



Handelshøyskolen BI

MAN 51181 Helseledelse

Term paper 60% - W

Predefinert informasjon

Startdato:	05-09-2022 09:00 CEST	Termin:	202310
Sluttdato:	26-05-2023 12:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	P		
Flowkode:	202310 10145 IN08 W P		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltakere:

Tom Erling Henriksen, Lars-Erik Arstad, Stian Lund-Lyngmo

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Produserer Alta kommune kandidater til sykehjemsplasser?		
Naun på veileder *:	Bjørn Erik Mørk		
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:	Nei	Kan besvarelsen offentliggjøres?:	Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	8
Andre medlemmer i gruppen:	

26.05.2023

HANDELSHØYSKOLEN BI
CAMPUS OSLO
Nasjonal lederutdanning for
primærhelsetjenesten
Klasse 2

Prosjektoppgave
Produserer Alta kommune
kandidater til sykehjemsplasser?

ID-nummer:

Utlevering:
Innlevering:

Sammendrag

«Med måten vi i dag driver korttidsplassene på, så produserer vi flere sykehjemspasienter enn nødvendig» (sitat fra et av dybdeintervjuene vi gjennomførte)

Er det virkelig slik at Alta kommune «produserer» sykehjemspasienter hver eneste dag? Blir flere korttidspasienter enn nødvendig liggende på institusjon helt til de får en permanent plass? Eller kommer de inn - får et funksjonsløft – og blir sendt hjem?

En korttidsplass er et godt tilbud for at kommunen, sammen med sine innbyggere, skal nå målsettingen om å bo lengst mulig hjemme med trygghet og verdighet. Gjennom 8 dybdeintervjuer fant vi ut at korttidsplassene driftes på en tidvis ineffektiv måte, at dette til tider har ført til at pasienter som har kommet inn på et korttidsopphold har endt opp på en langtidsplass grunnet ineffektiv drift. Hva kan gjøres med dette?

Vi gjennomførte flere workshops og fikk mange og gode innspill på hvordan korttidsplassene kunne driftes på en mer faglig og effektiv måte.

Forbedringsinnspillene førte også til at de ansatte følte de fikk utnyttet sin kompetanse på en bedre måte og fikk økt motivasjon for å drifte korttidsforløpene. Via fire småskrittsforbedringer fikk vi gjort sentrale endringer som har gitt gode resultater for pasienten i piloten. Pasienten fikk et markant funksjonsløft, faglig sterkere og spisset oppfølging ved hjelp av gode kartlegginger og pasientrettede tiltak. Som en bonus observerte vi at pårørende har fått økt hjelp, og at de sammen opplever en høyere mestring i hverdagen.

Slik Demmings sirkel og evighetssirkelen til ExperioLab illustrerer, er det et kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid med klare mål og aktiv involvering av de ansatte som ofte fører til gode løsninger. Prosessen må evalueres, justeres, reevalueres og tilpasses etter hvert som nye momenter dukker opp. Dette gjør at korttidsforløpene tilpasser seg etter pasientene og samfunnets behov for helsetjenester som er i kontinuerlig forandring.

Innhold

SAMMENDRAG	I
1. INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 PROSESSEN FRAM TIL PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER	3
1.3 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	4
1.4 LESEVEILEDNING	4
2. LITTERATURGJENNOMGANG.....	5
2.1 KVALITET OG LEDELSE I HELSETJENESTEN VI LEVERER.....	5
2.2 LEDELSESPERSPEKTIVER	8
2.3 YTRINGSKLIMA OG HØYKVALITETSFORBINDELSER	11
2.4 SMÅSKRITTSFORBEDRINGER	14
2.5 ORGANISASJONSKULTUR.....	15
2.6 OPPSUMMERING	17
3. METODE.....	17
3.1 DATAINNSAMLING	17
3.1.1 Intervjuer.....	17
3.1.2 Forsøk 1-4	19
3.2 ANALYSEPROSESSEN	19
3.2.1 Gjennomføring av intervjuer	19
3.2.2 Gjennomføring av workshops.....	20
3.3 REFLEKSJONER OVER STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT FREMGANGSMÅTE.....	20
4. FORSØK OG FUNN	21
4.1 INTERVJU	21
4.2 FORSØK.....	23
4.2.1 Forsøk 1 (gevinstavtrykk og tjenesteflyt).....	23
4.2.2 Forsøk 2 (tjenestedesign)	26
4.2.3 Forsøk 3 (tjenestedesign)	27
4.2.4 Forsøk 4 (Første pilot)	28
4.3 OPPSUMMERING SENTRALE FUNN.....	30
5. DRØFTING.....	31
5.1 KVALITET OG LEDELSE I HELSETJENESTEN VI LEVERER.....	31
5.2 LEDELSESPERSPEKTIVER	34
5.3 YTRINGSKLIMA OG HØYKVALITETSFORBINDELSE	36
5.4 SMÅSKRITTSFORBEDRINGER	38
5.5 ORGANISASJONSKULTUR.....	40
6 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	41
BIBLIOGRAFI	44
VEDLEGG:.....	1

1. Innledning

I 2008 – 2009 innførte helse og omsorgsdepartementet samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47). Reformen trådte i kraft 1. januar 2012. Hovedgrunnen til at samhandlingsreformen ble innført var at kommunene selv skulle sørge for sine innbyggers behov for helsetjenester, uavhengig av om tjenestene leveres av kommunal omsorgstjeneste eller av spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for dette var å gi kommunene et motiv for å satse på forebyggende helsevern, og dermed spare kostnader ved sykehusinnleggelse. Ved å samordne tjenester innen helse, sosialomsorg og eldreomsorg i kommunene var målet å få realisert synergier og en helhetlig tenkning hvor tilbudet til innbyggerne settes inn på et tidligst mulig tidspunkt – gjerne forebyggende. Uttrykket «*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*» var et uttrykk det ble fokusert på. Som et resultat av dette ble omsorgstrappen skapt. Den skal illustrere de ulike tilbudene til kommunene, og viser ressursbruk i form av en trapp. Øverste trinn i trappen krever mest ressurser per pasient. Reformen medførte en vridning i hvem som har ansvaret for å gi tjenester til innbyggerne. Kommunene fikk et mye større ansvar, og opplevde at pasientene som tidligere fikk behandling i spesialisthelsetjenesten nå kom til kommunen. Dette gjorde at kravet til kompetanse og personell økte - og kommunene ble «tvunget» til å utvikle tilbud og tjenester på lavere trinn i omsorgstrappen - før innbyggerne trengte svært ressurskrevende tilbud.

I 2017-2018 kom en ny kvalitetsreform kalt «Leve hele livet» (stortingsmelding 15). Reformens hovedmålsetning var å bidra til at eldre kan mestre og leve livet lenger, være trygge på at de får god hjelp ved behov, at pårørende kan bidra uten å bli utslitte, og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge, og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overgang i tjenestene.

1.1 Bakgrunn

Vi er 3 ledere som skriver oppgave sammen, jobber i Alta kommune og representerer samme virksomhet. Alta kommune er en by på rundt 21.000 innbyggere, med en relativt utypisk demografi sammenliknet med andre kommuner av samme størrelse. Alta har en høy andel yngre befolkning (0-30 år: 44 % av befolkningen, 31-60 år: 38 %, 61 år og eldre: 18 %). Kommunen har ca. 1800 ansatte hvorav ca. 800 jobber innen helse- og sosialsektoren. Selv om befolkningen

er relativt ung så treffer likevel den demografiske utfordringen på samme vis, og kommunen har over flere år stått i omstilling og utvikling av tjenesten. De siste årene har kommunen gjort et løft i form av nytt omsorgssenter. Der jobber flere av de store virksomhetene under samme tak, og virksomheter for sykehjemsplasser, korttids- og avlastningsplasser og omsorgsboliger er samlokaliserte. Dette har gjort mye for å forsterke fagmiljøene og samarbeid på tvers av virksomheter. Fortsatt står sektoren ovenfor store utfordringer med tanke på rekruttering av nok menneskelige ressurser og å jobbe raskt nok med dimensjonering av tjenestene - slik at vi klarer å holde følge med den demografiske utviklingen. Vi blir flere eldre, både friske som syke, og færre hender som skal ta hånd om disse. De siste årene har Alta kommune dreid fokuset sitt fra å bygge institusjonsplasser til et mål om at *“alle innbyggerne i Alta kommune skal få muligheten, på en trygg og god måte, til å bo hjemme lengst mulig”*. Dette har gjort at hjemmebaserte tjenester har blitt dimensjonert opp og institusjoner dimensjonert ned.

Virksomhetens navn er mestring og rehabilitering og består av 3 avdelinger. To avdelinger jobber med korttidsplasser av ulike typer, og den siste avdelingen er ergo- og fysioterapitjenesten. Virksomheten jobber tverrfaglig og i tett samarbeid med de fleste virksomheter i helse. Pasientkategoriene strekker seg fra rehabiliteringspasienter etter sykehusopphold til sykehjemspasienter. Aldersgruppen er 18 – 100 år. Vår virksomhets hovedfokus er hjemmeboende pasienter som opplever funksjonsfall eller pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus. I løpet av et opphold hos oss skal pasienten bli i stand til å bo hjemme og klare seg selv på en så god måte som mulig, med så lite hjelp som nødvendig.

Stian Lund-Lyngmo er avdelingsleder for ergo- og fysioterapitjenesten og har vært ansatt siden juni 2020. Han har jobbet til sammen 12 år i ulike stillinger i Alta kommune og har grunnutdanning som ergoterapeut.

Lars-Erik Arstad er avdelingsleder for avdeling Sierra, har innehatt stillingen i 1,5 år, og jobbet i Alta kommune siden høsten 2018. Han har grunnutdanning som sykepleier. Tom Erling Henriksen er virksomhetsleder for mestring og rehabilitering. Han har innehatt stillingen i 3 år og har grunnutdanning som fysioterapeut. Mikkeli er korttidsavdeling 1 og har totalt rundt 30 årsverk med nesten 40 ansatte, inklusiv avdelingsleder og nattevakter. Avdelingsleder er Marit Toset, spesialsykepleier. Sierra er korttidsavdeling 2 og har totalt rundt 29 årsverk

med 38 ansatte, inklusiv avdelingsleder. Ergo- og fysioterapitjenesten består av 16,4 årsverk, inklusiv avdelingsleder. Avdelingen er satt sammen av 7 fysioterapeuter, 5,4 ergoterapeuter, 3 hjelpemiddelteknikere og avdelingsleder. Avdelingen har arbeidsoppgaver på tvers av alle virksomheter i helse.

1.2 Prosessen fram til problemstilling og avgrensninger

Gjennom de siste 1,5 årene har vi med jevne mellomrom fått tilbakemeldinger fra de ansatte om at de føler at korttidsoppholdsplassene (KTO-plassene) ikke fungerer tilfredsstillende, at effekten av oppholdene ikke gir ønskede resultater, og at liggetiden ofte er lengre enn nødvendig. Flere pasienter har gått fra å være på et lavere omsorgsnivå og motta få tjenester, til et nivå med stadig økende tjenestebehov. Ytterligere beskrivelse av funn i intervjuene kommer vi tilbake til i kap.4.1. Med bakgrunn i disse tilbakemeldingene, ønsket vi å undersøke dette i denne prosjektoppgaven. Det ble derfor gjennomført 8 dybdeintervjuer, tidsbruken var ca. 45 minutter pr intervju. Våre informanter representerte hele virksomheten. 3 fra Mikkeli, 3 fra Sierra og 3 fra ergo- og fysioterapitjenesten, fordelt på leder for Mikkeli, fagsykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider. Kriteriene for å bli valgt som fokuspersoner var at de hadde 100 % stilling, har vært med på utviklingen av ulike prosjekter i virksomheten, anses som nøkkelpersoner i pasientforløpet, og har grunnleggende interesse for fagfeltet. Vi valgte ut disse informantene fordi vi fikk representert alle faggruppene og alle avdelingene i virksomheten på en god måte. Dette er ifølge Thagaard en strategisk utvelgelse av informanter (Thagaard, 2018).

Hovedfunnene fra korttidsavdelingene var at de oppfattet korttidsoppholdene som diffuse og lite konkrete. Pasientene blir ofte innlagt uten en klar plan, noe som har ført til at avdelingens personell ikke tar kjapt tak i pasientene fordi de tenker at de har god tid. De mister noe av "eierskapet" til pasientene, og savner en klar bestilling for oppholdet. I tillegg savner ergo- og fysioterapitjenesten at det gjennomføres målsamtaler tidligere i oppholdet, slik at man får definert pasientens mål tidligst mulig. De beskriver også utfordringer med at det er forskjell mellom rehabiliteringsplassene og korttidsklassene. Rehabiliteringsplassene er mer strukturerte og det er automatikk at ergo- og fysioterapitjenesten involveres. På KTO-plassene er det opp til avdelingens ansatte å vurdere om vi trenger et tverrfaglig samarbeid. Dette fører til at de ansatte ser på KTO-oppholdene som

diffuse og de opplever ikke eierskap til pasientgruppen. Dette kan gå utover behandlingsnivået pasienten får. Alle informantene sier at det ikke er mange nok møtepunkter mellom de som jobber tverrfaglig med pasientene.

Flere av de ansatte konkluderte med at måten KTO-plassene har vært drevet på frem til i dag mest sannsynlig har ført til at vi har fått flere sykehjemspasienter. Dette fører igjen til et redusert tilbud for kommunes innbyggere som har behov for en KTO-plass. Dette vil også føre til en negativ utvikling av kommuneøkonomien over tid, da en institusjonsplass er svært mye dyrere enn om pasienten bor hjemme med støtte fra hjemmebaserte tjenester.

1.3 Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av funnene i intervjuene med de ansatte kom vi fram til følgende problemstilling:

Hvordan skape den optimale KTO-plassen for pasientene og de ansatte?

For å kunne svare på Alta kommunes mål om at kommunens innbyggere skal kunne bo lengst mulig hjemme, vil det være avgjørende at vi har KTO-plasser som fungerer på en mest mulig optimal måte. Dette vil ha stor innvirkning på kvaliteten på tjenestene til kommunens innbyggere og på kommunens totale økonomi.

Vi har valgt bort de pårørende i denne omgangen, da det er pasientene og de ansatte som i størst grad påvirkes av prosjektet vårt. Noe av bakgrunnen for dette var at det å skulle involvere dem ville kreve innhenting av samtykke/godkjenning fra pasientene. Vi har heller ikke villet skape forhåpninger eller feile forventninger ved å involvere dem i prosjektet.

