer lederrollen i tilknytning til teamene
5. At bydelene sikrer at hvert team har nødvendig kompetanse og kapasitet
6. At bydelene bygger et tillitsbasert system for systematisk kvalitetsarbeid

Vedlegg 3- Tillitsmodellen - erfaringer med minipilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune.

8.3 Fase 3 - Hovedpilot

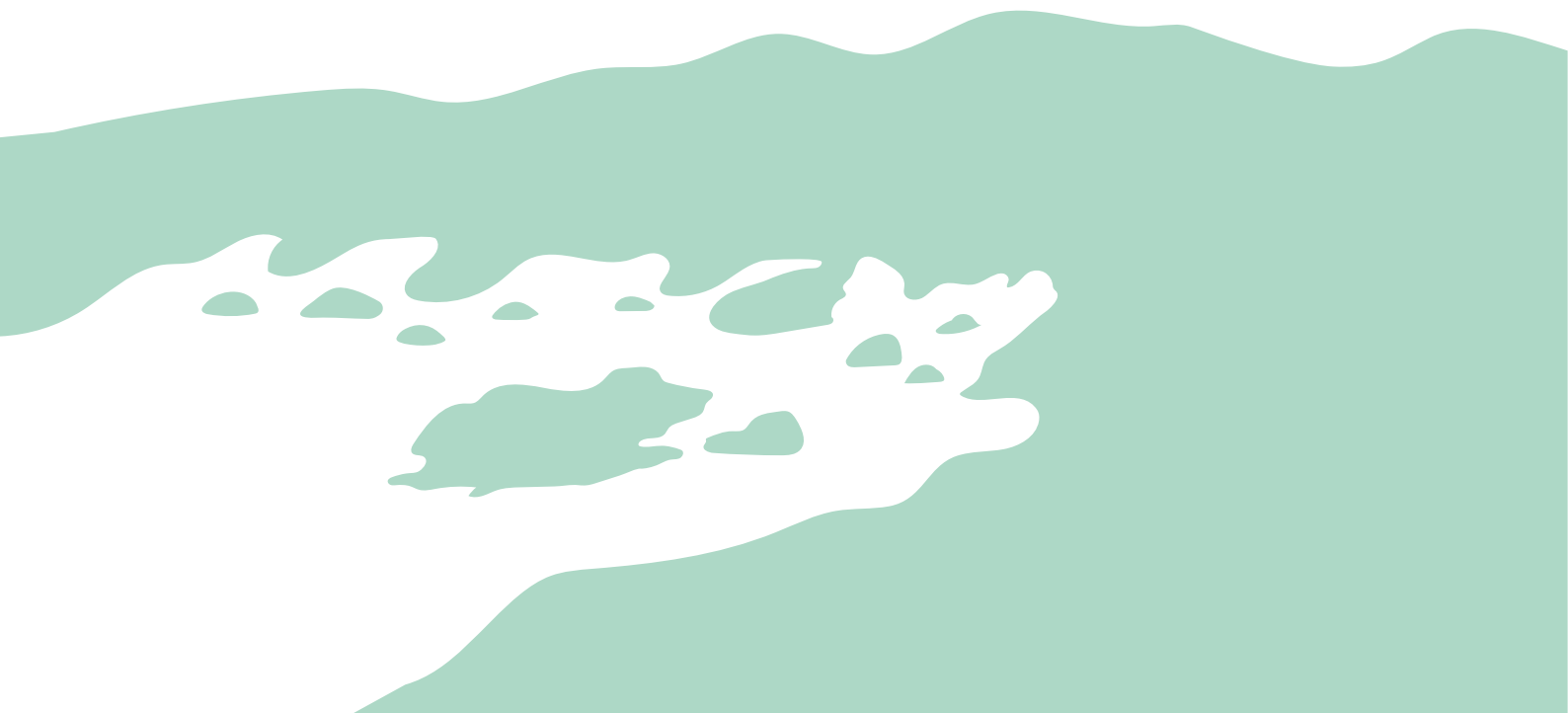
I perioden fra 01. september 2017 til 31. januar 2018 ble det gjennomført hovedpilotering med flere team i de fire bydelene. Det har vært noen små forskjeller i tidspunkt for oppstart og avslutning i de ulike bydelene. For detaljer se beskrivelse av pilotering og erfaringer fra hver bydel, kapittel 9. Gjennomføring av hovedpilot ble planlagt ut fra bydelenes erfaringer fra minipilot og med følgeforskningens anbefalinger. Antall team ble utvidet til to team i hver av bydelene Gamle Oslo, Grorud, Ullern og Østensjø.

Det ble også i hovedpilot gjennomført tre workshops for medarbeiderne i teamene med formål å dele erfaringer og heve kompetansen. Helseetaten har sammen med følgeforskerne

vært ansvarlig for gjennomføringen. I motsetning til i minipilot har hverken teamledere eller prosjektledere vært tilstede på samlingene i hovedpilot. Dette etter anbefaling fra forskerne. De mente at medarbeiderne ble friere til å dele sine erfaringer når ledere ikke var tilstede. Både teamledere og prosjektlederens erfaring er at dette var uheldig. Både av hensyn til å kunne korrigere og oppklare eventuelle misforståelser, og for å kunne bidra med refleksjoner som kunne fremmet utvikling av teamene.

8.4 Fase 4 - Evaluering

Siste fase i prosjektet er i perioden 01. februar 2018 - 31. mai 2018. Fasen har bestått av gjennomføring av de siste bruker- og medarbeiderundersøkelser, utarbeidelse rapport fra følgeforskningen og sluttrapport fra prosjektet. Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid ivaretar etter dette prosess for eventuell implementering i øvrige bydeler.