1.4 Leseveiledning

I sammendraget finner du forklaring av utviklingsprosjektet, metoden som er brukt og resultatene av prosjektet.

Kapittel 2 beskriver aktuell litteratur som er anvendt i prosjektoppgaven. Metodene som er brukt i prosjektet blir beskrevet i *kapittel 3*.

Kapittel 4 tar for seg funnene som er gjort underveis i prosjektoppgaven. *Kapittel 5* tar for seg drøfting av funn opp mot utvalgt litteratur. Konklusjonen presenteres i *kapittel 6*, her vil også veien videre etter prosjektet beskrives.

I slutten av hvert kapittel finner du også en oppsummering av hva du har lest. Til sist i oppgaven finner du kildehenvisninger og vedlegg.

2. Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet vil vi presentere aktuell litteratur som er viktig for gjennomføringen av prosjektet vårt. Vi vil begynne med å beskrive nasjonale føringer og lovverk som er veiledende/styrende for vårt arbeid, før vi går inn på aktuell litteratur som vi anser som viktig for gjennomføringen av prosjektet vårt.

2.1 Kvalitet og ledelse i helsetjenesten vi leverer

Det er utarbeidet flere planer og retningslinjer vi, som leverandør av helsetjenester, skal jobbe etter. I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, er det nøye beskrevet hva som forventes av oss (Arntzen, 2021).

Følgende punkter i pasientens helsetjenester er direkte rettet mot oss, som leverandør av korttidsplasser:

- Pasienter er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Dette skal sikre at både pasient og pårørende blir sett og hørt, med ord de forstår.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. Skrøpelige eldre opplever trygge overganger.
- Pasienter opplever at bruk av felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp.
- Helsepersonell jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir. Personellet opplever tjenesten som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for livslang læring for alle. Gode IKT-systemer gjør oppgavene enklere å løse.
- Lederne gjennomfører endringer som må til – i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i regjeringens politikk for å utvikle pasientens helsetjeneste. Pasienten skal være sikker på at tjenesten virker, at de er trygge, og at de henger godt sammen når pasienten er avhengig av helsehjelp fra flere instanser (Arntzen, 2021).

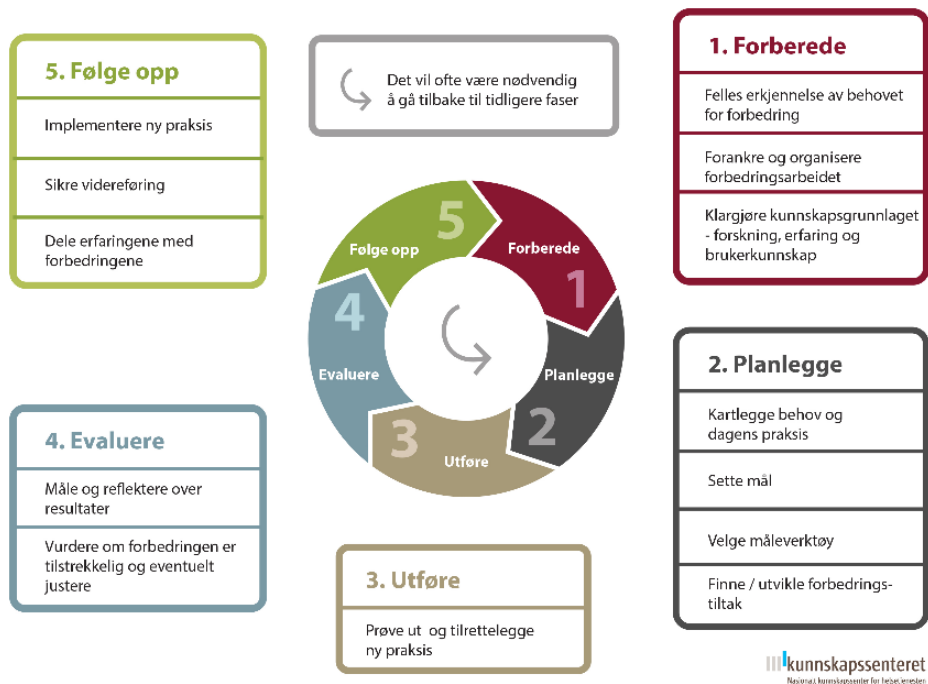
I Helse- og omsorgstjenesteloven er det en beskrivende formålsparagraf, som kan brukes som en kvalitetsindikator på tjenesten vi skal levere. Lovens formål er særlig å:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne.
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling, og forebygge sosiale problemer.
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre.
4. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.
5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienten og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)

I en travel hverdag er det ofte enkelt å lene seg på det man alltid har gjort, da dette er trygt, - men det gjør også at man ikke bruker så mye av sin arbeidskapasitet på noe nytt. Dette blir fort en kortsiktig tankegang og kan være en direkte bidragsyter til at våre tjenester blir levert på en mindre god måte. Pediatriprofessor Tom Nolan, har uttalt «*If you always do what you always did, you always get what you always got*» (Arntzen, 2021).

Endringsprosesser oppfattes ofte som tid- og ressurskrevende, og man ender derfor ofte med å gjøre ting på «gamlemåten», selv om dette ikke gir økt kvalitet. En tydelig ledelse og god struktur er grunnleggende for enhver virksomhet, og en forutsetning for å oppnå kultur for forbedring og utvikling i virksomheten (Arntzen, 2021). En av de viktigste oppgavene for oss ledere når det kommer til endrings- og kvalitetsarbeid, er å sette arbeidet i system. Det er utarbeidet flere modeller for dette, men en godt beskrivende og anvendelig modell er Demings sirkel, som er illustrert under:



(Helsebiblioteket, 2023)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er basert på prinsippene i Demings sirkel (Arntzen, 2021). Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. § 6, 7, 8 og 9 i forskriften sier at virksomheten er pliktig til å planlegge, pliktig til å gjennomføre, pliktig til å evaluere og pliktig til å korrigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Deming beskrives som en «kvalitetsguru». Han har utarbeidet en ledelsesfilosofi som bygger på at mennesker er til å stole på, at mennesker ønsker å gjøre en god jobb, og at årsaken til 85% av alle feil som inntreffer i organisasjoner ligger hos ledelsen, ikke hos medarbeiderne. Dette krever at vi ledere er i stand til å fjerne hindringer og barriere som står i veien for å kunne gjøre en god jobb (Arntzen, 2021).

Øyvind L. Martinsen beskriver funksjonen til ledelse blant annet som at ledelse har som funksjon å produsere forandring, og at det å styre i en retning for forandring er grunnleggende for lederskap (Martinsen, 2021). Det er viktig å skille mellom administrasjon og ledelse. Administrasjon handler om at man skal takle kompleksitet, mens ledelse handler om å takle forandringer (Martinsen, 2021).

For at vi skal kunne gjennomføre endringer i virksomheten, vil ledelsesteori være en naturlig del av denne oppgaven.

I kapittel 2.2 vil vi ta for oss ulike ledelsesperspektiver.

2.2 Ledelsesperspektiver

Vi skal i dette kapitlet kort gå gjennom noen sentrale begreper i ledelse som er viktige i forbindelse med endring og utvikling i en organisasjon. Det er flere metoder og fremgangsmåter en, som leder, kan benytte for å få det beste ut av de ansatte, og deres kompetanse og erfaring.

Endringsorientert ledelse er å legge til rette for utvikling, innovasjon og langsiktig mening i arbeidet. Martinsen beskriver flere aspekter rundt endringsorientert ledelse, blant annet dette med nyhetssøkende atferd, hvor ledere og medarbeidere søker etter nye ideer og nye måter å gjøre ting på. Dette er, sammen med det å ha en visjon og langsiktige planer for arbeidet, viktige aspekter for å drive fram endringer i organisasjoner. Et annet viktig begrep innenfor ledelse er *oppgaveorientert* ledelse, som handler om å bidra til at arbeidet blir gjort på den mest mulig effektiv måte. Her er lederen med og formulerer mål og følger opp framgangen i arbeidet som igangsettes. Dette er, sammen med å ta initiativ til, og gjennomføre evalueringer av prosjekter/pågående arbeid, noe av det viktigste innen oppgaveorientert ledelse. Et tredje viktig begrep er *relasjonsorientert* ledelse. Her er leders oppgave å sørge for støtte og utvikling til dem som gjør arbeidet i organisasjonen. Dette gjøres gjennom oppmerksomhet mot medarbeiderne, underbygging av den enkeltes mestringsopplevelse, stimulering til samarbeid og anerkjennelse av den enkeltes innsats (Martinsen, 2021).

For å få til de endringene som vi ledere ønsker, er vi helt avhengig av at vi får med medarbeideren i endringsprosessen dette innebærer. Eierskap hos de ansatte er helt avgjørende for at vi skal ha suksess og få gjennomført denne endringen. Kuvaas og Dysvik beskriver flere punkter som er viktige i forkant av gjennomføringen av det de kaller utviklingstiltak. Dette inkluderer at medarbeiderne bør inkluderes i planleggingen og at det bør være frivillig, reaksjoner og opplevelser av tidligere tiltak bør kartlegges og da særs de negative. Videre må medarbeiderne få komme med egne forslag til endring ut ifra deres opplevde behov i jobbsituasjonen, de må informeres mest mulig om intensjonen med endringen, samt informeres i størst

mulig grad om utviklingsmulighetene. De må i tillegg vises hvordan endringen kan hjelpe dem til økt kontroll over egen jobbsituasjon og hvordan endringen kan hjelpe dem til å stå bedre rustet i fremtidige endringer i jobbsituasjonen (Kuvaas & Dysvik, 2020).

Vestergaard beskriver i en undersøkelse av 2152 ledere viste det seg at suksessraten stiger til formidable 79% når medarbeiderne opplever å ha eierskap til formålet med endringen vi ønsker å få innført. Videre skriver Vestergaard at når medarbeideren forstår formålet med endringen, vil de improvisere klokt, og man kan da tenke seg at flere gode ideer vil komme på bordet, kontra dersom de ikke opplever noe eierskap (Vestergaard, 2020).

Her ser man helt klart at både Kuvaas & Dysvik og Vestergaard er inne på samme spor. Et inkluderende lederskap, skaper en endringsvillig og improviserende medarbeider.

Det å klare og skape og opprettholde motivasjon blant medarbeiderne sine kan være en de største utfordringene en leder står overfor. Adam Grant beskriver i artikkelen «*How custom can rally your troops*» enkelte metoder for hvordan dette kan gjøres. En stadig økende mengde forskning viser at kunder, klienter og pasienter er effektive i det å motivere de ansatte til å jobbe hardere, smartere og mer produktivt. Kunder, klienter og pasienter viser seg å være mer håndgripelig bevis på at innsatsen til de ansatte fungerer, og kan være et viktig verktøy for lederne i det å skape inspirasjon og motivasjon hos sine ansatte. Ved å bruke opplevelsene til kunder, klienter og pasienter aktivt, vil de ansatte se den umiddelbare effekten av det de gjør. Eksempler på dette fra USA er blant annet Wells Fargo hvor lederne viser videoer av folk som beskriver hvordan banken har hjulpet dem fra alvorlig langvarig gjeld. Dette er en påminnelse om at de ansatte er tilstede for kundene og ikke for sine ledere. David Hofmann og Adam Grant har gjennom forskning sett at kunder, klienter og pasienter er mer troverdig enn ledere som inspirasjonskilde. Forskerne Phil Mirvis og Donald Kanter har sett at førstelinjen i mange bedrifter er skeptiske til ledernes motiver og intensjoner. Mottakerne av tjenestene kan derimot levere troverdige bevis på at jobben til de ansatte er meningsfull, og har gjort en forskjell for dem. (Grant, 2011)

Et av de sterkeste bevisene for at sluttbrukerne er en ekstra inspirasjonskilde til å motivere de ansatte har Grant funnet i en rekke eksperimenter med telefonselgere

som skal skaffe penger til stipender til studenter ved universiteter i USA. Som et ledd i denne forskningen inviterte han flere tusen ledere til å foreslå metoder for å motivere de ansatte. De fleste lederne tar da utgangspunkt i antakelsen om at de ansatte til syvende og sist kun er styrt av egeninteresse. Forslagene til økt motivasjon kan da gå ut på for eksempel lønnsøkning, forfremmelser og andre personlige goder. Kun 1 % av lederne foreslo å vise telefonselgerne hvordan arbeidet deres utgjør en forskjell. Videre viser nasjonale undersøkelser i USA de siste tiårene at flertallet av amerikanerne er ute etter en meningsfull jobb når de søker nye utfordringer. For å teste ut dette inviterte Grant en stipendmottaker til en gruppe telefonselgere/innsamlere. Studenten brukte da 5 minutter på å beskrive hvordan de ansattes innsats hadde gjort en forskjell for han, og hvor mye han satte pris på det arbeidet de gjorde. En måned etter besøket viste tallene at innsamlede midler hadde økt med 171 % og at innsamlerne brukte mer tid på telefonen. Andre studier på dette har vist enda større effekt. Kontrollgruppene som ikke møtte noen viste ingen endringer i samme tidsrom. (Grant, 2011)

Forskningen til Grant tyder på at outsourcing av inspirasjon har effekt innenfor mange områder. Det er tre mekanismer som spiller inn. *Innvirkning*, de ansatte ser hvordan deres arbeid og innsats kommer noen andre til nytte. *Verdsettelse*, de ansatte føler seg verdsatt av kundene, klientene eller pasientene. Den tredje mekanismen er *empati*, de ansatte utvikler en større forståelse for hva kundene, klientene eller pasientene sliter med og har av utfordringer i hverdagen, og føler seg derfor mer forpliktet til å bistå dem.

Grant beskriver videre i artikkelen en guide for hvordan ledere kan gi de ansatte økt motivasjon via å bruke kundenes, klientenes og pasientens historier. Han beskriver 9 metoder for å klare dette:

- Identifiser tidligere, nåværende og framtidige sluttbrukere
- Skaff tilbakemeldinger fra tidligere sluttbrukere
- Finn nye historier
- Lag arrangementer hvor sluttbrukerne kan dele sine erfaringer
- Gjør ansatte til sluttbrukere
- Finn sluttbrukere i organisasjonen
- Engasjer ansatte som for tiden gjør arbeid med liten synlig effekt
- Spre budskapet
- La de ansatte anerkjenne hverandres bidrag

(Grant, How customers can rally your troops, 2011)

For at de ansatte, gjennom samarbeid med hverandre og oss som ledere, skal klare å utvikle tjenestene våre, er vi avhengig av et godt ytringsklima. Dette skal vi beskrive nærmere i kapittel 2.3.