9 / Beskrivelse av pilotering og erfaringer i hver bydel

9.1 Bydel Gamle Oslo

Bydel Gamle Oslo valgte et nytt geografisk område i minipiloteringen. Dette på bakgrunn av at alle ansatte i hjemmetjenesten skulle ha mulighet for og velge å få være med i piloteringen. Ansatte søkte om å få være med i piloteringen, det var god interesse og ikke behov for å motivere eller beordre ansatte til å delta i prosjektet. Teamet besto av ca.10 årsverk med helsefagarbeidere/ sykepleier/hjemmetrenere og rundt 60 brukere. Helsefagarbeidere og sykepleiere gikk turnus og dekket teamets hjemmesykepleietjenester på dagtid. På kveld og helg arbeidet de i sine tidligere team, men arbeidet i det geografiske område som tilhørte mini piloten. Denne løsningen ble valgt på grunn av at teamet ikke skulle bli for stort og sikre kontinuitet på dagtid. Resterende yrkesgrupper gikk dagtid.

Teamleder hadde ansvar for bemanning og innleie av vikarer, og teamet utarbeidet selv og genererte arbeidslister fra gerica. Det ble avklart roller og ansvar for hvordan ledelse skal fungere mellom teamlederne. Det var en utfordring i minipiloteringen at ansatte hadde mer enn en leder å forholde seg til slik vår modell ble etablert. Modellen måtte få en annen organisasjonsform når hovedpiloteringen startet.

Teamet utarbeidet egne rutiner i samarbeid med teamleder og lokal prosjektleder. Team gjennomførte kartleggingssamtaler med alle sine brukere i minipilot. Flere ansatte meldte at de på bakgrunn av denne samtalen ble bedre kjent med brukerne og deres behov, at det var lettere å tilpasse tjenestene til den enkelte. De fordelte arbeidslister selv og de ga uttrykk for at de ønsket å gjøre dette i teamet da det er de som kjennete brukerne best.

I hovedpiloteringen ble det valgt et annet

geografisk område hvor en valgte et team Kampen/Ensjø som ble delt i to arbeidslag. Teamene har fungert individuelt på dagtid, men samarbeidet på kveld og helg . Innholdet i hovedpiloten fravek ikke mye fra minipiloteringen bortsett fra antall lag, og at praktisk bistand og saksbehandler ble organisatorisk tilknyttet teamet og fikk samme leder. Ergoterapeut og fysioterapeut ble integrert i teamene med 50 %. Saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut har ikke jobbet turnus.

Fra 01.10.17 ble det ansatt 1 årsverk ergoterapeut som har hatt fokus på tverrfaglig samarbeid hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Vedkommende har også vært med ansatte ut til brukere for veiledning spesielt opp i forhold til kartleggingssamtaler.

I hovedpiloten har hver teamdeltaker fått e-læringskurs i hverdagsmestring. Teamleder fikk opplæring i vedtaksmyndighet. Bydelen valgte å beholde fordeler-funksjonen i hvert team, da vi anså at dette var en kritisk ressurs for at tjenesten skulle fungere. Bydelen jobbet i tråd med modell 1; Det innebærer at laget vurderte alle nye brukere, utførte saksbehandling og fattet vedtak.

Bydel Gamle Oslos erfaring av at teamet leverte tjenester til nye brukere inntil vedtak ble fattet, og inntil bruker har valgt leverandør, fungerte greit. Flere brukere har vært inne i tjenesten og avsluttet fortere enn i gammel organisering. Teamet erstattet hverdagsrehabiliteringsteamet og leverte selv disse tjenestene, og utførte tiltak hverdagsrehabilitering til eksisterende brukere. Erfaringen er at det er behov for å definere og enes om betydningen av og forskjellene på begrepene hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Her ble ikke alt etter intensjonen, men det er positivt at personalet generelt har økt fokus på brukernes ressurser

og bruk av disse. Noen brukere ble også henvist direkte til rehabiliteringsteamet fra søknadskontoret.

Teamets erfaring er at i forhold til oppfølging på sykehus, helsehus, KAD av nye brukere er teamets erfaring at de har fått dette til så langt det lar seg gjøre. Oppgavene er utfordrende fordi det er vanskelig å planlegge og svært ressurskrevende.

Små team har synliggjort behovet for å styrke basiskompetanse på flere områder, spesielt kompetanse i gerica og tiltaksplaner. Overgangen til å jobbe i team der teamet sammen skal løse de daglige oppgavene har vært stor og har tydeliggjort at omstillingene er en prosess som tar tid og krever endrede roller for ledere og medarbeidere.

Fra april/mai 2018 er hele Avdeling mestring og helse organisert etter Tillitsmodellens prinsipper. Enheten helse og hverdagsmestring (hjemmetjenesten) er inndelt i fire tverrfaglige team; som igjen skal bestå av to selvstyrte arbeidslag.

9.2 Bydel Grorud

Bydel Grorud deltok ikke i minipilot, men har fra januar 2017 deltatt i prosjektledergruppen på lik linje med de andre tre bydelene. Bydel Grorud har delt arbeidet med prosjektet i to faser: planleggingsfase og hovedpilotfase. Fra februar 2017 ansatte man prosjektleder som jobbet med erfaringsinnhenting fra minipilot, planlegging og forberedelser. En bredt sammensatt arbeidsgruppe ble etablert, med ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud for å klargjøre alle detaljer for gjennomføring av hovedpilot.