2.3 Ytringsklima og høykvalitetsforbindelser

Boken til Øyvind Kvalnes, Ytringsklima, fra 2022, tar for seg noe av litteraturen vi ser på som viktig inn i vår prosjektoppgave. Kvalnes gir mulige svar på hva som hemmer og fremmer utveksling av ideer og informasjon i en gruppe eller i et felleskap, mekanismer som får medarbeidere til å holde igjen når de egentlig burde ta et skritt frem og si sin mening eller påpeke noe viktig, og mekanismer som inntreffer når medarbeidere tør å ta ordet og si sin mening (Kvalnes, 2022).

Hva kjennetegner egentlig de som er best på ytringsklima, og hvorfor vil dette være viktig for fremgangen i vår prosjektoppgave? Kvalnes (2022) har beskrevet fem fellestrekk som går igjen hos de som virkelig er gode på å snakke sammen, dele kunnskap, støtte hverandre og skape små og store samarbeidsmirakler.

1. *Vennlig friksjon* - motstand som er vennlig ment for å forsterke ideer og forslag
2. *Toleranse for aktive ytringsfeil* - roser den som tar ordet og viser at man verdsetter dette, selv om det var en bom.

3. *Psykologisk trygghet* - gruppen opplever at de kan yte motstand, komme med forslag til forbedringer, påpeke mangler, være uenig med ledere uten å være redd for sanksjoner.

4. *Aktørklima* - gruppedeltakere som er ansvarlige, engasjerte, aktive og besluttsomme.

5. *Plussknapper* - skape energi i relasjoner og ikke holde igjen når man har sjansen til å gi andre et løft.

(Kvalnes, 2022)

Et godt ytringsklima i seg selv, vil ikke alltid være nok for å skape en god endringsprosess. Jane E. Dutton beskriver viktigheten og den positive effekten av høykvalitetsforbindelser på person-, team- og organisasjonsnivå. Verdien av høykvalitetsforbindelser er mange. Det vil bidra til at enkeltpersoner i designgruppa og i avdelingen blomstrer, og det vil samtidig gjøre at designgruppa og virksomheten som helhet, jobber mer effektivt. Dutton har beskrevet flere effekter

av høykvalitetsforbindelser, som vårt prosjekt og ikke minst virksomhet vil dra godt nytte av:

- Ansatte med høykvalitetsforbindelser holder seg psykologisk og fysiologisk friskere, enn de uten
- Høykvalitetsforbindelser forbedrer en ansatts fysiologiske ressurser
- Ansatte med høykvalitetsforbindelser har en tendens til å ha en høyere kognitiv funksjon. Høykvalitetsforbindelser er også med på å utvide deres evne til å tenke.
- Ansatte i høykvalitetsforbindelser er flinkere til å vite hvem de skal stole på og hvem de ikke skal stole på, enn de uten høykvalitetsforbindelser.
- Ansatte som har høykvalitetsforbindelser i sin arbeidshverdag, viser ofte en høyere læringsadferd.
- Når ansatte er i høykvalitetsforbindelser på jobb, og når ledelsen har det samme mellom dem, viser det seg at de er mer motstandsdyktig mot nedturer og blir ikke satt så mye tilbake på grunn av det.
- Når ansatte har høykvalitetsforbindelser på jobb, viser det seg at de er mer engasjerte og involverte, og de viser en høyere lojalitet til organisasjonen.
- Når ansatte og gruppa har høykvalitetsforbindelser, er også enkeltmedlemmer og gruppa i sin helhet mer kreative.
- På organisasjonsnivå viser det seg at høykvalitetsforbindelser er med på å skape engasjerte ansatte, samt at det skaper en mer effektiv organisasjon som har høy kvalitet på arbeidet. (Dutton & Spreitzer, 2014)

Før vi kan bygge en virksomhet med høykvalitetsforbindelser, er vi helt avhengige av at vi starter med oss selv - som ledere. Vi vil her trekke frem fire forskjellige måter å oppnå høykvalitetsforbindelser med de ansatte og medlemmene i designgruppa (Dutton & Spreitzer, 2014):

Behandler de ansatte med respekt - Dutton beskriver forskjellige måter vi som ledere aktivt kan behandle de ansatte med respekt og på den måten bygge høykvalitetsforbindelser. Den viktigste og mest effektive er via tilstedeværelse. I dagens travle arbeidshverdag, med høye forventninger til resultater og mange oppgaver, er det å ta seg tid til enkeltansatte en av de mest virkningsfulle måtene vi kan behandle dem med respekt. Enkle grep som å legge vekk telefonen eller fysisk fjerne seg fra datamaskinen, vil sende signaler om at man virkelig er interessert i den ansatte.

Adam Grant har også beskrevet det å møte de ansatte ansikt til ansikt, som en svært effektiv måte å få de ansatte til å føle seg respektert. En annen effektiv måte man kan skape respekt på, er via å lytte og støttende kommunikasjon med de ansatte. Klarer vi, som ledere, å håndtere disse to kommunikasjonsmåtene på en god måte, dannes høykvalitetsforbindelser. Et tredje viktig punkt vil være aktiv lytting. Det å lytte aktivt vil kreve at vi er i nuet og virkelig lytter til det de ansatte kommuniserer til oss. Dutton beskriver det å være en aktiv lytter som en som parafraserer eller oppsummerer det som blir kommunisert, og som stiller oppfølgingsspørsmål (Dutton & Spreitzer, 2014).

Et annet viktig moment i det å behandle ansatte med respekt, er hvordan vi som ledere oppnår vår innflytelse. Forskning viser at det er to grunnleggende måter å oppnå innflytelse på, og det er gjennom dominans eller gjennom anseelse. Grant beskriver at innflytelse via dominans fort kan bli kortvarig, mens innflytelse via anseelse er holdbar over tid. Dette oppnås ofte gjennom utforskende kommunikasjon, hvor vi som ledere viser vår sårbarhet og at vi ikke er feilfrie (Grant, 2022)

Legg til rette for oppgaveløsning - høykvalitetsforbindelser oppstår hvis vi som ledere legger til rette for den enkelte ansattes eller gruppes suksess eller prestasjon i arbeidet med en oppgave eller et gitt mål. Dette oppstår oftest uformelt når en ansatt ser at den kan hjelpe en annen ansatt på grunn av kunnskapen den innehar (Dutton & Spreitzer, 2014). Med andre ord må vi tilrettelegge og skape høy nok psykologisk trygget i ansattgruppen/designgruppen, slik at den uformelle hjelpen skjer. Dette gjøres ved å ramme inn arbeidet, demonstrere ydmykhet for situasjonen, skape strukturer, fjerne stigmatisering av feil, men også sanksjonere ved klare brudd (Kvalnes, 2022).

Stol på andre – det å kunne stole på er nøkkelen til å bygge høykvalitetsforbindelser. Når det er sagt, viser det seg ofte at det å stole på andre kan være vanskelig. Man må kunne vise sårbarhet. Det å stole på en annen betyr at man må være oppmerksom på hva du kommuniserer og ikke minst hva du ikke kommuniserer. For eksempel vil dette være å dele på ressursene, gi tilgang til nyttig informasjon, delegere ansvar, være åpne og søke tilbakemelding. Dette viser bare hvor viktig det er at vi som ledergruppe spiller med åpne kort og oppfordrer de ansatte til å gjøre det samme.

Går vi som ledere foran som gode eksempler, vil ofte de ansatte følge etter. Lek i arbeidet – den positive effekten av lek i arbeidshverdagen eller med kollegaer har på relasjonsbygging, er ofte oversett og undervurdert. Ser man til litteraturen viser det seg at organisasjoner som har fokus på lek i hverdagen ofte blir mer kreative enn de som ikke har fokus på dette (Dutton & Spreitzer, 2014).

Det er flere empiriske studier som viser positive effekter av høykvalitetsforbindelser. Vi vil spesielt trekke frem følgende:

- Positive sosiale interaksjoner styrker fysisk helse gjennom blant annet bedret immunforsvar og gunstige hormonelle effekter
- Opplevelse av psykologisk trygghet som igjen predikerer adferd som er gunstig for læring
- Respektfull involvering driver kreativitet for enkeltpersoner og team
- Viktig for strategisk endringsevne og beslutningsdyktighet

(Carlsen A. , 2022)

Vi har nå tatt for oss litteratur som går på relasjonsbygging, og vi vil videre presentere litteratur som omhandler mer konkrete handlingsverktøy vi ser som nyttig inn i vårt prosjekt. Neste underkapittel tar vi for oss småskrittsforbedringer og arbeidsmetoden kalt «gjør det fysisk» fra boken Idea Works (2021).

2.4 Småskrittsforbedringer

Arne Carlsen beskrev flere viktige punkter på småskrittsforbedringer under sin forelesning høsten 2022. Teorien bak småskrittsforbedring handler om å være god på erfaringslæring og kunne balansere aktiv utprøving av små grep i hverdagspraksis med systematisk refleksjon. God småskrittsforbedring i organisasjoner fordrer at vi:

1. Tar brukerperspektivet: Hva vil de ha? Hva virker for dem?
2. Involverer og inviterer folk på å undersøke situasjoner, sette mål og fordele ansvar i forhold til behov, ønsker og evne.
3. Kombinerer problemorientering og styrkebaserte tilnærminger.
4. Prøver ut nye grep: Lar folk få stor frihet til å foreslå ny praksis og sette den ut i livet, noen ganger som en form for «prototyping».
5. Reflekterer sammen: Oppretter faste arenaer for felles refleksjon hvor en diskuterer dilemmaer og forventninger/resultater av aktiv utprøving.

6. Gjør det fysisk: Tilrettelegger for visuell deling av detaljer (forslag, aktiviteter) og helhet (en portefølje), for enkeltprosjekter og totalen.

7. Markerer fremgang og feirer små og store seiere, enten det er gjennombrudd, måloppnåelse eller andre ting – fra kake til tall.

8. Undersøker og utfordrer handlingsrommet: Tillatelse eller tilgivelse?
(Carlsen A. , 2022)

I boken *Idea Work: om profesjonell kreativitet*, skriver forfatterne også om effekten av å gjøre det fysisk i endringsarbeid. Å «gjøre det fysisk» betyr å få idéer bokstavelig talt i hendene sammen med kollegaer. Skisser er viktige fordi de omformer idéarbeidet fra å være individuell fundering og grubling til å bli visuelt, fysisk og konkret, noe man kan samhandle med andre om. Gjennom skisser og andre fysiske uttrykk blir ideene gjenstand for felles oppmerksomhet og utvikling. Skisser er for eksempel ideelle for å la oppmerksomheten veksle mellom detaljer og større helhet, noe som gjør det mulig å zoome ut og klargjøre konsepter. Ved å gjøre det fysisk så fjerner man seg i tillegg fra ensidig avhengighet av elektroniske medier. (Carlsen, Clegg, & Gjersvik, 2021)

Videre i teorikapitlet vil vi presentere teori på organisasjonsnivå. I kapittel 2.5 vil vi presentere teori omhandlende organisasjonskultur.

2.5 Organisasjonskultur

Gjennom arbeidet vårt med prosjektarbeidet ser vi at organisasjonskulturen i vår virksomhet kan være med på å styre hvordan gjennomføringen av prosjektet blir. Edgar Schein (1992) definerer gruppe- eller organisasjonskultur som *en felles oppfatning av, og syn på verden, og gruppens plassering i forhold til den, forestillinger om tid og rom, menneskesyn og forholdet mellom mennesker* (Martinsen, 2021).

Joanne Martin (1992) beskriver 3 perspektiver for hvordan en kan studere og vurdere en organisasjonskultur. Det første perspektivet er *integrasjonsperspektivet* som beskriver organisasjoner hvor det er gjennom hele organisasjonens hierarki er enighet om retning og faglige spørsmål, og hvor det ikke er plass for tvil, usikkerhet eller kollektiv uenighet. Det andre perspektivet er *differensieringsperspektivet*. Differensieringsperspektivet avslører hvordan makt fungerer i organisasjoner, anerkjenner interessekonflikter mellom grupper/subkulturer og tar hensyn til meningsforskjeller. Det siste perspektivet til kalles *fragmenteringsperspektivet*. Her

beskriver hun kompleksiteten i forholdet mellom ulike kulturer og hva de står for. Fragmenteringsperspektivet ser ikke etter enighet mellom ulike kulturer eller subkulturer, men ser på mangfoldet av tolkninger og blant annet faglig uenighet som sjelden eller aldri smelter sammen til enighet. (Martin, 1992)

Vi, som ledere, kan påvirke en organisasjonskultur på mange måter. Schein (1992) beskriver fem ulike metodikker som ledere kan bruke for å forsterke og påvirke ulike sider ved en organisasjonskultur.

1. Oppmerksomhet. Ledere formidler sine prioriteringer, verdier og interesser gjennom det de velger å spørre om, måle, kommentere, rose og kritisere. Mye av denne kommunikasjonen foregår når en leder planlegger og følger opp aktiviteter. Følelsesmessige utblåsninger fra ledere om verdier og hva de anser som viktig, har en spesielt sterk effekt. Motsatt effekt har det dersom lederen ikke viser oppmerksomhet. Det gir signal om at noe ikke er viktig.
2. Reaksjoner på krise. På grunn av de følelsesmessige aspektene som er knyttet til kriser, kan en leders reaksjon på kriser gi sterke signaler om verdier og oppfatninger. En leder som trofast støtter vedtatte verdier selv under press om å handle raskt, stikk i strid med dem, kommuniserer tydelig at verdiene er veldig viktige.
3. Lederen som rollemodell. Ledere kan kommunisere verdier og forventninger gjennom egne handlinger, spesielt handlinger som viser lojalitet, selvpoffrelse og bistand som går utover det stillingen krever. En leder som innfører en policy eller prosedyre, men selv ikke handler i samsvar med den, gir uttrykk for at den verken er viktig eller nødvendig.
4. Belønning. Betingelsene for å gi belønning gir uttrykk for hva som er viktig for en organisasjon. Formell oppmerksomhet i form av seremonier og uformell ros forteller om lederens prioriteringer og hva som er viktig. Mangel på oppmerksomhet i forhold til bidrag og oppnådde resultater gir uttrykk for at dette ikke er viktig. Videre gir ulik tildeling av belønning og statussymboler uttrykk for at noen personer er viktigere enn andre.
5. Kriterier for utvelgelse og avskjedigelse. Ledere kan påvirke kulturen ved å definere kriterier for å rekruttere, velge ut, forfremme eller avskjedige personer. Ledere kommuniserer også verdier og hva de er opptatt av, ved å

gi riktig informasjon om hvilke betingelser og hvilke krav som stilles for å lykkes i organisasjonen. (Martinsen, 2021)

2.6 Oppsummering

Teorien som er presentert i dette hovedkapitlet, er teori vi mener er relevant og viktig for å gjennomføre vårt prosjekt. Den er også relevant for å kunne svare på vår problemstilling. Teorien vil bli brukt videre i drøftingsdelen, som kommer i kapittel 5.