Piloten er gjennomført i Sone Vest. Sone Vest ble delt i to team på ca 12 ansatte hver og 80 brukere, der de ansatte selv fikk være med å påvirke geografisk tilhørighet kombinert med leders totalvurdering. Teamene har avklart forventninger internt og jobbet med teambygging, hensiktsmessig organisering og administrative justeringer sammen med teamleder.

Saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut ble integrert i teamene med utgangspunkt 50 % i hvert team, justert noe etter arbeidsmengde da ergoterapeut og fysioterapeut har størst andel brukere utenfor hjemmetjenesten. Teamene har fungert individuelt på dagtid, men samarbeidet i større grad på kveld. Saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut har ikke jobbet turnus.

Før oppstart av hovedpilot gjennomførte hver teamdeltager e-læringskurs i hverdagsmestring og personell fra hverdagsrehabiliteringsteamet har hatt internundervisning i mestringstankegang og kartlegging. Saksbehandler har også bidratt til dette internt i begge team. Teamleder fikk opplæring i vedtaksmyndighet og alle faggrupper i teamene fikk påfyll av "hvordan jobbe i team". Man valgte å beholde fordelerfunksjonen i hvert team, da man anså at dette var en kritisk ressurs for at tjenesten skulle fungere. Man har underveis gjort små justeringer der det har vært behov, eller etter tilbakemeldinger fra teammedlemmene.

Hovedpilot hadde varighet fra september 2017 til og med februar 2018. Arbeidsgruppen har gjennom piloten samarbeidet med teamene for å gjøre nødvendige endringer, forbedringer og justeringer etter hvert som prosjektet samlet erfaring. Bydelen har jobbet etter modell 2, da man ønsket å beholde dagens spesialteam; Hverdagsrehabiliteringsteam og innsatsteam. Teamene i piloten har likevel også vurdert,

saksbehandlet og gitt vedtak til nye brukere i piloten.

Det er besluttet at innen 31.12.2018 skal alle avdelinger i hjemmetjenesten og bestiller-eldre være omfattet av *Tillitsmodellen* (jf. bydelens budsjett 2018). Etter endt hovedpilot har derfor teamene i Sone Vest fortsatt sitt arbeid i tråd med modellen og bydelen er i en fase med evaluering, justering og forberedelser for implementering av modellen til hele hjemmetjenesten og bestiller-eldre. Arbeidsgruppen for Tillitsmodellpiloten avsluttes i løpet av første halvår 2018.

Vedlegg 14: Sluttrapport Bydel Grorud

9.3 Bydel Ullern

Bydel Ullern gjennomførte minipilotering i et relativt lite og avgrenset område i bydelen. Det ble tatt utgangspunkt i Omsorg+ boligene i Skøyen terrasse 1. Teamet hadde ansvar for rundt 45 brukere som mottok tjenesten hjemmesykepleie og det var i underkant av 9 årsverk knyttet til teamet.

Ved rekruttering til teamet ble det lagt opp til frivillig rekruttering. Bydelen lyktes ikke med å rekruttere kun på frivillig basis. Det ble derfor nødvendig å beordre noen medarbeidere til å delta i utprøvingen. Det var noe utskiftning i bemanningen i minipilot. Dette gjaldt også saksbehandler, mens ergoterapeut og fysioterapeut har vært stabile.


Parallelt med pilotering pågikk det en omorganisering av hele hjemmetjenesten. Dette medførte at det ble særskilte utfordringer for gjennomføring av hovedpilot. Grunnet en større vekst i både antall brukere og volum på hjemmetjenesten var det helt nødvendig å endre fra to geografiske områder til tre distrikt. Den nye distriktsinndelingen

trådte i kraft samtidig som hovedpilot startet opp. Noen av medarbeiderne fra minipilot har vært med i hovedpilot, men majoriteten av medarbeiderne kjente ikke til prosjektet fra tidligere. Distriktet har hatt midlertidig ledelse i hovedpilotperioden.

Teamene har til sammen hatt ansvar for rundt 135 brukere og har i underkant av 30 årsverk inkludert saksbehandlere, ergoterapeut og fysioterapeut. Hvert team har hatt en saksbehandler i 100 % stilling. Fysioterapeut (80% stilling) og ergoterapeut (100% stilling) har fordelt seg på to team. Disse har også hatt brukere som ikke mottar tjenester fra teamet. Saksbehandler, fysioterapeut og ergoterapeut har ikke gått i turnus. Det har vært en delvis inndeling i to mindre team i hovedpilot. Grunnet få sykepleiere i hele distriktet ble det vanskelig å få til en deling i to team.

Det ble utarbeidet lokal kompetanseplan med utgangspunkt i overordnet plan i både minipilot og hovedpilot. Flere medarbeidere gjennomførte blant annet e-læringskurset i hverdagsrehabilitering. I minipilot fikk alle team-medarbeiderne opplæring i fordeling/lage arbeidslister. Bydelen erfarte at dette var en oppgave som krevde spesiell kompetanse og valgte derfor i hovedpilot å overlate oppgaven til færre medarbeidere. Øvrige hjemmetjenestedistrikt i Bydel Ullern har en koordinator i tillegg til teamleder. Bydelens erfaring er at dette er en viktig rolle og det har gjennom prosjektet blitt uttrykt et behov for fortsatt å ha koordinator på distriktene.

Bydelen har fulgt modell 1 i hovedpilotperioden. Erfaringen er at nye brukere har mottatt tjenester i lengre tid sammenlignet med om hverdagsmestringsteamet ivaretar tjenesten. Tillitsmodell-teamene har ikke avsluttet tjenestene like raskt som hverdagsmestringsteamet. Det har vært få



brukere i teamet som har mottatt spesialisert hverdagsrehabilitering etter Oslo-modellen. Dette er en oppgave som krever høy kompetanse og at det avsettes tilstrekkelig med tid. Oppfølging av helt nye brukere på sykehus, KAD og helsehus har vært fulgt opp av saksbehandler på teamet. Dette har fungert tilfredsstillende.