Kapittel 2.1 tar for seg kvalitet og ledelse i helsetjenesten. Hovedtrekkene i dette kapitlet er nasjonale føringer og kvalitetsindikatorer som vi kan bruke direkte eller indirekte inn i vår arbeidshverdag. Kapittel 2.2 presenteres teori om sentrale ledelsesbegreper i forbindelse med endring og utvikling i en organisasjon, samt teori om hvordan aktiv ledelse kan bidra til økt motivasjon blant medarbeiderne. Kapittel 2.3 tar for sentrale temaer som ytringsklima og høykvalitetsforbindelser som er metoder og verktøy for å skape et aktivt og utviklende arbeidsmiljø med høy psykologisk trygghet. Kapittel 2.4 teorien bak småskrittsforbedring handler om å være god på erfaringslæring og kunne balansere aktiv utprøving av små grep i hverdagspraksis med systematisk refleksjon. Det presenteres også teori for å skape aktive gode prosesser. Kapittel 2.5 tar for seg teori om organisasjonskultur og ulike perspektiver og drivere som kan være med å skape kultur og subkultur i en organisasjon.

3. Metode

I perioden september – oktober 2022 gjennomførte vi en prosess for å identifisere utviklingsområder i virksomheten, som vi kan jobbe videre med i vår prosjektoppgave. Metoden for dette, samt hvilke metoder vi har benyttet videre i prosjektet beskrives i dette kapitlet.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Intervjuer

Da vi skulle velge oss ut en metode for å samle inn data i en tidlig fase, falt vi raskt på at vi måtte starte med intervjuer. Dette ville være en god metode for å få inn mest mulig informasjon på fra våre informanter.

Vi valgte en semistrukturert intervjuform, hvor vi hadde laget en intervjuguide i forkant. I slike intervjuer er det vanlig å lage en intervjuguide med temaer og

spørsmål vi ønsker å dekke i løpet av intervjuet. En intervjuguide er en samtaleguide som brukes under et intervju. Under intervjuet er det betydelig fleksibilitet med hensyn til rekkefølgen på temaene som belyses, hvilke spørsmål som stilles, og hvilke muligheter det er for å utdype enkelttemaer gjennom ekstra oppfølgingsspørsmål. Hensikten med denne intervjuformen er å gi mer fleksibilitet til å snakke om temaer som oppleves som viktig for informanten, samt å gi intervjueren mulighet til å følge opp det som fremstår som ekstra interessant å belyse nærmere (Oppen, Mørk, & Haus, 2020).

Informantene våre ble valgt ut fordi de innehar både fagkompetanse, erfaring og drifts-/systemoversikt til å kunne si noe om virksomheten. Vi anser derfor disse som nøkkelinformanter. Oppen, Mørk og Haus beskriver at dette er individer som har en spesielt sentral rolle i vår undersøkelse fordi de er kunnskapsrike, samarbeidsvillige og kan involveres i større omfang i løpet av prosessen. (Oppen, Mørk, & Haus, 2020).

Intervjuene ble utført ansikt til ansikt, på nøytral grunn utenfor egen arbeidsplass/avdeling, og uten forstyrrelser. I planleggingsfasen var det ikke mulig å vite eksakt hvor mange informanter vi trengte, men det kom etter hvert. Vi intervjuet så mange vi måtte for å få vite det som trengtes, jfr. Oppen, Mørk & Haus (2020). I første omgang valgte vi 8 informanter, slik at alle avdelingene var representert likt, med spredning i kompetanse/erfaring og hvor lenge de har vært ansatt.

Da vi gjennomførte intervjuene, hadde vi fokus på å følge mønsteret til Kvale og Brinkmann (2010) med hovedfaser. Informantene kjenner oss og vi dem, så derfor var det ikke naturlig å bruke tid på hvem vi var. Vi startet med en briefing med formål om å forklare hva hensikten med intervjuet var og hva materialet skulle brukes til. I briefinggen avklarte vi også at vi ønsket å gjøre opptak av intervjuet. Alle informantene var komfortable med dette. Vi forklarte videre at innholdet i intervjuene ville anonymiseres, slik at ikke andre får vite hvem som har sagt hva. I selve intervjuet tok vi utgangspunkt i intervjuguiden med åpne spørsmål som vi hadde laget på forhånd. Vi avsluttet med en debriefing hvor vi minnet om hva resultatene skal brukes til, og videre prosess (Oppen, Mørk, & Haus, 2020).

Kort innledning: Vi går på BI. Vår oppgave er å se på virksomheten sin drift som helhet. Ut ifra dette vil du få noen spørsmål.

1. Hva kan du fortelle meg om dagens drift av virksomheten?
2. Hva kan du fortelle meg om dagens drift av KTO-plasser?

3. Hva har du eventuelt hørt at andre sier om KTO-plasser?
4. Hvilke tanker har du gjort deg om det tverrfaglige samarbeidet?
5. Er det noen andre utviklingsområder/utviklingspotensialer vi ikke har snakket om, som du ønsker å belyse?

3.1.2 Forsøk 1-4

Basert på tilbakemeldingen under intervjurunden av nøkkelinformantene valgte vi å invitere inn til en “workshop” hvor vi de fikk presentert ulike oppgaver.

Vi valgte å gjennomføre workshop med informantene våre - for sammen å begynne jobben med å lage et mest mulig ideelt forløp av KTO-plassene. I tillegg til de opprinnelige informantene våre, inviterte vi inn nyansatt fagsykepleier da vi mener hun blir en viktig støttespiller i arbeidet og i implementeringen av et eventuelt resultat av prosjektet. Bakgrunn for valg av workshop som metode finner vi i boken «Idea work» som er beskrevet i kap. 2.4 småskrittsforbedringer. Under diskusjonen om hvordan vi skulle gjennomføre workshopen om tjenstedesign, hadde vi flere muligheter. Universitetet i Tromsø, campus Alta, har et rom og teknologien for å gjennomføre tjenstedesing og workshop på skjerm. Dette ville gi mulighet til å få alt inn digitalt fra starten og gi oss verdifull erfaring i å bruke digitale hjelpemidler til en slik type arbeid. Selv med denne muligheten til stede så valgte vi å gjøre det på en mer fysisk måte med gråpapir og post-it lapper. Dette beskriver også i boken «Idea work», «skisser er også viktig for det gjør det mulig å berøre ideen fysisk» (Carlsen, Clegg, & Gjersvik, 2021, s. 146)

3.2 Analyseprosessen

I analyseprosessen vil vi gå gjennom hvordan vi har gjennomført intervjuene og workshopene, samt reflektere over styrker og svakheter i valgte metoder.

3.2.1 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført med opptaker, begrunnet med at vi i størst mulig grad skulle ha fokus på informantene og det å kunne stille åpne oppfølgings spørsmål. I etterkant av intervjuene ble alle opptakene gått gjennom og skrevet ut. Dette ble gjort kort tid etter intervjuene for å kunne gjøre en analyse av innholdet da det fortsatt var ferskt. Etter at intervjuene var skrevet, samlet vi 3 i prosjektgruppen oss og gjennomgikk hvert enkelt intervju. Alle leste alle intervju hver for seg og tok

notater. Etter at gjennomlesningen var fullført samlet vi oss og hadde en felles gjennomgang av det vi hadde lest. Det viste seg da helt klart at KTO-plassen og driften av dette, utpekte seg som en klar fellesnevner i alle intervjuer.

Gjennom analyseprosessen skal vi klare å gå fra rådata til tolkninger og beskrivelser av funn som kan forklare det vi har undersøkt. (Oppen, Mørk, & Haus, 2020). Etter å ha analysert innholdet i intervjuene (se kap. 4.1) bestemte vi oss for å ta det videre arbeidet inn i ulike workshops.

3.2.2 Gjennomføring av workshops

Analysene av workshopene gjorde vi fortløpende sammen med deltakerne i workshopen. Dette for at nøkkelinformantene våre skulle få være med på å forklare og tolke det som ble skrevet ned på papiret. Dette så vi som en nødvendighet, slik at vi, i etterkant av gjennomført workshop, skulle slippe å sitte med spørsmål eller uklarheter. Likeledes ble de 4 småskrittforbedringene vi skulle starte med valgt ut av deltakerne på workshopen.

3.3 Refleksjoner over styrker og svakheter ved valgt fremgangsmåte

Når vi i etterkant ser tilbake på de metodene vi har brukt for å hente inn informasjon, samt i utviklingen av prosjektet, ser vi både fordeler og ulemper med det vi har gjort så langt.

Vi startet opp med intervjuene for å danne oss et grunnlag for om hypotesen vår holdt mål. Resultatene og flyten i de forskjellige intervjuene var veldig avhengig av informanten. I intervjuene der informanten var av den introverte typen, var vi som intervjuere i mye større grad nødt til å fylle på med åpne spørsmål for å få fram meningene. Her viste det seg at de spørsmålene vi hadde laget på forhånd ikke var nok. Resultatene fra disse intervjuene ble slik sett også bra til slutt, men krevde litt mer arbeid enn forventet. Øvrige intervjuer fløt mye bedre, her måtte vi kun stille enkelte oppfølgingsspørsmål for å finne meningene. Alt i alt fungerte intervjuene som metode på en utmerket måte i første fase av prosjektet. Vi vurderte om vi skulle ta flere inn til intervju, men konkluderte med at svarene vi da ville få ikke ville sprike stort fra de vi allerede hadde intervjuet da de var entydige.

Vi konkluderte tidlig med at vi ønsket å gjennomføre fysiske workshoper med informantene våre der vi kunne bruke penn og papir som arbeidsverktøy, med bakgrunn i teorien som er beskrevet i kapittel 2.3. Vi klarte her, ved hjelp av det vi allerede hadde lært på studiet, å gjennomføre gode arbeidsprosesser med god

progresjon og gode diskusjoner. Den store utfordringen i workshopene var at tiden gikk fort, og at vi ikke kom så langt som ønsket i workshop 2. Når vi har reflektert over det i ettertid, viser det seg at tidsklemma vi kom i ikke var så dum. Resultatet var at alle sammen fikk reflektert over status så langt mellom workshop 2 og 3. Dette gjorde videre at vi i den siste workshopen også var mer fokuserte på å holde rammen, den røde tråden og sammen skape framdrift.

4. Forsøk og funn

4.1 Intervju

Etter at alle 8 intervjuer var gjennomført, var det enkelt å konkludere med at driften av KTO-plassene helt klart hadde forbedringspotensial. I avsnittene under vil vi presentere hovedfunnene fra intervjuene, og trekke frem forbedringspotensialer som var felles fra de 8 intervjuene.

Det ble pekt på at oppholdene ble sett på som diffuse og lite konkrete, noe som har medført at personalet ikke har følt eierskap til disse pasientene, og at pasientene heller ikke har fått en tidlig nok oppfølging i avdelingene. En av informantene uttalte; *«det følger aldri med noen bestilling fra innleggende instans, så disse pasienten blir ofte liggende lenge uten at de kartlegges eller følges opp på noe vis. Vi føler liksom at vi har så god tid og at det ikke haster med å starte vurderingene»*. Samtlige 8 informanter trakk frem at oppholdene opplevdes som diffuse, sammenlignet med rehabiliteringsopphold og avlastningsopphold. Informantene fra pleiesiden trakk frem at de ikke fikk noen form for bestilling i forkant av oppholdet, noe som igjen førte til at de ikke helt visste hva de skulle kartlegge eller følge opp i forhold til pasienten. Dette førte ofte til at pasienten ikke fikk et løft i egen helse og hverdagsmestring, men heller at de kom ut med et høyere omsorgsbehov enn nødvendig. Det ble nevnt flere eksempler på at usikkerheten i forbindelse med hvorfor pasienten var lagt inn på KTO, har gjort at de unødvendig har endt opp som sykehjemspasienter. Informant 3 uttalte; *«med måten vi i dag driver KTO-plassene på, så produserer vi flere sykehjemspasienter enn nødvendig»*. Informant 5 uttalte; *«Sånn som vi drifter i dag, driver vi kun med brannslukking, som fort resulterer i at de som kommer på KTO ender opp som sykehjemspasienter»*. Informantene fra terapeutsiden uttalte at de ikke føler noe eierskap til KTO-pasientene og at de ikke blir involvert, som for eksempel ved rehabiliteringsopphold. Informant 5 uttalte

også; «*jeg klarer ikke helt å finne min plass i avdelingen når det kommer til KTO-pasienter. Jeg opplever det hele som litt svevende*». Terapeutene opplevde at det ofte var vanskelig å finne ut hvem som hadde ansvaret for pasienten, og at det ikke var noen som tydelig hadde styringen på selve oppholdet. Informant 6 uttalte; «*jeg kommer nesten som en gjest inn i avdelingen, og jeg savner en å snakke med som har styringen over oppholdet og som har et totalt overblikk over pasienten. Det virker som om ingen har eierskap i pasienten*».

Et annet funn fra intervjurundene var at ergo- og fysioterapitjenesten savnet en målsamtale, der pasienten sine egne mål for oppholdet ble definert. Informant 6 uttalte; «*målsamtalen må tas så tidlig som mulig i oppholdet og funnene fra denne må viderefordles til de som jobber med pasienten*». Informant 4; «*målsamtalen er ekstremt viktig. I dag vet jeg ikke hvem som tar den på KTO-pasientene*». Flere av terapeutene uttalte at det kan virke som om ikke pleierne har en tydelig retning de jobber mot for disse pasientene. Det kan virke som om det er litt vilkårlig hva som gjøres og hva som kartlegges. Ofte ser vi at det ikke er gjennomført noen målsamtale. Informant 7 uttalte: «*målsamtalene og kartleggingen av pasienten må gjøres så tidlig som mulig. Hvem gjør den i dag, egentlig? Er det noen i det hele tatt? Disse samtalene er jo ekstremt viktige!*». Får man gjennomført disse samtalen tidlig nok, vil dette raskt gi oss et bilde av motivasjonen og forutsetningen pasienten har. Dette er helt essensielt for hvordan vi skal legge opp opplegget rundt pasienten, har flere terapeuter uttalt.

Det tredje hovedfunnet fra intervjurundene var at pleierne på avdelingene opplever at det er opp til hver enkelt pleier å definere hvilket tverrfaglig team som skal jobbe med pasienten under oppholdet, og at dette har ført til samme type pasient har fått forskjellige team rundt seg under oppholdet. En av informantene uttalte; «*hvorfor må vi pleiere alltid be om ergo- eller fysioterapeut? Hvorfor kan ikke disse vær ene naturlig del av oppholdet til de som legges inn på KTO?*»

Informant 1, 3, 5 og 8 uttalte at de savnet det tverrfaglige teamet rundt pasienten fra starten, og at det som regel tok alt for lang tid før ergo- og fysioterapitjenesten var koblet på. De opplevde det som unødvendig at det måtte være opp til hver enkelt pleier å koble på denne tjenesten, den burde være en naturlig del av oppholdet fra starten av. Dersom man kunne hatt et større tverrfaglig team fra starten av, kunne man heller tatt vekk tjenester som ikke var nødvendige når man så dette sammen

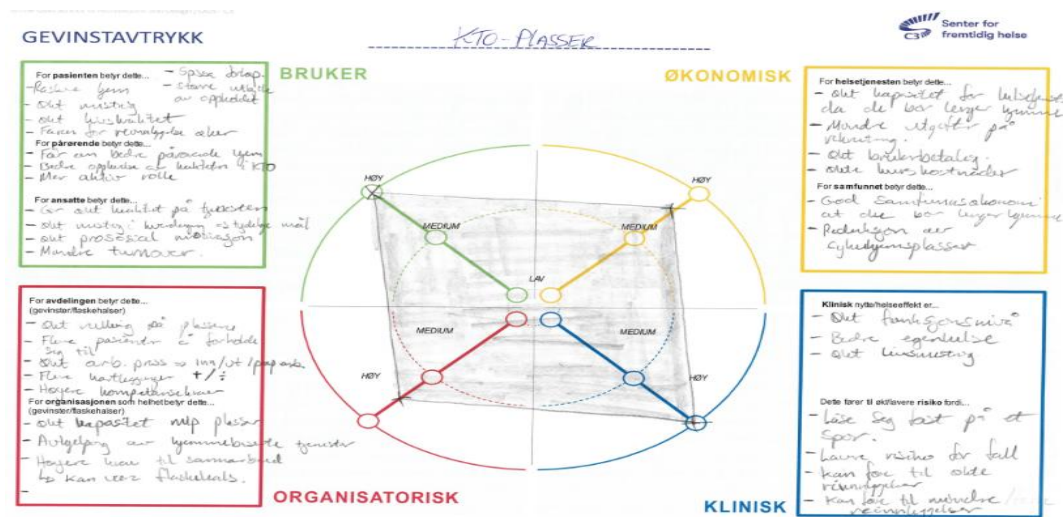
som et team. Informant 8 uttalte; *«det er så vanvittig mange kompetente fagpersoner under samme tak, at det blir umulig for meg å vite eksakt hvem jeg skal koble på. Det ville vært enklere om det var et tverrfaglig team rundet pasienten fra starten av»*. Flere av terapeutene uttalte også at de savner et mer tverrfaglig samarbeid og at de ikke blir koblet på tidlig nok. Dette har resultert i at, for flere i denne pasientgruppen, har behandlingen startet for sent og pasienten har således endt opp med et dårligere funksjonsnivå enn før oppholdet. Informant 4; *«det tverrfaglige samarbeidet smuldrer litt opp i hverdagen»*. *«Klarer vi å øke kvaliteten på disse plassene, så vil dette gi oss masse i andre enden og få positive ringvirkninger i hele helse og sosial»*.

4.2 Forsøk

Vi gjennomførte tre workshoper. Den første handlet om tjenesteflyt og gevinstrealisering. De to neste workshopene handlet om tjenstedesign som ledet til konsept og prototype for gjennomføring av pilot.

4.2.1 Forsøk 1 (gevinstavtrykk og tjenesteflyt)

Med bakgrunnen i funnene i intervjuene ønsket vi å forsterke oppstarten av prosjektet vårt ved å få alle deltakerne mer bevisst over hvilke gevinster vi potensielt kunne oppnå med å optimalisere våre KTO-forløp. Derfor valgte vi, ved gjennomføring av workshop 1, og startet med og gi en kort innføring i gevinstavtrykk og tjenesteflyt. Gevinstavtrykk for å skape en forståelse av potensielle positive gevinster på ulike områder i organisasjonen om vi klarer å få optimalisert KTO-forløpene, og tjenesteflyt for å reflektere over hvilke ulike aktører som potensielt er inne i et KTO-forløp. Dernest delte vi gruppen på 7 inn i 2 mindre grupper. Gruppene fikk 40 minutter på å diskutere fordeler og ulemper ved å endre KTO fra dagens drift til en mulig fremtidig "ideell" drift av slike plasser. En sammenfatning av genvinstavtrykket illustrert ved figur 1.



Figur 1 Gevinstavtrykk (fullversjon i vedlegg 1)

Gevinstavtrykk deles inn i 4 kategorier og gruppene beskrev mange potensielle forbedringer. For *pasienten* ble det nevnt vedlikeholder selvstendighet og mestring og pasienten føler seg sett og ivaretatt. Potensielt ville dette kunne gi enda større grad av medvirkning og opplevelse av egenmestring. For pårørende ble det diskutert at de blir inkludert i prosessen der det er hensiktsmessig og kan være med å bidra i forløpet. For den *ansatte* kunne dette gi fastere rammer, følelse av å levere gode tjenester og at de får brukt kompetansen sin på riktig måte. En annen uttrykte også at «om vi lykkes med dette vil det kunne gi en følelse av å være mer *betydningsfull som ansatt*». Videre ble det skrevet ned og diskutert rundt at faste rammer kan gi mindre rollekonflikt og mindre sykemeldinger.

For *avdelingen og organisasjonen* ble det nevnt mer flyt i forløpet som gir færre liggedøgn og et mer effektivt opphold. Det vil føre til at tjenesten og avdelingene er i utvikling og potensielt føre til kompetanseheving for flere ansatte. Videre nevnte de at det kan føre til en mer attraktiv og spennende arbeidsplass. Helhetlig og tverrfaglig tjeneste med felles mål og forståelse av det vi leverer som igjen vil føre til mindre «silo tenkning».

Økonomisk kan denne utviklingen føre til at vi kan gi tjenester til flere og at pasientene er i stand til å bo hjemme lengre – behov for lavere omsorgsnivå. Også her ble det nevnt mindre rollekonflikt som kan føre til mindre sykefravær. Tjenesten kan forebygge skrøpelighet og innleggelse på sykehus. Mindre/lavere behov for avanserte kostbare tjenester.

Klinisk kan dette føre til økt helse og livskvalitet. Forebygge sykdomsutvikling og skrøpeligheit som potensielt kan gi innleggjelser på sykehus og behov for omfattende tjenester (flere punkter kan sees i vedlegg 1).

Når gruppene hadde ferdigstilt gevinstavtrykket sitt, og hver av gruppene hadde fått presentere sitt gevinstavtrykk, ønsket vi at de samme gruppene skulle lage en mulig tjenesteflyt for en tenkt pasient i et KTO-forløp.

Dette ble et svært spennende arbeid der gruppene fikk satt fokus på hvilke og hvor mange ulike kapasiteter vi, som kommune, besitter. Utfordringen med dette var at det ble vanskelig for gruppene, med den tiden vi hadde til rådighet, å konkretisere «operasjonene» og de ulike samarbeidspartnerne som var involvert i et KTO-forløp. Som et resultat av dette valgte vi å gjøre et mer grundig arbeid, og gjennomføre et tjenstedesign på samme utfordring.

Bakgrunnen for at vi landet på tjenstedesign handlet om flere faktorer. Tjenstedesign er ikke en ukjent arbeidsmetode for oss som ledere i Helse og Omsorg i Alta kommune, men i stor grad en ukjent arbeidsmetode for pleiepersonell i vår virksomhet. Undervisningen vi hadde med Kaja Misvær Kistorp om tjenstedesign satte ting i perspektiv og gjorde at vi fikk et større innblikk i hva hensikten med tjenstedesign er. Tjenstedesign handler i all hovedsak om å sette brukeren i fokus. Målet med tjenstedesign er å levere helhetlige og meningsfylte tjenester og opplevelser til brukeren, uavhengig av om dette er bruken av en app, en kommunal tjeneste eller som pasient i et pasientforløp. Når vi nå har valgt problemstillingen «*hvordan skape den optimale KTO-plassen for pasienter og ansatte*»? Så er dette med pasienten i hovedfokus. Gjennom prosessen med å skape den optimale KTO-plassen vil pasienten være i hovedfokus, og de ansatte i førersetet for å skape og utvikle en brukerreise (brukerens opplevelse av tjenesten) som er tilnærmet optimal. For å få dette til må vi identifisere de ulike kontaktpunktene mellom oss som ansatte og pasienten, og identifisere pasientens mål og behov.

Erfaringsmessig så har kommunene stort fokus på denne stortingsmeldingen og bruker/pasient fokus, men vi har kanskje ikke hatt gode nok prosessverktøy til å utvikle tjenesten med bruker/pasient i fokus. Slik vi ser det er tjenstedesign et svært godt alternativ til et slikt prosessverktøy, hvor man på en relativt enkel og konkret måte skaper en illustrativ «tegning» over de ulike prosessene som skjer og må skje for at pasienten skal være i fokus. Videre ønsket vi en arbeidsmetode hvor

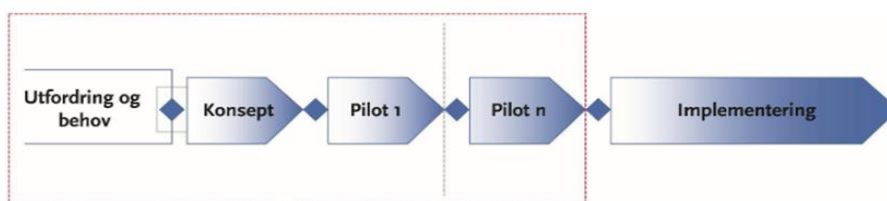
vi potensielt klarte å skape et høyt engasjement hos de ansatte som var en del av workshopen, slik at vi fikk ut det «beste» av hver ansatt. Basert på disse faktorene valgte vi tjenstedesign som metode og prosessverktøy i arbeidet med å skape den optimale KTO-plassen.

4.2.2 Forsøk 2 (tjenstedesign)

Det var viktig for oss, i gjennomføringen av workshopene, at vi flyttet oppmerksomheten fra de elektroniske hjelpemidlene til det å være fysisk og psykisk tilstede i rommet. Ved å være «tilstede» hører en de andres argumenter og begrunnelser for hvorfor de tenker at de enkelte forslagene er et mulig bidrag for å kunne skape en bedre løsning totalt. Da vil en også kunne ta diskusjonene direkte der og da, og sammen finne en best mulig løsning.

Et av målene våre med å gjennomføre workshoper med informantene, har vært å komme fram til en pilot/konsept som vi kan iverksette raskest mulig for å forbedre innholdet og gjennomføringen av KTO-plassene.

Målet er at vi, etter gjennomført prosjekt, har en bedre plan for gjennomføring av KTO-plassene. Gjennom workshop med tjenstedesign som metode skal vi designe forløpet før, under og etter et KTO-opphold inne på avdeling Sierra. Ved å lage en pilot for gjennomføring av korttidsforløp vil vi ha muligheten til å teste ut løsninger, ta de tilbake til «tegnebordet» og endre fortløpende hvis det er noe som ikke fungerer så godt som planlagt. Se figur 2.



Figur 2

Når konseptet er designet har vi valgt å bruke teorien om småskrittsforbedringer slik at vi ikke gaper over for store endringer på en gang. Etter gjennomført tjenstedesign vil vi sammen “konstruere” et konsept for den optimale KTO-plassen. Ved å sammenlikne det som skjer i dag på en KTO-plass med hvordan vi ønsker at den optimale KTO-plassen skal være vil vi identifisere faktorer som vi er nødt til å endre. Videre ønsker vi at arbeidsgruppen skal prioritere 3-4 småskrittsforbedringer som gruppen mener det vil være mest hensiktsmessig å

starte med. Basert på dette kan vi konstruere et konsept og starte med en pilot 1 kort tid etter gjennomført tjenstedesign.

I første omgang hadde vi satt av 5 timer og invitert inn 9 deltakere. Av ulike årsaker ble vi bare 8. Vi startet med å presentere dagens agenda og rammene for dagens workshop. Vi presenterte målet med dagen og at resultatet etter dagens økt skulle ende opp med å ha designet “det optimale korttidsforløpet“, kalt konsept, og at vi skulle lande på 3-4 punkter som vi ønsket å endre på fra dagens drift av KTO-forløp, kalt pilot 1. Den første timen presenterte vi tjenstedesign som metode, samt to ulike prosjekter som hadde likheter med vårt prosjekt. Det ene prosjektet var fra Oslo kommune og det andre prosjektet var fra Ryen kommune. Begge prosjektene hadde benyttet tjenstedesign for å designe om forløpene rundt KTO-plassene. Etter presentasjonen delte vi opp i 3 grupper. Gruppene startet med ulike faser i KTO-forløpet som vi kalte FØR - UNDER - ETTER. Hver av gruppene fikk 1 time på å drøfte én fase, før vi rullerte. Vi oppdaget underveis at tiden var for knapp i henhold til den timeplanen vi hadde satt opp. Det kom opp en stor mengde idéer og innspill til de ulike fasene, og etter endt dag hadde vi klart å designe ferdig fase 1 (FØR). Vi bestemte at vi planlegger workshop del 2 relativt kort tid etter første workshop slik at vi fikk muligheten til å designe hele forløpet og ikke bare FØR-delen.



Bilde 1 og 2 viser framgangen i workshop 2 del 1.