Bydel Ullern har iverksatt en organisering med to mindre arbeidslag i hvert av de tre hjemmetjenestedistriktene. Saksbehandlere er organisert under hjemmetjenesten og bydelens søknadskontor er avviklet. Fysio- og ergoterapeut er organisert i seksjon for vurdering og mestring, men har faste dager hvor de er tilstede i distriktene. Ny organisering bygger på hovedprinsippene etter *Tillitsmodellen*.

9.4 Bydel Østensjø

Hjemmesykepleie-gruppe 3 ble valgt ut på bakgrunn av ansattes og leders interesse, men også fordi det på dette tidspunktet var den eneste gruppen som ikke deltok i andre prosjekter og utviklingstiltak. Det var god interesse og ikke behov for å motivere eller beordre ansatte til å delta i prosjektet. Minipiloten ble avgrenset til et geografisk område på Skullerud med ca. 60 brukere. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere dekket teamets hjemmesykepleietjenester, sammen med innleie av vikarer, både dag og kveld. Resterende yrkesgrupper gikk dagtid. Teamleder hadde ansvar for bemanning og innleie av vikarer.

Parallelt med minipilot har bydelen prøvd ut arbeidslag demens i forbindelse med prosjektet "Demensvennlige hjemmetjenester". Bydelen videreutvikler også eget innsatsteam som har ansvar for alle helt nye brukere med behov for hjemmesykepleie, samt for

hverdagsrehabilitering. Bydelen valgte derfor modell 2.

Team Skullerud besto av 11.5 årsverk og jobbet i tråd med modell 2 gjennom minipilot og hovedpilot. Teamet utarbeidet egne rutiner og spilleregler i samarbeid med teamleder og lokal prosjektleder. I minipilot ble det gjennomført kartleggingssamtaler med alle aktuelle brukere, og teamet hadde ukentlige tverrfaglige brukermøter. Teamet fordelte arbeidslister selv, og medarbeiderne ga uttrykk for at dette var en oppgave de ønsket skulle ligge i teamet da det er de som kjenner brukerne best. Hele gruppe 3 hadde en koordinator med ansvar for kontrolloppgaver i Gerica i samarbeid med teamet. Koordinator har før prosjektet hatt ansvar for fordeling av arbeidslister for hele gruppen.

Det har vært mye vikarbruk i teamet noe som har påvirket kontinuitet gjennom piloteringene. Team Skullerud har jobbet iherdig med forbedringsarbeid, og samspill i teamet og de faste i teamet har tatt stort ansvar.

Team Bogerud startet opp i september 2017 med ca. 85 brukere og 14 årsverk. Dette teamet besto av resterende ansatte i hjemmesykepleiegruppe 3, og teamet hadde derfor ikke selv valgt å være med i pilotering. Ergoterapeut og fysioterapeut fra minipilot var nå tilknyttet begge team i tillegg til hele basen. Saksbehandler og hjemmehjelp ble rekruttert til team Bogerud på frivillig basis. På grunn av forsinket planlegging og behov for oppbemanning på flere årsverk grunnet flere alvorlig syke brukere, startet ikke team Bogerud på alvor med hovedpilotering før i november 2017. Pilotering av nytt team varte derfor kun i ca. to måneder. Fokus for teamet var tverrfaglig samhandling, kartleggingssamtaler og hverdagsmestring fra oppstarten i september. De gjennomførte også kartleggingssamtaler med prioriterte brukere.

Bydel Østensjø har i stor grad fulgt forskernes anbefalinger med tanke på hovedpiloteringen.

I hovedpilot hadde begge team to faste ukentlige møter hver; brukermøte og teammøte, samt flere utvidede teammøter. Det er gjennomført kompetansehevende tiltak ut fra lokal og sentral kompetanseplan. Utfordringer i daglig drift og økt behov for vikarer i begge team har forsinket flere av opplæringstiltakene. Mye er likevel gjennomført, blant annet opplæring i fordeling, elæringskurs i hverdagsmestring koordinert av ergoterapeut og fysioterapeut og opplæring i tiltaksplaner. Det ble i tillegg arrangert ukentlige workshops i tiltaksplaner etter prosjektets slutt. Manual med beskrivelse av ansvar og oppgaver i Gerica i *Tillitsmodellen* er utarbeidet.

Avslutning av hovedpilot ble markert med halvdags-samlinger i hvert team og oppsummering av "De mest positive resultatene/erfaringene ved prosjektet" og "De viktigste områder vi bør jobbe med før ny organisering". Begge team jobber videre med kompetanseheving og tverrfaglig samhandling fram mot ny organisering.

Bydelen gjennomfører i 2018 en omfattende omstillingsprosess i avdeling Mestring og omsorg. Fra juni skal seksjon for hjemmetjenester inndeles i totalt seks tverrfaglige team; fire geografiske team som hver består av tre selvstyrte arbeidslag (hvorav ett arbeidslag demens), ett team for alvorlig syke og ett innsatsteam. Hele hjemmetjenesten blir samlokalisert. Bydelen har høstet viktige erfaringer fra prosjektene *Tillitsmodellen*, *Demensvennlige hjemmetjenester*, *Nettverk og frivillighet* og læringsnettverket *Gode pasientforløp*.

10 / Målinger

Prosjektet har vært fulgt av følgeforskning. Hensikten har vært å undersøke erfaringene med gjennomføring av pilotering med tanke på implementering i øvrige bydeler i Oslo kommune. Universitetet i Sørøst-Norge, Vitensenteret helse og teknologi under ledelse av professor Tom Eide har hatt ansvaret for følgeforskningen.

Det er gjennomført både kvalitative og kvantitative undersøkelser:

- Bruker- og medarbeiderundersøkelser i begynnelsen og slutten av minipilot og hovedpilot (totalt fire undersøkelser for begge grupper)
- Observasjoner og individuelle spørreskjemaer i workshops
- Intervju med ledere, prosjektledere og tillitsvalgte
- Samtaler med medarbeidere og ledere

Erfaringene fra følgeforskningen er oppsummert i de to rapportene; "Tillitsmodellen - erfaringer med minipilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune" og "Tillitsmodellen - hovedpilotering 2017-18"; Vedlegg 3 og 4.

I tillegg til følgeforskning har det vært ordinær oppfølging av teamene i de enkelte bydeler med sykefraværsoppfølging, økonomirapportering, tiltak, avvik etc.

11 / Evaluering av prosjektet

11.1 Planlegging og gjennomføring av prosjektet

Prosjekt Tillitsmodellen har vært et omfattende prosjekt med deltagelse fra fire ulike bydeler. Prosjektet har krevd ledelse og koordinering og det har vært utfordrende at overordnet prosjektleder ikke kunne fullføre prosjektet. Dette kan muligens også være noe av grunnen til at det har utviklet seg noen små forskjeller mellom bydelene i gjennomføring av hovedpilot. Prosjektgruppen er likevel av den oppfatning at alle de fire bydelene i hovedtrekk har fulgt forslag til organisering og oppgavefordeling som vedtatt.

Den overordnede prosjektgruppen har hatt et tett samarbeid. Gjennom faste månedlige møter og ekstra møter ved behov, har de fire bydelene delt erfaringer og drøftet ulike problemstillinger. Dette har vært uvurderlig for å sikre utvikling og fremdrift i prosjektet. Fagorganisasjonene representert med Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund har vært aktivt til stede på møtene i prosjektgruppen og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger. Alle fire bydelene mener det har vært mye læring i å være flere bydeler i prosjektet.

Prosjektgruppen har i løpet av prosjektet erfart at piloteringsperioden ikke burde vært delt inn i en minipilot og en hovedpilot. Det hadde vært mer hensiktsmessig med en sammenhengende pilotering hvor nødvendige endringer/korrigeringer kunne blitt utført underveis. Dette kunne bidratt til bedre flyt og muligens en noe kortere piloteringsperiode samlet sett. For flere av bydelene ble det "som å begynne på nytt igjen" i hovedpilot. Det var utfordrende å skape det samme engasjementet blant medarbeiderne i runde to. Prosjektgruppen finner det også noe utfordrende for prosjektet at omorganisering

har startet i enkelte av bydelene før prosjektet var ferdig og erfaringene klare.

Prosjektledere og teamledere har ikke deltatt på workshops for teammedlemmene underveis i hovedpilot fordi forskerne ønsket at medarbeiderne fritt skulle kunne dele sine erfaringer. Det ses noen fordeler med dette, men prosjektgruppen mener likevel at en dimensjon gikk tapt i forhold til muligheten for sammen å korrigere hovedpilot underveis. Prosjektlederne mistet det helhetlige bildet av utviklingen og mener at deltakelse og samarbeid i workshopene hadde vært nyttig.

11.2 Følgeforskningens funn og anbefalinger

Formålet med følgeforskningens evaluering har vært å undersøke erfaringer med tanke på implementering i alle bydeler. På tross av to hovedmodeller har forskerne funnet at man har hatt til dels fire ulike varianter av *Tillitsmodellen*. Det er derfor vanskelig å trekke entydige konklusjoner, men det er likevel flere tydelige hovederfaringer som angir hva som fremmer og hemmer eventuell implementering av *Tillitsmodellen*.

De fleste ønsker *Tillitsmodellen* velkommen, da den representerer fremskritt med tanke på tverrfaglig samarbeid, økt fleksibilitet i beslutninger og færre ansatte hjem til bruker. Dette gir økt tilfredshet for både ansatte og brukere. Dersom det settes av begrenset tid til tverrfaglige møter, hyppig vikarbruk og at beslutninger tas utenfor teamet oppleves motsatt effekt.

Å få benyttet egen faglighet i større grad, fleksibel mulighet til å justere tjenestene i tråd med brukernes behov og samarbeid på tvers av profesjoner er motiverende og meningsfylt.

Bruk av strukturert kartleggingsverktøy og "Hva er viktig for deg" ser ut til å ha effekt på ansatte og brukernes motivasjon, uten at dette er studert systematisk. Kommunikasjonsformen krever noe opplæring og journal/dokumentasjonssystemet er ikke tilpasset denne arbeidsformen.

Mindre team gir bedre kontakt med brukerne, og ansatte opplever at det gis bedre tjenester, uten at dette er dokumentert med tall. Mange brukere har rapportert økt tilfredshet med besøk av færre antall ansatte.

I hovedsak forutsetter *Tillitsmodellen* et nytt tenkesett. Det er en annen rolle å være ansvarlig for vedtak og nødvendige endringer enn å kun være utfører, som tidligere. Heving av denne kompetansen, over tid, og en støttende, veiledende og aktivt tilstedeværende teamleder synes å være nødvendig for å lykkes.