4.2.3 Forsøk 3 (tjenstedesign)

Vi startet med å presentere timeplanen for workshopen, og gikk kjapt gjennom presentasjonen av tjenstedesign fordi vi hadde med deltakere som ikke kunne delta på workshop 2 del 1. Gruppen kom raskere i gang med arbeidet, da metoden allerede var kjent. I løpet av 5 timer hadde vi designet hele KTO-forløpet, en prototype av konseptet, og valgt ut 4 småskrittsforbedringer som vi kalte pilot 1. Vi

kom frem til de 4 småskrittsforbedringene ved å identifisere de faktorene vi trodde ville gi størst gevinst for pasientene å starte med. Faktorene er ringet rundt med rødt på prototypen og kan sees i tabellen under.



Bilde 3: Fullstendig korttidsforløp med de første småskrittsforbedringene ringet rundt med rødt firkant.

Tabellen over de 4 første småskrittsforbedringene finnes i tabell 1:

1.) Kartlegging og vurdering – standardisert kartleggingsmal utarbeides
2.) Oppmøte i avdeling – utarbeide mal for hva som sies og gjøres
3.) Målsamtale – standardisert måte å gjennomføre samtale på
4.) Oppdatere IKOS – rapport – tverrfaglig – fortløpende

I arbeidsgruppen etablerte vi 3 undergrupper som hver fikk i oppgave å lage de verktøyene vi fant vi trengte før vi startet opp pilot 1. Dette var å lage en standardisert kartleggingsmal, utarbeide en mal for pasientens oppmøte i avdelingen – hva skal sies og hva skal gjøres, og utarbeide en mal for å gjennomføre målsamtale.

Når dette var gjennomført, handlet det om å implementere dette i avdelingen slik at alle de ansatte var kjent med de nye rutinene, og identifisere første pasient som skulle tas gjennom pilot 1.

4.2.4 Forsøk 4 (Første pilot)

Vi valgte avdeling Sierra som forsøksavdeling, da Lars-Erik Arstad er avdelingsleder der, og på den måten kunne piloten følges opp tett. Pasient ble valgt ut i samarbeid med mestringskoordinator, og den aktuelle pasienten ble valgt ut på bakgrunn av vedkommende sin helsesituasjon og problemer med å komme i posisjon for helsehjelp. Pasienten hadde tidligere hatt et ukesopphold på avdeling

Sierra, hvor man konkluderte med at det var vanskelig å komme i posisjon, og at det var ønskelig å forlenge oppholdet, - noe pasienten selv takket nei til, til tross for gjentatte oppfordringer. Pasienten som ble valgt har sammensatte psykiske og fysiske utfordringer, hvor blant annet det å kunne stole på pleiepersonalet er vanskelig. Dette er også en medvirkende faktor til at pleiepersonalet ikke har kommet i posisjon til å få kartlagt vedkommende. Dette, sammen med at oppholdet ikke var godt nok forberedt fra avdelingen sin side, gjorde at man ikke fikk utredet noe under ukesoppholdet. Mestringskoordinator og Lars-Erik Arstad var enige i at dette var en god kandidat for å teste ut pilot 1, både på grunn av det overnevnte, og fordi effekten av et vellykket opphold ville være godt synlig. På grunn av pasientens psykiske tilstand, lot det seg ikke gjøre å gjennomføre et dybdeintervju av vedkommende i forkant og etterkant av oppholdet. Dette ville vært mest idéelt for å kunne dokumentere effekten av oppholdet. Mestringskoordinator har kun hatt en uformell samtale med vedkommende.

I forkant av oppholdet hadde mestringskoordinator vært hjemme hos pasienten og kartlagt hjemmesituasjon og snakket med pårørende. Da ble det også meldt inn behov for kartlegging fra hjemmesykepleien. Dette hadde ikke blitt gjennomført, da pasientens paranoide tankesett hadde ført til at hjemmesykepleien ikke hadde kommet i posisjon i hjemmet. Pasienten ble i forkant forberedt på oppholdet med informasjon om hva som skulle gjøres under oppholdet ved avdeling Sierra. Dette gjorde at vedkommende var bedre forberedt og kommuniserte at han så frem til et opphold. Ved ankomst avdeling ble han møtt av en pleier som hadde satt seg inn i pasientens historikk, hadde forberedt rommet og et forhåndsdefinert innkomstskjema. Dette skjemaet gjorde at pleieren både hadde forberedt seg på pasienthistorikk og sørget for at rommet pasienten skulle bo på var klart. På avdeling Sierra brukes en digital tavle, IKOS, hvor all informasjon om oppholdet til hver enkelt pasient blir lagt inn, slik at det skal være enkelt for hver enkelt pleier å finne informasjon om pasienten. På denne tavle ble det lagt inn konkrete kartlegginger som skulle gjøres. Disse var definert på forhånd av mestringskoordinator etter hjemmebesøket hun hadde.

Under oppholdet ble hans psykiske tilstand og fysiske tilstand kartlagt, i et tverrfaglig samarbeid bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier med videreutdanning i hverdagsrehabilitering (mestringskoordinator).

Dette viste tydelig at hans psykiske sykdom hindret han i daglig aktivitet, og at han trengte støttesamtaler. Gjennom oppholdet ble pasienten trygg på pleiepersonalet og vedkommende samarbeidet godt i kartleggingen. Det ble lagt en plan for tiden etter oppholdet som innebar tilbud på dagsenter og fysisk trening. Mestringskoordinator og pleiepersonalet så nytten av oppholdet, og at det med fordel kunne forlenges med en uke. Dette gikk pasienten med på, i motsetning til forrige opphold. Dette resulterte i at man fikk bedre tid til å kartlegge og følge opp pårørende hjemme, og lage en plan som både ga positive effekter for pasienten og pårørende hjemme. Pasienten har i samtale med mestringskoordinator gitt uttrykk for en høyere mestringsgrad i hverdagen enn hva som var tilfelle før oppholdet, og at det gir en trygget at det er oppfølging mellom oppholdene. Dette har også resultert i økt motivasjon for egentrening, som videre gir økt mestringsgrad i dagligdage gjøremål. Pasientens ektefelle har også uttrykt til mestringskoordinator at oppholdet har gitt positive effekter. Vedkommende opplever bedre overskudd i hverdagen, da pasienten er inne på jevnlig opphold, og at andre har kommet i posisjon til å ta vare på hans helse. Ektefellen har tidligere sittet med alt ansvaret for pasientens helse og hverdagsmestring, da helsepersonell ikke har kommet i posisjon til å ivareta dette.

4.3 Oppsummering sentrale funn

Forsøk	Tidspunkt	Funn
Dybdeintervju	Perioden uke 39 – uke 40	Tydelig forbedringspotensial KTO, dårlig bestilling, lengre liggetid, produserer flere sykehjemspasienter enn nødvendig og brannslukking.
Workshop 1 (gevinstrealisering og tjenesteflyt)	21.11.2022 08:30 – 12:00	<p>Optimalisering av KTO vil gi et stort positivt gevinstavtrykk.</p> <p>Pasienten vil få økt egenmestring og medvirkning.</p> <p>Fastere rammer for de ansatte. Følelse av å levere gode tjenester og riktig bruk av kompetanse.</p> <p>Pårørende god bidragsyter i forløpet.</p> <p>For organisasjonen – bedre flyt.</p>

		Økonomi – gi tjeneste til flere og pasienten blir i stand til å bo lenger hjemme. Tjenesteflyt – mange ubenyttede ressurser i kommunen.
Workshop 2 (Tjenestedesign)	16.12.2022 10:00 – 15:00	Design av fase 1 – før opphold
Workshop 3 (Tjenestedesign)	10.01.2023 10:00 – 14:00	Design av hele KTO-forløpet. 4 småskrittsforbedringer som vi kalte pilot 1.
Pilot 1 (gjennomføring av småskrittsforbedringer)	Perioden uke 6 – uke 7	Økt funksjonsnivå, økt egenmestring, spisset kartlegging og økt mestring av hverdagen sammen med pårørende.

5. Drøfting

Siden 2014 har vært et satsningsområde fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, KS og kommuner å sammen skape og utvikle gode funksjonsbaserte pasientforløp. I slike pasientforløp samhandler og kommuniserer de ulike tjenestene innen kommune- og spesialisthelsetjenesten med hverandre på en slik måte at brukeren eller pasienten opplever et helhetlig tilbud. Videre kom stortingsmelding nr. 15 «Leve hele livet», hvor arbeidet med «det gode pasientforløpet» ble videreført. Målene med det gode pasientforløpet er:

- Flytte oppmerksomheten fra «hva er i veien med deg» til «hva er viktig for deg» for å styrke brukerrollen og bidra til likeverd og egenmestring hos pasient/bruker.
- Styrke oppmerksomheten på det som fremmer bedre helse.
- Kommuner og helseforetak arbeider systematisk sammen.
- Oppfølging av pasientforløpene ved hjelp av standardiserte målepunkter.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)

5.1 Kvalitet og ledelse i helsetjenesten vi leverer

De siste 10-15 årene har det skjedd en enorm utvikling innenfor helsesektoren. Det har kommet store nye reformer som for eksempel Samhandlingsreformen (stortingsmelding 47) og leve hele livet-reformen (stortingsmelding 15) som har

krevd en enorm omstilling, tilpasning og økte krav til ansatte og ledelse, spesielt i kommunene. Samhandlingsreformen (2012) og leve hele livet-reformen (2017-2018) satte på mange måter en ny kurs og standard for hvem som har ansvaret for helsetjenester til innbyggerne og hvordan disse blir gitt. Spesialisthelsetjenesten er inne og gir tjenester i en avgrenset tidsperiode, før kommunene overtar ansvaret for det videre tilbudet. Et av Alta kommunes hovedmål er at *eldre skal få muligheten til å bo hjemme lengst mulig på en trygg og god måte*. Våre korttidsplasser er et viktig bidrag i denne målsetningen, slik at innbyggere som har fått et midlertidig funksjonsfall eller etter sykehusinnleggelse raskt skal få løftet funksjonsnivået sitt - slik at de igjen er i stand til å vende hjem. I motsatt fall, om tilbudet ikke fungerer og er organisert på en slik måte, vil pasientene ikke få den effekten av et slikt opphold - og i verste fall ikke være i stand til å vende hjem igjen. De vil da kunne ha behov for en plass i bemannet omsorgsbolig eller en sykehjemsplass. Dette er begge tilbud som er mye høyere i omsorgstrappen, og derfor krever mer ressurser enn om kommunen leverer tjenester i pasientens hjem. De plassene kunne også vært benyttet av noen som ikke potensialet til å bli rehabilitert. I starten av vårt utviklingsprosjekt gjennomførte vi dybdeintervju av 8 ansatte i vår virksomhet. Vi avdekket her at korttidsforløpene var preget av tilfeldigheter og avhengig av hvem som var på jobb og hvem som tok ansvar. De ansatte var usikre på «bestillingen» til disse pasientene og hva som var formålet med oppholdet. En mente også at det mest sannsynlig var tilfelle at vi, ved flere anledninger, hadde vært med på å «produsere» sykehjemspasienter på grunn av at vi ikke har gjort en god nok jobb i forbindelse med oppholdene. Mål og tiltak for pasientene var ikke gode nok, eller ikke har blitt fulgt opp, slik at pasienten ikke fikk den fremgangen vedkommende burde hatt.

I nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 er det nøye beskrevet hva som forventes av oss som helsepersonell (Arntzen, 2021). Ut i fra dybdeintervjuene hadde vi forbedringspotensial ved flere av disse punktene, spesielt punktet om helsepersonell som jobber i team. *Helsepersonell jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir. Personellet opplever tjenesten som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for livslang læring for alle*. I intervjuene pekte flere av informantene på at dette ikke fungerte optimalt, at de var usikre på hvem som skulle ta føringen og at kompetansen til de ulike faggruppene i teamet ikke ble brukt på en god nok måte. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i regjeringens politikk for å utvikle

helsetjeneste. Pasienten skal være sikker på at tjenesten virker, at de er trygge, og at tjenesten henger godt sammen når pasienten er avhengig av helsehjelp fra flere instanser (Arntzen, 2021). I Helse- og omsorgstjenesteloven er det punkter man kan bruke som kvalitetsindikator på tjenesten vi leverer:

- 1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne*
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre
- 4. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud*
- 5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienten og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov*
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- 7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig*

Punktene i kursiv er punkter informantene pekte på, der vi har et forbedringspotensial. Basert på informantenes tilbakemelding var det flere tilfeller vi ikke klarte å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring. Tvert imot brukte vi mange ganger for lang tid på å komme i gang med kartlegging, identifisering av mål og i igangsetting av tiltak. Dette har mest sannsynlig ført til at det, ved flere anledninger, har vært pasienter inne på korttidsopphold som har fallert ytterligere, og som etter hvert har fått behov for et høyere omsorgsnivå. Her svikter vi på alle punktene i kursiv. Arntzen sier at i en travel hverdag er det ofte enkelt å lene seg på det man alltid har gjort, da dette er trygt, - men det gjør også at man ikke bruker så mye av sin arbeidskapasitet på noe nytt. Dette blir fort en kortsiktig tankegang, og kan være en direkte bidragsyter til at våre tjenester blir levert på en mindre god måte. Arntzen (2021) beskriver at endringsprosesser ofte oppfattes som tid- og ressurskrevende, og at man derfor ofte ender med å gjøre ting på «gamlemåten» selv om dette ikke gir økt kvalitet. En tydelig ledelse og god struktur er grunnleggende for enhver virksomhet og en forutsetning for å oppnå kultur for forbedring og utvikling i virksomheten (Arntzen, 2021). Selv om korttidsplassene slik de driftes i dag er en relativt nyetablert tjeneste så har vi likevel driftet disse siden mars 2021 og burde på et tidligere tidspunkt tatt tak i de utfordringene som

de ansatte og vi har sett ligget der. En annen årsak til at det ikke er gjort noe med dette er at vi kanskje ikke har hatt den psykologiske tryggheten i virksomheten vi har trengt for at de ansatte har vært tydelig med oss at dette ikke har fungert slik de har ønsket. Dette vil vi drøfte videre i kapittel 5.3.

Fremgangsmåten vi har benyttet i arbeidet vårt finner vi i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og er basert på prinsippene i Demings sirkel (Arntzen, 2021). Prinsippene i sirkelen illustrerer hvordan vi har jobbet med vårt prosjekt, og vi har brukt alle punkter i denne sirkelen når vi har utarbeidet pilot 1 og planlegger å bruke denne videre i prosessen med å lage flere piloter.

5.2 Ledelsesperspektiver

Gjennom arbeidet med prosjektet vårt ser vi at ledelse, hvordan man leder en arbeidsgruppe og fremdriften i et prosjekt har stor innvirkning på resultatene en kommer fram til. Vi har fått testet og erfart ulike arbeidsmetoder som har gitt ulike resultater.