Selvstyrende team krever klare roller. Samarbeidet mellom tjenesteansvarlig sykepleier og saksbehandler om vurderinger, med teamleder som overordnet ansvarlig virker lovende. Viljen til å prøve ut en fleksibel saksbehandler-rolle i tett samarbeid med andre fagpersonert vil fremme utviklingen av modellen. Erfaringer fra piloten viser at en anerkjennelse av fordeler- rollen som en spesialkompetanse innad i teamet er nødvendig. Uten dette øker risikoen for avvik og feil.

Små team er mer sårbare ved fravær. En tilstrekkelig grunnbemanning er derfor nødvendig for å redusere vikarbruk og få en turnus til å gå opp. Dette gir også større utfordringer på kveld, natt og helg. Rapporten fremhever at en robust grunnbemanning trolig er en forutsetning for å lykkes.

Rapportene anbefaler at Oslo kommune gjennomfører et enkelt lederutviklingsprogram, inklusive erfaringsdeling og individuell coaching for utviklingen av en tillitsbasert organisasjonsstruktur.

Generelt oppfatter forskerne *Tillitsmodellen* som svært lovende, men fortsatt underveis i utviklingen. Teamenes råd til ledelsen i rapportens punkt 3.3.2 bør danne basis for videreutvikling av modellen.

Tillitsmodellen - erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune" og "Tillitsmodellen - hovedpilotering 2017-18", Vedlegg 3 og 4

11.3 Suksessfaktorer

Basert på bydelenes erfaringer vil prosjektet trekke frem noen suksessfaktorer i Tillitsmodellen. Mange av faktorene henger sammen og er gjensidig avhengig av hverandre, for eksempel endret tankesett, myndiggjøring av medarbeiderne, ledelse og organisering i små team.

Organisering i små team

Mindre team gir bedre kontinuitet for bruker ved at færre ansatte kommer på besøk og det innebærer at det er lettere å holde oversikten for de ansatte. Det fører også til tettere samarbeid både gjennom tverrfaglige møter, men også lavere terskel for uformell kontakt på tvers av faggrupper. Mindre team krever at alle teammedlemmer tar ansvar både for egne arbeidsoppgaver og for at teamet skal fungere som en helhet. Prosjektet har erfart at utestående oppgaver, manglende systematikk, struktur og kompetanse er blitt mer synlig gjennom dette arbeidet. Mindre team kan bedre mulighetene for bruk av egen fagkompetanse, og det er viktig at nye team bruker tid på forventningsavklaringer og innarbeiding av godt og systematisk teamsamarbeid for at modellen skal fungere optimalt. En svakhet med mindre team kan være økt sårbarhet ved fravær. En kultur med fleksibilitet og samarbeid på tvers vil kunne redusere sårbarheten.

Ledelse

Tillitsmodellen bygger på prinsippene om tillitsbasert ledelse i alle ledd. Myndiggjøring av medarbeiderne og organisering i selvstyrende team krever at alle ledelsesnivåer har en mer veiledende rolle, samtidig som lederne må være tilstedeværende og nærværende. Tillitsbasert ledelse betyr ikke fravær av kontroll (Bentzen 2016), derfor brukes begrepet *Tillitsbasert styring og*

ledelse i økende grad. Leder har fortsatt personal-, økonomi- og fagansvar for tjenesten, men måten ansvaret utføres på er endret. Prosjektet har hatt fokus på teamleders rolle og ansvar. Erfaringen fra prosjektet og forskernes rapport viser at teamledelse har vært en avgjørende faktor for hvordan teamene har utviklet seg. Det er behov for skoling og coaching av teamlederne slik at de blir trygge og kompetente i ny rolle.


Se også Vedlegg 4 - Tillitsmodellen - hovedpiloting 2017- 18

Myndiggjøring av medarbeidere

Myndiggjøring av medarbeiderne i henhold til de delegerede selvstyrte oppgavene, sammen med tillitsbasert ledelse på alle nivåer, er nødvendig for å lykkes. Dette kan være utfordrende både for teamleder som skal utøve sitt lederskap på en annen måte, men også for de ansatte i teamene som må ta et større helhetlig ansvar enn de tradisjonelt har gjort. Erfaringene fra prosjektet har vist at de ansatte ønsker dette ansvaret, men at det også tar tid å endre kultur, arbeidsmåte, holdninger og samle faglig trygghet i rollen.

Tverrfaglighet

Tverrfaglig samarbeid fremheves som positivt og lærerikt i prosjektet. Faggruppene spiller på hverandres kompetanse for å løse faglige utfordringer. Ergo- og fysioterapeutene har vært viktige rollemodeller og veiledere i hverdagsmestring. De ansatte i hjemmesykepleien og praktisk bistand har hatt stor nytte av denne kompetansen. En del av teambyggingen er å bli kjent med hverandres faglige ansvar og roller. Da er det lettere å vurdere i hvilke situasjoner man kan jobbe sammen eller avlaste hverandre for å sikre optimal ressursbruk til brukers beste. Eksempler kan være at fysioterapeuten kan sette opp et enkelt treningsprogram som helsefagarbeideren kan utføre sammen med bruker.



Mange brukere har komplekse utfordringer, noe som krever tverrfaglig tilnærming for at bruker skal kunne nå egne mål i hverdagen og bo hjemme lengst mulig. Prosjektet vurderer at tett tverrfaglig samarbeid og samspill med andre tjenester og ressurser i bydelen er nødvendig for å møte fremtidens utfordringer.