Det er flere grunner til at vi valgte å bruke de samme personene i arbeidsgruppen som i dybdeintervjuene. Flere informanter poengterte under intervjuene at de føler seg som gjester på avdelingene, og at de ikke kjenner dem de skal samarbeide med godt nok. Som ledere ønsket vi, gjennom dette arbeidet, å forbedre samarbeidet og øke kjennskapen til hverandre ved hjelp av prosjektet. Ved å dra inn de ulike yrkesgruppene som potensielt arbeider med korttidsoppholdene, hadde vi muligheten til å benytte Martinsens teori om relasjonsledelse (Martinsen, 2021). Ved å plassere de ulike yrkesgruppene sammen ønsket vi at de benyttet sin kompetanse og erfaring slik at de andre yrkesgruppene fikk sett hvordan de ulike tenker og bruker kompetansen sin. Vi ønsket at dette skulle stimulere til samarbeid og at de anerkjente den enkeltes innsats.

Etter dybdeintervjuene valgte vi å invitere inn til workshop 1 hvor vi startet med å presentere resultatene av intervjuene. Videre benyttet vi teorien til Martinsen når vi skapte en visjon sammen med arbeidsgruppen slik at alle hadde en overordnet forståelse av hvor vi skulle med det videre arbeidet og det endelige sluttproduktet av prosjektet. Dette beskriver Martinsen som viktig når en skal drive frem endringer i en organisasjon. Valg av metodene vi benyttet i de ulike workshopene var også

noe inspirert av Martinsen. Når vi gjennomførte gevinstavtrykk i arbeidsgruppen vår fikk vi gruppen til å fokusere på alle de positive effekter vi kunne få om vi optimaliserte driften av korttidsoppholdene våre. Metoden rammet inn fokusområdene til arbeidsgruppen hvor områdene er delt inn i 4. Bruker, organisasjon, økonomi og klinisk. I denne metoden bruker vi teorien til Martinsen beskriver at leder definerer målene og fulgte fremgangen når de fikk utdelt oppgaven (Martinsen, 2021).

Den andre oppgaven de fikk under workshop 1 var å lage en tjenesteflyt av et tenkt korttidsopphold. Under gjennomføring av dette arbeidet så vi etter hvert at oppgaven hadde for vid ramme og ingen definert pasient, kun en tenkt pasient hver av gruppene skulle definere. Dette resulterte i at gruppene tenkte svært vidt og veldig komplekst i forhold til alle mulige behov som kunne oppstå med denne tenkte pasienten. Dette viste oss at når vi ikke som ledere er gode nok til å ramme inn arbeidet for de ansatte eller her i disse to arbeidsgruppene så skaper dette frustrasjon og vanskeliggjør arbeidet med å komme frem til de eventuelle målene vi har satt. Det positive vi dro ut i fra arbeidet med tjenesteflyten var at de ansatte ved hjelp av metoden fikk skrevet ned og illustrert de ulike kapasitetene kommunen besitter som vi kan benytte oss av. Mange ble overrasket over at det finnes så mange yrkesgrupper og ekspertiser og ble mer bevisst på at vi har disse og hvordan vi kan benytte de under et eventuelt korttidsopphold.

I workshop 2 valgte vi tjenstedesign som arbeidsmetode. Det er mange grunner til dette som beskrives mer i detalj i kap 5.3. Tjenstedesign i et lederperspektiv er en metode som veldig fint rammer inn arbeidet som skal gjøres og blir veldig konkret når man ser arbeidsflyten på en veldig illustrativ måte. Både pasientens interaksjoner og de ansattes interaksjoner for at oppholdet skal bli slik vi har planlagt at det skal bli. Hvem gjør hva til hvilke tidspunkt. I workshop 2 fortsatte samarbeidet i gruppen og de ulike yrkesgruppene kom med innspill til hva de så manglet og hva som måtte til for at forbedringene vi foreslo skulle kunne gjennomføres. Tjenstedesign slik vi valgte å gjennomføre det støttes også opp av Kuvaas og Dysvik med de ansatte får komme med egne forslag til endring ut i fra deres opplevde behov i jobbsituasjon. Samtidig får de fortløpende informasjon om mulige endringer som potensielt kan påvirke deres arbeidshverdag (Kuvaas & Dysvik, 2020). Dette støttes opp av Vestegaards teori om at suksessraten for

gjennomføring av endring øker formidabelt dersom de ansatte opplever å ha eierskap til formålet med endringen vi ønsker å få innført (Vestergaard, 2020).

Etter gjennomføringen av pilot 1 ser vi at de 4 småskrittsforbedringene (beskrives nærmere i kap 5.4) som en samlet gruppe kom til enighet om, førte til høyere kvalitet på korttidsforløpet til beskrevet pasient. De ansatte følte de kom mer i posisjon til å gi helsetjeneste, pasienten ønsket rullerende avlastning, pasienten opplevde høyere grad av mestring og de ansatte opplevde høyere grad av å lykkes med forløpet. Da er vi tilbake til sitatet vi nevnte i kap 4.2.1 «*om vi lykkes med dette vil det kunne gi en følelse av å være mer betydningsfull som ansatt*». Dette støttes opp av teorien til Adam Grant (Grant, 2011) som beskriver viktigheten av at ansatte får møte sluttbruker/pasient å se betydningen av det arbeidet de ansatte gjør og hvilke positive effekter dette får for pasienten. Dette ønsker vi som ledere å bli enda mer bevisste på og bruke aktivt i arbeidet med i dette prosjektet og i fremtidig arbeid.

5.3 Ytringsklima og høykvalitetsforbindelse

I dette utviklingsprosjektet ønsket vi flere synergieffekter i tillegg til å utvikle et nytt korttidsforløp. Vi ønsket å forbedre samarbeidet og relasjonene mellom de ulike faggruppene i arbeidsgruppen slik at de kjenner hverandre bedre og kanskje har enklere for å jobbe tverrfaglig sammen rundt pasienter de skal samarbeide rundt. Vi ønsket at de skulle bli bedre kjent slik at de kjenner hverandres kompetanse og erfaring godt og sammen kan identifisere når de ulike yrkesgruppene kan benyttes best mulig i forbindelse med pasientarbeid. Med støtte i teorien om ytringsklima og høykvalitetsforbindelser ønsket vi å legge til rette for at de i arbeidsgruppen skulle prestere best mulig i samarbeid med oss som ledere i forbindelse med arbeidet med prosjektet.

- Alle ble behandlet med respekt (ytring og faggrupper) – tilstedeværelse, legge vekk telefonene fysisk fjerne seg fra datamaskin (Dutton & Spreitzer, 2014) – dette støttes opp av Adam Grant som sier – møt dem ansikt til ansikt, se dem i øynene.
- Legge til rette for oppgaveløsning – fritak fra annet arbeide, legge til rette for at vi sammen skal oppnå noe (Dutton & Spreitzer, 2014).
- Stole på hverandre og hverandres fagkompetanse og erfaring. Det er viktig at vi som ledere viser en sårbarhet/ydmykhet og erkjenner at selv om vi har

det overordnede ansvaret for drift – har ikke korttidsoppholdene vært optimale slik de har vært per nå (Kvalnes, 2022).

- Lek i arbeidet = tjenstedesign. Organisasjoner som har fokus på dette viser seg å være mer kreative enn de som ikke har det (Dutton & Spreitzer, 2014).

Allerede etter gjennomføringen av dybdeintervjuene hadde vi ved hjelp av intervjuene identifisert mange områder vi trengte å forbedre oss på. Gruppen av informanter hadde vi satt sammen på tvers av virksomheten og var alle nøkkelpersoner i virksomheten og i gjennomføringen av korttidsforløpene. Basert på alle tilbakemeldingene vi fikk på dybdeintervjuene satt vi igjen med et inntrykk av at gruppen som helhet og informantene under intervjuene må ha opplevd relativt stor grad av psykologisk trygghet da de var gode til å peke på mangler og være kritisk til måten korttidsplassene ble driftet på i dag (Kvalnes, 2022). Dette opplevde vi som svært positivt og var noe vi tok med oss videre inn i workshop 1 hvor vi roste de for ærligheten de hadde vist under dybdeintervjuene og at vi ønsket at de skulle fortsette med dette også igjennom det videre arbeidet med å utvikle korttidsforløpene. Boken til Øyvind Kvalnes, Ytringsklima, fra 2022, tar for seg noe av litteraturen vi ser på som viktig inn i vår prosjektoppgave. Kvalnes bruker denne boken for å gi mulige svar på hva som hemmer og fremmer utveksling av ideer og informasjon i en gruppe eller i et felleskap, mekanismer som får medarbeidere til å holde igjen når de egentlig burde ta et skritt frem og si sin mening eller påpeke noe viktig og mekanismer som inntreffer når medarbeidere tørr å ta ordet og si sin mening (Kvalnes, 2022).

Hva kjennetegner egentlig de som er best på ytringsklima og hvorfor vil dette være viktig for fremgangen i vår prosjektoppgave? Kvalnes (2022) har beskrevet fem fellestrekk som går igjen hos de som virkelig er gode på å snakke sammen, dele kunnskap, støtte hverandre og skape små og store samarbeidsmirakler.

- 1. Vennlig friksjon - motstand som er vennlig ment for å forsterke ideer og forslag.*
- 2. Toleranse for aktive ytringsfeil - roser den som tar ordet og viser at man verdsetter dette, selv om det var en bom*
- 3. Psykologisk trygghet - gruppen opplever at de kan yte motstand, komme med forslag til forbedringer, påpeke mangler, være uenig med ledere uten å være redd for sanksjoner*

4. *Aktørklime* - gruppe deltakere som er ansvarlig, engasjert, aktiv og besluttsom

5. *Plussknapper* - skape energi i relasjoner og ikke holde igjen når man har sjansen til å gi andre et løft.

I arbeidet med å utforme KTO-forløpet vil dette være sentrale temaer og vi ser viktigheten av effektene høy-kvalitetsforbindelser gir. Dette vil gi oss god drahjelp i riktig retning og gjøre at gruppen vi har valgt ut for å designe det nye KTO-forløpet gir maksimal innsats og at vi får en god gruppedynamikk. Det vil også være et viktig element inn i implementeringen av det nye forløpet i avdelingen.

Vi må med andre ord legge til rette for at våre medarbeidere kan gjøre en så god jobb som mulig, med en så god kvalitet som mulig. Gjennom å ha fokus på et kontinuerlig forbedringsarbeid, slik at tjenestene vi levere er med så god kvalitet som mulig, legger vi til rette for at våre medarbeidere skal lykkes i arbeidshverdagen.

5.4 Småskrittsforbedringer

Arne Carlsen beskrev flere viktige punkter på småskrittsforbedringer under sin forelesning høsten 2022. Han beskriver at småskrittsforbedring handler om å være god på erfaringslæring og kunne balansere aktiv utprøving av små grep i hverdagspraksis med systematisk refleksjon. Teorien bak småskrittsforbedring handler om å være god på erfaringslæring og kunne balansere aktiv utprøving av små grep i hverdagspraksis med systematisk refleksjon. God småskrittsforbedring i organisasjoner fordrer at vi:

1. Tar brukerperspektivet: Hva vil de ha? Hva virker for dem?
2. Involverer og inviterer folk på å undersøke situasjoner, sette mål og fordele ansvar i forhold til behov, ønsker og evne.
3. Kombinerer problemorientering og styrkebaserte tilnærminger.
4. Prøver ut nye grep: Lar folk få stor frihet til å foreslå ny praksis og sette den ut i livet, noen ganger som en form for «prototyping».
5. Reflekterer sammen: Oppretter faste arenaer for felles refleksjon hvor en diskuterer dilemmaer og forventninger/resultater av aktiv utprøving.
6. Gjør det fysisk: Tilrettelegger for visuell deling av detaljer (forslag, aktiviteter) og helhet (en portefølje), for enkeltprosjekter og totalen.

7. Markerer fremgang og feirer små og store seiere, enten det er gjennombrudd, måloppnåelse eller andre ting – fra kake til tall.

8. Undersøker og utfordrer handlingsrommet: Tillatelse eller tilgivelse?

(Carlsen A. , 2022)

Dette er viktige punkter vi har tatt med oss i utviklingsprosjektet og brukt aktivt i prosessen. Designgruppa har blitt dybdeintervjuet og fått være med på tjenstedesign. Vi har reflektert underveis i workshopene om prosjektet dras i riktig retning og over resultatene vi fikk i pilot 1. Refleksjon i gruppen gjør at man søker etter alternative løsninger, og hadde vi latt være å reflektere over prosessen, hadde dette kunnet true kontinuiteten av utviklingsprosjektet (Andersen, 2010).

I workshop 2 valgte vi å benytte tjenstedesign som arbeidsmetode. Noe av bakgrunnen for dette valget finner vi i boken *Idé Works*. Å gjøre det fysisk betyr å få ideer bokstavelig talt i hendene sammen med kollegaer. I tjenstedesign skisserer man korttidsforløpet ved hjelp av små arbeidsprosesser som må skje for at pasienten skal få den oppfølgingen og de tjenestene som skal til for at de får den fremgangen de ønsker. Gjennom skisser og andre fysiske uttrykk blir ideene gjenstand for felles oppmerksomhet og utvikling i tillegg fjerner man seg fra ensidig avhengighet av elektroniske medier (Carlsen, Clegg, & Gjersvik, 2021).

I løpet av workshop 2 identifiserte vi mange utviklingsområder vi var nødt til å forbedre oss på for å komme nærmere det vi har definert som det «optimale korttidsforløpet». Basert på teorien om småskrittsforbedringer valgte vi 4 punkter vi ønsket å teste ut i pilot 1. Disse 4 punktene kan sees i kap. 4.2.3 tabell 1. Basert på disse 4 punktene var vi nødt til å utarbeide standardisert kartleggingsmal, mal for hva som skal gjøres og sies når pasienten har sitt første oppmøte i avdelingen og standardisert mal for målsamtale med pasienten. Vi etablerte små arbeidsgrupper som lagde disse og tok de tilbake til den overordnede arbeidsgruppen som godkjente disse. Vi valgte ut en pasient som var inne på et korttidsopphold hvor vi tidligere ikke har kommet i posisjon/mål. Etter endt opphold denne gangen fikk vi helt annerledes resultat. Vi fikk gjort gode kartlegginger og gjennomført tiltak basert på disse. Pasienten ytret at h*n følte seg tryggere nå enn tidligere og var bedre i stand til å bo hjemme igjen. I tillegg kom vi i mål med å lage en rulleringsplan hvor pasienten kommer inn til avdelingen regelmessig på korttidsopphold for å opprettholde funksjonsnivået.