Bruk av kartleggingssamtaler

Kartleggingssamtaler med bruker, og eventuelt pårørende, danner grunnlaget for tverrfaglig samhandling og et godt samarbeid med bruker. Basert på et skjema, ble samtalen strukturert ut fra "Hva er viktig for deg"-prinsippet. Samtalene kunne være noe utfordrende å gjennomføre, men dette handler mest om å øve sammen. Mange av samtalene ble utført tverrfaglig hjemme hos bruker. Saksbehandler har vært en stor ressurs i gjennomføringen og opplæringen rundt kartleggingssamtalene. Det kan også for mange brukere være utfordrende å sette ord på egne ønsker og mål. Konkrete mål som synliggjøres i tiltaksplan er nødvendig for å kunne gjennomføre en evaluering av hva bruker har oppnådd og eventuelt redusere mengden tjenester over tid.

Vedlegg 11 - Mal kartleggingssamtaler

Integrert saksbehandling

Hovedkonsept for å utfordre "Bestiller-utfører" modellen er integrert saksbehandling i hjemmetjenesten. Mindre team med integrert saksbehandling tett på, og i samarbeid med bruker, vil kunne gi bruker en trygghet i at de får rett hjelp, til rett tid og på rett nivå. Det gir også bedre mulighet til å gjøre nødvendige og raskere justeringer når det er behov. For å utfordre "bestiller-utfører" modellen, og ikke bare flytte saksbehandler til hjemmetjenesten, er det også viktig å dreie fokuset til at det er tjenesteanvarlig, sammen med bruker, og i tett samarbeid det tverrfaglige teamet som er navet i den nye modellen.

11.4 Usikkerhet

Mange faktorer i prosjektet kan beskrives som usikkerhet, og suksessfaktorene i forrige kapittel kan raskt endres til usikkerhet dersom det ikke holdes fokus på mål og strategi ved eventuell implementering av *Tillitsmodellen*. Prosjektet vil beskrive to områder i forbindelse med usikkerhet.

Dokumentasjon, fordeling av arbeidslister, og kvalitetssikring i Gerica

Gerica er et omfattende system og et hjelpemiddel i å sikre god logistikk, kvalitetssikre tjenestene, sikre lovpålagt dokumentasjon og gi bydelen nødvendig tallmateriale. Det er helt avgjørende at alle oppgaver tilknyttet gerica utføres ut fra gjeldende rutiner. Oslo kommune ved Prosit har utarbeidet manualer for å sikre oppfølging av Gerica. Bydelene organiserer likevel oppgavene ulikt. Det er viktig å skille de ulike funksjonene i Gerica når risiko skal drøftes.

Dokumentasjon: Ved å organisere i mindre team har det blitt tydelig at mange ansatte mangler basiskompetanse i dokumentasjon og utarbeidelse av tiltaksplaner. Dette er også beskrevet i avsnittet om kompetanse. Det er en risiko at ansatte ikke utfører lovpålagt dokumentasjon og at mange ikke har fått tilstrekkelig opplæring i Gerica. Flere ansatte i teamene var heller ikke klar over alvorligheten i dokumentasjonssplikten.

Tildeling av tjenester og tiltak, utarbeidelse av arbeidslister: Dette er oppgaver som er av stor betydning for å gi bruker de riktige tjenester til rett tid. Prosjektet har erfart at det er hensiktsmessig at disse oppgavene ligger i teamet hos de som kjenner bruker best.

Oppgaver rundt kvalitetssikring i Gerica:

Her kreves det systematikk, nøyaktighet og god opplæring. Det er risiko for avvik dersom prosedyrene ikke utføres ut fra prosedyre.

Bydelene i prosjektet har løst oppgavene rundt logistikk og arbeidslister noe ulikt. For å sikre lovpålagt dokumentasjon, optimal logistikk og kvalitetssikring, er det avgjørende at bydelene sikrer at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring ut fra sin funksjon og at oppgaver og ansvar fordeles i tjenesten ut fra oppgavens hensikt.

Ergoterapi og fysioterapi i Tillitsmodellen

Det ble foretatt en risikoanalyse våren 2017 for å avdekke mulige risikoområder før oppstart av hovedpilotingen. Et av risikoområdene som ble diskutert var motstand fra ulike yrkesgrupper om å bli organisert sammen under samme leder, i stedet for å være organisert i egne fagseksjoner. Det ble opprettet en arbeidsgruppe på tvers av bydelene der ergoterapeutene og fysioterapeutene i *Tillitsmodellen* deltok. Formålet for arbeidsgruppen var å belyse muligheter og utfordringer i ergo- og fysioterapeutenes rolle i de selvstyrte teamene for å muliggjøre et godt tverrfaglig samarbeid i hovedpilot.

Gruppen hadde et dagsseminar 16. juni 2017 der muligheter og utfordringer for ergo-/fysioterapeutenes rolle i teamene for å utøve ulike oppgaver og funksjoner ble diskutert. Deltakerne ble delt inn i 4 grupper på tvers av bydeler. Muligheter og utfordringer ble diskutert i gruppene og oppsummert

Etter seminaret fikk deltakerne i oppgave å kartlegge antall ergo- og fysioterapisaker i det geografiske området til teamet ved oppstart av minipiloten og ved avslutning. Formålet med kartleggingen var å kunne avdekke om det vil

føre til økt behov for disse tjenestene på grunn av ny organisering i prosjektet. Det viste seg i etterkant at det var vanskelig å gjennomføre denne kartleggingen.

Ressurser var i utgangspunktet ikke et tema på seminaret, men det kom likevel fram som en utfordring under flere av områdene. Tett tverrfaglig samarbeid vil kunne avdekke nye behov hos brukere, noe som kommer i tillegg til de oppgavene og saker som ergo- og fysioterapeuter har fra før. Det vil medgå ekstra tid til mer møtevirksomhet, flere felles hjemmebesøk og større veiledningsrolle. Dette kan gå på bekostning av saker som allerede står på venteliste til ergo- og fysioterapitjenesten .

De største utfordringene var bekymring rundt å sikre et felles fagmiljø, fleksibel ressursfordeling ved fravær, likebehandling, faglig utvikling og erfaringsdeling når fysio- og ergoterapeuter er organisert under leder for tillitsmodell-teamene istedenfor samlet i en egen enhet for fysio- og ergoterapeuter. Det var bred enighet om at tett tverrfaglig samarbeid og fokus på mestring og rehabilitering i hjemmetjenesten vil være positivt for brukere og ansatte.

Ny kartlegging ble utført i november 2017 og januar 2018.

Vedlegg 10 - Rapport fra arbeidsgruppe ergo/fysio i Tillitsmodellen inkl. kartlegging per bydel

11.5 Viktige læringspunkter

Ledelse og prosjektledelse

Prosjekter av størrelse og varighet som *Tillitsmodellen* er krevende å gjennomføre, da prosjektet foregår i linjen parallelt med drift. Tjenestene skal fortløpende ivaretas på en god måte.

Fristilling av ressurser i alle bydelene til å ivareta prosjektledelse, som en del av det bydelsomfattende samarbeidet, men også lokalt i et tett samarbeid med tjenesten hadde vært en stor fordel.

Plan for gevinstrealisering

Prosjektet har erfart at det burde vært laget en plan for gevinstrealisering og gjennomført en nullpunktsmålning. Det har i prosjektet vært fokus på de kvalitative erfaringene og i mindre grad de økonomiske. I ettertid ser vi at det kunne vært hensiktsmessig og benyttet flere kvantitative målinger.

Kompetanse

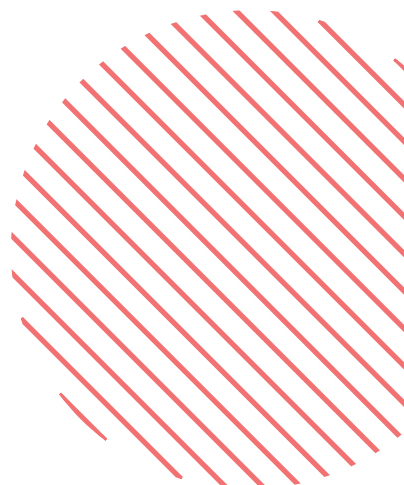
For å lykkes med implementering av *Tillitsmodellen* vil det være behov for økt og/eller endret kompetanse på flere områder for både team-medarbeidere og ledere. De viktigste kompetanseområdene er som tidligere nevnt tillitsbasert styring og ledelse, å jobbe selvstyrt, hverdagsmestring, dokumentasjon og oppfølging av Gerica.

Nytt tenkesett, endring tar tid

Tillitsmodellen er på mange måter en kulturendring som krever et endret tenkesett hos både medarbeidere og ledere. Det er en dreining fra oppgavefokus til systematisk teamarbeid, med helhetlig personorientert

fokus der økt brukermedvirkning, tverrfaglig tilnærming og hverdagsmestring står sentralt. Å jobbe i selvstyrende tverrfaglige team krever kompetente ledere som jobber tillitsbasert, og ikke minst krever det struktur, systematikk og personlig ansvar hos alle som jobber i teamet. Medarbeidere kan møte endringer og nye arbeids- og samarbeidsformer ulikt, fra positiv omfavnelser til usikkerhet og motstand. Prosjektet har erfart at i et mindre team har kompetanse samt holdninger og verdier blitt mer synlig på godt og vondt. Å gjennomføre så store endringer parallelt med å yte forsvarlige hjemmetjenester til brukerne har vært utfordrende.

Som forskerne skriver i rapporten, er *Tillitsmodellen* ønsket velkommen av både brukere og medarbeidere. Endringene kan sees på som et paradigmeskifte i hjemmetjenesten og vil ha behov for tid kontinuerlig fokus, øvelse og engasjement.



0 / Henvisninger og vedlegg

Henvisninger

- 1 Seniorsmelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo.**
https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/1332815/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Vestre%20Aker/Politikk/Politiske%20saker/2015/2015-03-19%20Seniorsmelding%20-%20Bystyremelding%20nr.%201_2014/Seniorsmeldingen.pdf
- 2 Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti 2015-2019.**
<https://www.sv.no/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/Byraadserklaering-web.pdf>
- 3 Oslo+ Program for tjenesteinnovasjon.**
<https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/oslo-program-for-tjenesteinnovasjon/#gref>
- 4 Bentzen, T.Ø. (2016) Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner**
- I springet fra ambition til praksis (PhD-avhandling), Roskilde; Roskilde Universitet

Vedlegg

1. Mandat Tillitsmodellen
2. Prosjektplan Tillitsmodellen
3. Tillitsmodellen - erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune
4. Tillitsmodellen - hovedpilotering 2017- 18
5. Anbefaling minipiloter fra prosjektgruppen til styringsgruppen
6. Oppsummering fra Strategiworkshop: "Tillitsmodellen" 28. juni 2016
7. Kompetanseplan for hovedpilot Tillitsmodellen fra 01.09.2017
8. Saksbehandling i Tillitsmodellen
9. Tillitsmodell-teamene og korttidsplasser
10. Rapport fra arbeidsgruppe ergo/fysio i Tillitsmodellen inkl. kartlegging pr bydel
11. Mal kartleggingssamtale
12. Modell 1 og 2 hovedpilotering
13. Konkurransen- invitasjoner minipiloter
14. Sluttrapport Bydel Grorud

Rutiner eller dokumentasjon fra den enkelte bydel kan fås ved henvendelse til lokal prosjektleder.

Takk til alle som har bidratt i prosjektet!