5.5 Organisasjonskultur

Vi er nødt til å spille avdelingene god sammen, og skape et godt ytringsklima og psykologisk trygghet på tvers av avdelingene. Dette har vi forsøkt å skape gjennom å blant annet å ha workshop på tvers av avdelingene i virksomheten og involvere de faggruppene/fagpersonene som i størst grad skal samhandle for å skape resultater. Vi ser gjennom prosjektet, workshopene og de refleksjonene som gjøres underveis at det er viktig at prosjektet vårt kan gjenspeiles i virksomhetens overordnede mål, og at en gjennom arbeidet skaper en felles forståelse for hva de enkelte målene er og hvordan de prioriteres. Flere av informantene nevnte ved flere anledninger at de savner klar visjon og klare målsetninger for virksomheten og for korttidsoppholdene se kap 4.1. Dette beskrives ytterligere i kap 2.2. Ved å gjøre det, og klare å få det ut i organisasjonen vil en kunne skape mindre uro og usikkerhet som igjen kan skape grobunn for en mindre fungerende organisasjonskultur. Mål og strategier kan ikke oppnås effektivt uten samarbeid og stabile forhold i mellom mennesker i organisasjonen. Derfor ser vi på det som viktig at vi har fokus også på et kontinuerlig arbeid med organisasjonskultur for å skape en mer robust virksomhet. Ved å ha fokus på dette, vil en i neste omgang få et godt samarbeidsklima, godt ytringsklima og psykologisk trygghet for å kunne skape utvikling.

Schein (1992) beskriver fem ulike metodikker som ledere kan bruke for å forsterke og påvirke ulike sider ved en organisasjonskultur. I forhold til vårt prosjekt så er det spesielt to av dem som er viktige å ha fokus på. Ved å ha oppmerksomhet på prosjektet, formidle at dette anser vi som svært viktig og vise interesse så kan vi være med på å bygge en organisasjonskultur som skaper utvikling og framdrift i arbeidet med pasientene våre. Videre må vi som ledere i organisasjonen gå foran som gode eksempler og være rollemodeller i arbeidet. Vi må selv ha troen på dette skal vi få til og stå i spissen for å få gjennomført og fulgt opp de endringer i prosedyrer og rutiner som gjøres. Vi er nødt til å ha troen på at disse endringene er til det bedre. Klarer vi ikke dette vil det prege organisasjonskulturen negativt og kunne hindre den utviklingen som er ønsket (Martinsen, 2021).

I gjennomføringen av vårt prosjekt som involverer tre avdelinger, må vi ta høyde for at det er tre ulike avdelinger med tre ulike organisasjonskulturer som skal samarbeide for å gjennomføre mye av det arbeidet som prosjektet medfører. På

forhånd hadde vi diskutert mulige utfordringer ved at 3 avdelinger med ulik faglig bakgrunn skulle samhandle og komme frem til en felles løsning for denne utfordringen vi har identifisert. I første fase av prosjektet (dybdeintervjuene) opplevde vi overordnet stor enighet blant de vi intervjuet om at korttidsforløpene ikke fungerte optimalt. Joanne Martin beskriver dette i teorien sin som *integrasjonsperspektivet* hvor hele organisasjonen er enig om retning og faglig spørsmål og hvor det ikke er plass til tvil, usikkerhet eller kollektiv uenighet (Martin, 1992). Videre prosessen (workshopene) observerte vi interessekonflikter og meningsforskjeller i forbindelse med oppgaveløsning, hvem gjør hva i forløpet? Dette kan sees i sammenheng med *differensieringsperspektivet* som anerkjenner interessekonflikter og tar hensyn til meningsforskjeller. Slik vi oppfattet dette som «observatører» i workshopene liknet dette veldig på «*vennlig friksjon*» som Kvalnes beskriver i boken *ytringsklima* (Kvalnes, 2022) som vi har beskrevet i kapittel 2.3. Underveis i prosessen så vi at gruppen sammen fant løsninger på dette og avklarte oppgave fordelingen seg imellom. Det siste perspektivet Joanne Martin beskriver er *fragmenteringsperspektivet* som beskrives som at det ikke er enighet mellom ulike kulturer/avdelinger og ser på mangfoldet av tolkninger og blant annet faglige uenigheter som sjelden smelter sammen til enighet (Martin, 1992). Dette perspektivet fryktet vi i starten slik beskrevet over, men opplevde i mye større grad at det gikk fra et differensieringsperspektiv til integrasjonsperspektiv med faglig enighet om veien videre.

6 Konklusjon og veien videre

Som utgangspunkt for denne prosjektoppgaven ønsket vi å sette lupen på vår virksomhet og ikke minst våre arbeidsmetoder som ledere. Parallelt med å skrive denne oppgaven er vi 3 ledere med ulike forbedringspunkter og om man igjennom en slik prosjektoppgave kan drive forbedringsarbeid innad i virksomheten samtidig som man får utviklet seg som ledere, ville det være en vinn-vinn situasjon for alle involverte.

Som ledere hadde vi et utgangspunkt at vi sammen hadde kjent på utfordringer i virksomheten i forbindelse med noe av den daglige driften. Som en start på denne undersøkelses prosessen benyttet vi dybdeintervju av utvalgte ansatte fra våre 3 avdelinger. Gjennom disse intervjuene fikk vi bekreftet mye av det vi som ledere hadde antatt, og valgte etter intervjuene å se nærmere på måten vi driftet

korttidsplassene våre på. Igjennom ulike workshop har vi klart å identifisere utfordringer med dagens drift og sammen klart å finne løsninger på hvordan dette kan driftes på en mer kvalitativ og effektiv måte som potensielt kan gi stor gevinst for både pasienter og for ansatte.

Gjennom arbeidet med denne prosjektoppgaven har vi blitt mer bevisst på viktigheten av at vi er systematiske i forbedring/utviklingsarbeid. En mal for dette er: forbereder, planlegger, utfører, evaluerer og følger opp arbeidet med det nye korttidsforløpet. Vi ser også at denne malen eller typen av arbeidsmetode kan benyttes i det meste av forbedringsarbeid. Pasientene våre vil via vårt kontinuerlige arbeid samlet sett få et bedre tverrfaglig tjenestetilbud, økt hverdagsmestring og muligheten til å bo lengst mulig hjemme med trygghet og verdighet. Dette er i tråd med Demings sirkel og evighetssirkel vist på ExperioLab i Karlstad. Begge modellene beskriver forbedringsarbeid som et arbeid som aldri tar slutt, det er en dynamisk og evaluerende prosess.



Et annet viktig moment vi kommer til å ha et mye større fokus på i fremtiden er, når vi klarer å gjennomføre gode korttidsforløp, hvor pasientene får økt hverdagsmestring gjennom et bedre tverrfaglig tjenestetilbud er det viktig at de ansatte er bevisstgjort dette. Adam Grant beskriver i «How customers can rally your troops» at de ansatte vil få en mye større motivasjon når de ser at pasientene har en stor effekt av tjenestene vi leverer enn det vi som ledere klarer å skape hos de. Vi ser at gjennom å trekke frem de gode pasienthistoriene i større grad har muligheten til å skape en motivasjon for å drive kontinuerlig forbedringsarbeid og at det blir en naturlig del av vår arbeidshverdag. Adam Grant tre mekanismer spiller inn i dette arbeidet. Ved hjelp av innvirkning, så vil de ansatte se hvordan deres arbeid og innsats kommer andre til nytte. Når de får positiv tilbakemelding fra pasienter og pårørende, vil dette være en verdsettelse av deres innsats. Ved hjelp av empati vil

de ansatte utvikle en større forståelse for hva pasientene sliter med i hverdagen, og dermed føle en større forpliktelse til å hjelpe (Grant, 2011).

Så langt i denne prosjektoppgaven har vi startet på et arbeid som vi ønsker å fortsette med også etter at prosjektoppgaven er ferdig. Som et ledd i det videre arbeidet ønsker vi å vise alle ansatte resultatene fra pilot 1 for å potensielt skape et videre momentum og ytterligere motivasjon for å jobbe videre med prosjektet og arbeidsmetodene vi har benyttet så langt.

Som ledere for et lite prosjekt som dette har vi alle 3 ved hjelp av arbeid og refleksjon før og etter workshop og mellom samlingene på BI, blitt mer bevisste på måter vi kan engasjere de ansatte. Ved å skape rammer, struktur og mål i et prosjekt eller en prosess vil de ansatte være trygge på hvor vi skal og kan bruke sin kompetanse og erfaring til å finne løsninger for hvordan vi skal komme frem til målet/målene. Vi er og blitt mer bevisste på hvordan vi som ledere direkte og indirekte kan motivere de ansatte til å ville drive forbedringsarbeid. I tillegg har vi som ledere fått et større fokus på å få konkrete tilbakemeldinger vise de ansatte og ledere sideveis nedover og oppover at vi ønsker konkrete tilbakemeldinger på hvordan vi kan bli bedre i vårt arbeid som ledere. Vi har sett at når vi aktivt er ute etter å ville ha tilbakemeldinger så virker det som det er enklere å gi tilbakemeldinger. Klarer vi etter hvert å skape en kultur for å få dette til vil kanskje også de ansatte ha enklere for å anerkjenne hverandres arbeid og gi konkrete tilbakemeldinger til hverandre slik at vi som team og virksomhet tar steg i riktig retning.

Bibliografi

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: 07 Media.
- Andersen, S. S. (2010, Januar 18.01). Stor suksess gjennom små, intelligente feil. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, ss. 427-458.
- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjensten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Carlsen, A. (2022, Oktober Torsdag). Småskrittsforbedringer . Oslo, Nydalen: Handelshøyskolen BI.
- Carlsen, A., Clegg, S., & Gjersvik, R. (2021). *Idea works: om profesjonell kreativitet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dutton, J., & Spreitzer, G. M. (2014). *How to be a positive leader*. Berret-Koehler publishers, Incorporated.
- Grant, A. (2011). How customers can rally your troops. *Harvard Business Review*(89), ss. 96-103.
- Grant, A. (2022). *Gi og ta; hvordan lykkes gjennom å hjelpe andre*. Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: 07 Media.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 04 06). *Lovdata*. Hentet fra Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 04 06). *Lovdata.no*. Hentet fra Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Helsebiblioteket. (2023, 04 06). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#modell-for-kvalitetsforbedring-copy>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelse- innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2020). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kvale, S., & Svend, B. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Kvalnes, Ø. (2022). *Ytringsklima*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Martin, J. (1992). *Cultures in Organizations*. Oxford: Oxford University Press
USA - OSO.
- Martinsen, Ø. L. (2021). *Perspektiver på LEDELSE*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Olsen, J. A. (2022). *Helseøkonomi*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Oppen, M., Mørk, B. E., & Haus, E. (2020). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag: en introduksjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Vestergaard, B. (2020). *Involverende endringsledelse, få medarbeiderne med deg*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

GEVINSTAVTRYKK

BRUKER

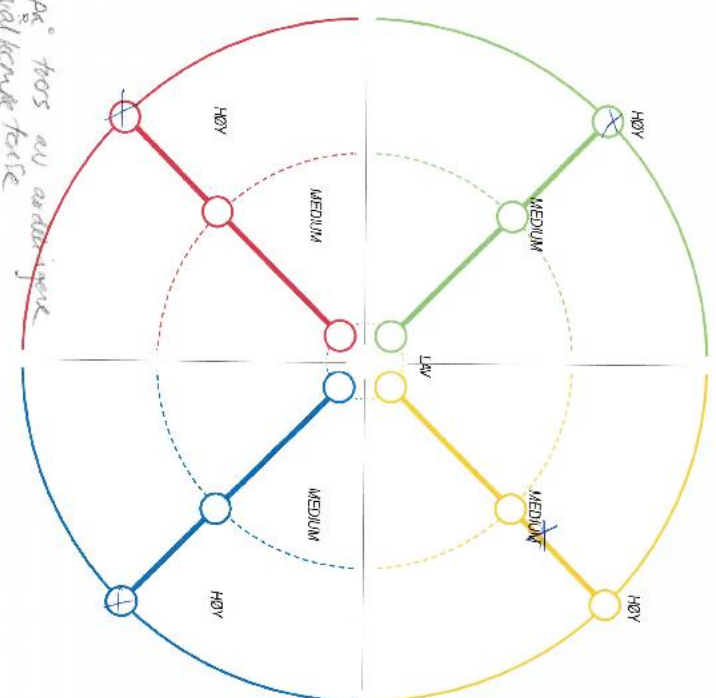
ØKONOMISK

For pasienten betyr dette...
 Vakkert utseende, skreddersydd
 og høy prisverdi
 Sett og innredning
 Forvaltet i egen utstus
 Bruker medvirkning

For pårørende betyr dette...
 Sett og innredning

For ansatte betyr dette...
 Trivsel og velstand
 Oppsynsrelatert samarbeid

For ansatte betyr dette...
 Trivsel og velstand
 Oppsynsrelatert samarbeid
 Forvaltet i egen utstus
 Bruker medvirkning



For avdelingen betyr dette...
 (gevinster/talesaker)
 Mer faglig og mindre "lygde"
 og høyere kvalitet
 En trygg og god i utvikling
 samarbeid
 Oppsynsrelatert samarbeid
 Forvaltet i egen utstus
 Bruker medvirkning

For organisasjonen som helhet betyr dette...
 (gevinster/talesaker)
 Mer faglig og mindre "lygde"
 og høyere kvalitet
 En trygg og god i utvikling
 samarbeid
 Oppsynsrelatert samarbeid
 Forvaltet i egen utstus
 Bruker medvirkning

For helsesektoren betyr dette...
 Kvalitet og tryk
 Bedre pasienter
 Tryk på riktig måte
 Mindre fravær/SIA

For samfunnet betyr dette...
 Redusert sykdom
 Redusert sykehus
 Redusert utgifter
 Redusert sykdom
 Redusert utgifter

Klinisk rykkeseffekt er...
 Rask utbedring
 Bedre pasienter
 Redusert sykdom
 Redusert utgifter
 Redusert sykdom
 Redusert utgifter

Dette fører til aktivere risiko fond...
 Redusert sykdom
 Redusert utgifter
 Redusert sykdom
 Redusert utgifter

Vedlegg: