



# Handelshøyskolen BI

## MAN 51181 Helseledelse

Term paper 60% - B

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	19-09-2022 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	202310
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 12:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	P		
<b>Flowkode:</b>	202310  10139  IN08  B  P		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

Navn:

Trude Dingsør-Totland, Jartrud Elisabet Garvik

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Hvordan kan tydeligere rolleforståelse fører til bedre tjenesteflyt i psykisk helse		
<b>Navn på veileder *:</b>	Elisabeth Andvik		
<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei	<b>Kan besvarelsen offentliggjøres?:</b>	Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	13
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	

# Prosjektoppgave

ved Handelshøyskolen BI

## **- Hvordan kan tydeligere rolleforståelse føre til bedre tjenesteflyt i psykisk helse**

Eksamenskode og navn:

**MAN 51181 – Organisasjon og Ledelse**

Utleveringsdato:

19.09.2022

Innleveringsdato:

26.05.2023

Studiested:

BI Bergen

## **SAMMENDRAG:**

**Kategori:** Helseledelse

**Tittel:** Hvordan kan tydeligere rolleforståelse føre til bedre tjenesteflyt i psykisk helse

**Kommune(r):** Bergen og Osterøy

**Gruppemedlem(mer):** Ledere for psykiatrisk hjemmetjeneste.

**Tema:** Innovasjon i psykiatrisk hjemmetjeneste

### **Bakgrunn:**

Politiske føringer, samfunns strukturelle endringer, samt lovendringer har i de siste tiår vært med på å endre behovet for utføring og utforming av kommunale helsetjenester. Disse endringene har ført til at kommunene får flere oppgave og flere komplekse saker, samtidig øker søkermassen til de kommunale tjenestene. Det tilføres ikke mer ressurser i takt med behovet. Dette utfordrer de ulike tjenestene på alle nivå. Formålet med oppgaven er å se om det er noen utfordringer som utpeker seg som forbedringsområder.

**Problemstilling og avgrensninger:** Hvordan kan ulike faktorer ha betydning for innovasjon i psykiatrisk hjemmetjeneste.

**Forsøk:** Det ble foretatt åpent intervju med 12 ansatte for å kartlegge hvilke utfordringer og hvilke forbedringsområder tjenestene hadde. Deretter ble det opprettet arbeidsgruppe som hadde 4 workshops, parallelt med dette ble det foretatt gruppeintervjuer med ansatte. Det var møter med ledelsen for å få forankring av temaet. Andre kommuner ble kontaktet for å høre om de hadde formalisert tildelingskriterier og om de hadde, hvordan dette ble gjennomført.

**Funn:** Hvem som får helsetjenester kan variere og er avhengig av det lokale helsevesenets tjenestetilbud og ressursene som er tilgjengelig. Dette fører til lite struktur i tildelingsprosessen og usikkerhet for flere aktører. Det blir uforutsigbart for den som søker, den som skal tildele og andre aktører i hjelpeapparatet. Det kan også føre til en feilfordeling i hvem som har rett på helsehjelp som igjen vil påvirke både søker og de ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste.

**Konklusjon** Vi finner at det er et stort behov for mer tydelighet og rolleavklaring i hvilke oppgaver den kommunale psykiatriske hjemmetjenesten skal utføre. Det å utarbeide tildelingskriterier kan bidra til bedre tjenesteflyt og forutsigbarhet for alle aktørene i søkeprosessen.

## Innholdsfortegnelse

### Innhold

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>2</b>
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET: .....	4
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	8
1.3 LESERVEILEDNING: .....	9
<b>2 FAGLIGE PERSPEKTIVER OG TEORI .....</b>	<b>9</b>
2.1 HELSEØKONOMI .....	9
2.2 PERSPEKTIVER PÅ LEDELSE .....	13
2.3 YTRINGSKLIMA .....	14
2.3.1 <i>Psykologisk trygghet</i> .....	14
2.4 INNOVASJON .....	15
2.5 OPPSUMMERING .....	16
<b>3 METODE.....</b>	<b>17</b>
3.1 DATAINNSAMLING .....	17
3.1.1 <i>Intervju forpilot</i> .....	20
3.1.2 <i>Observasjon i Workshop</i> .....	22
3.1.3 <i>Fokusgruppeintervju</i> .....	23
3.2 ANALYSEPROSSESSEN .....	24
3.3 REFLEKSJONER OVER STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT FREMGANGSMÅTE.....	26
<b>4 FUNN .....</b>	<b>27</b>
4.1 FORPILOT .....	27
4.2 UNDERSØKE FUNN FRA FORPILOT .....	29
4.3 FUNN ETTER WORKSHOP NR 1 .....	30
4.4 FUNN ETTER FOKUSGRUPPEINTERVJU NR 1 .....	32
4.5 FUNN ETTER WORKSHOP NR 2.....	32
4.6 FUNN ETTER FOKUSGRUPPEINTERVJU NR 2 .....	34
4.7 FUNN ETTER WORKSHOP NR 3.....	34
4.8 FUNN ETTER WORKSHOP NR. 4.....	35
4.9 FUNN ETTER FOKUSGRUPPEINTERVJU NR 3 .....	35
<b>5 DISKUSJON.....</b>	<b>36</b>
5.1 HELSEØKONOMI .....	36
5.2 LEDELSESPERSPEKTIVER: .....	38

5.3 YTRINGSKLIMA .....	39
5.4 INNOVASJON .....	40
<b>6 KONKLUSJON.....</b>	<b>41</b>
<b>GEVINSTAVTRYKK .....</b>	<b>46</b>

## 1 Innledning

Samtale mellom avdelingsleder og saksbehandler på kontoret etter en vurderingssamtale:

Saksbehandler i forvaltningsenheten: *«Jeg tenker at denne personen må få tilbud om psykiatrisk hjemmetjeneste.»*

Avdelingsleder: *«Å... hvorfor tenker du det?»*

Saksbehandler: *«Fordi han kommer seg ikke på skolen p.g.a. bussangst og psykiatrisk hjemmetjeneste kan sikkert hjelpe han med det.»*

Avd. leder: *«Jeg tenkte at han ikke skulle få det. Han har behov for eksponeringsterapi og det kan ikke psykiatrisk hjemmetjeneste utføre. Det står heller ingen ting om alvorlig psykisk lidelse eller andre diagnoser enn skolevegring og bussangst, hva skal vi bidra med og hvor lenge?».*

Saksbehandler: *«Jo, han har jo et behov for hjelp og kan helt sikkert nytte seg av psykiatrisk hjemmetjeneste.»*

Avdelingsleder: *«Ja det kan jo være, men jeg tenker at han få hjelp andre steder enn hos oss.»*

Personen får tildelt psykiatrisk hjemmetjeneste til tross for at avdelingsleder og saksbehandler ikke er enige. Personen har oppfølging av psykiatrisk hjemmetjeneste en periode. Samtale mellom to ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste.

*«Jeg skjønner ikke hvorfor denne personen skal ha hjelp av oss. Jeg tenker at personen hadde hatt bedre nytte av e-læringskurs eller eksponeringsterapi hos psykolog.»*

*«Jeg er enig, vi får tildelt mye som jeg også tenker ikke skulle ha vært i vår tjeneste. Hva kan vi gjøre med dette? Det nytter jo ikke å si noe til forvaltningen, det virker jo som de ikke vet hva de skal tildele oss av brukere. Veldig irriterende å bruke tiden på å følge opp brukere som kan ha like god nytte av andre tiltak, når vi har så mange vi skal følge opp som trenger hjelpen vår. Hva tenker du?»*

*«Jeg er veldig enig i hva du sier.»*

### **1.1 Bakgrunn for prosjektet:**

Manglende rolleavklaring og tjenesteflyt skaper usikkerhet og gir utfordringer ved forvaltning av ressurser i tjenestene våre.

«Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Beslutningstakere i helse- og omsorgssektoren må ofte ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike tjenesteområder, brukere og pasienter. De ansatte må disponere arbeidsdagen til det beste for pasienter og brukere. Prinsipper for prioritering gir kjøreregler for disse valgene. Det er med andre ord ikke et spørsmål om man skal prioritere, men hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for de beslutningene som tas.

Uten tydelige prinsipper, vil fordelingen av helse- og omsorgstjenester bli mer tilfeldig og målet om likeverdig tilgang vil være vanskeligere å oppnå. Prinsipper for prioritering skal bidra til at ressursene brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest.» (NOU 2018:16, s 1)

«Etter **andre ledd** [i helse og omsorgstjenesteloven] har pasient og bruker rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Bestemmelsen speiler kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov. Kravet om forsvarlighet følger både av helse- og omsorgstjenesteloven og av helsepersonelloven. Det er vanskelig å angi presist på et overordnet nivå hva som tilfredsstillende kravet til nødvendig og forsvarlig hjelp. Omfang og nivå på hjelpen må vurderes konkret, og ulike momenter knyttet til den enkeltes situasjon vil være relevante i vurderingen. Ved beslutning om tjenestenivå og -omfang kan det legges vekt på hensynet til kommunens ressurser og prioriteringer. Loven setter imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under. Det vises i den forbindelse til «Fusadommen» (Rt.1990 s. 874).

Selv om en person har et rettskrav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester» betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen, som for eksempel en institusjonsplass. Det er kommunen som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har.

En kommune kan altså fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon, om det vurderes som et forsvarlig tilbud. Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Helselovenes formålsbestemmelser angir lovenes overordnede hensyn, og kommunen skal derfor ta hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Se også pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd om retten til medvirkning.

Kravet i helse- og omsorgstjenesteloven om at tjenestene skal være forsvarlige innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste, for eksempel institusjonsplass, er eneste alternativ for å kunne yte et forsvarlig tilbud i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på den bestemte tjenesten.

I bestemmelsens **tredje ledd** er det presisert at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b. Henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 viser at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under, og er en del av, det generelle forsvarlighetskravet. «Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud» (NOU 2018:16)

Slik de ulike tjenesten tilbys i dag, virker det som om de blir for det meste tildelt ut ifra “skjønnsmodellen” som beskrevet av (Molven, 2019, s 114), «der helseprofesjonene blir gitt vide fullmakter til å tildele helsetjenester ut fra sitt faglige og etiske skjønn. Dermed blir tjeneste ulikt tildelt og det er ulikt hvem som får tjenesten innvilget og hvem som får avslag» (Molven, 2019, s 114)

Vi representerer to ledere fra to ulike kommuner. Den ene jobber i en småkommune som enhetsleder for psykisk helse og rusomsorg og hatt denne stillingen siden august 2018. Den andre jobber i Psykisk helse som fagleder i en storkommune og har hatt denne stillingen siden mai 2021. Begge har lang erfaring fra å jobbe som terapeuter i Psykisk helse og rusomsorg. Enheten i småkommunen består av et bofellesskap og psykiatritjenesten. Psykiatritjenesten har også rusoppfølging og LAR utlevering, samt et prosjekt for rusmisbrukere tilknyttet tjenesten. Det er ca 20 årsverk i enheten som har fra 180-230 brukere i tjenesten.



Enheten i storkommunen består av syv bofellesskap, to bo-team, en oppfølgingstjeneste, et MO senter (lavterskeltilbud for mennesker med ruslidelser) og et aktivitetssenter. Det er ca 120 årsverk i enheten, som betjener ca 600 tjenestebrukere, utenom de som benytter seg av kriseteam og lavterskeltilbudene. Begge enhetene våre er en kommunal helse og omsorgstjeneste som betjener hjemmeboende med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk. Oppfølgingstjenesten og psykiatritjenesten er den samme tjenesten med ulikt navn. Heretter kalt psykiatrisk hjemmetjeneste.

Forskjeller mellom en stor kommune og en liten kommune er merkbare i forhold til hvordan en organiserer seg. Eksempler på dette kan være: rask psykisk helsehjelp som er et lavterskeltilbud og tilbyes i storkommunen, men ikke i den små. Rask psykisk helsehjelp er blitt en egen enhet som ikke er organisert under psykiatrisk hjemmetjeneste. Småkommunen har ikke egen avdeling til oppfølging av rusproblematikk eller utdeling av LAR medikamenter, mens det har den store kommunen.

Den store kommunen har et større spekter av lavterskel tilbud som brukere kan benytte seg av, mens det er en mangelvare i den små kommunen.

En annen vesentlig forskjell mellom stor og små- kommunen er organisering av forvaltningstjeneste. Forvaltningsenheten er en egen enhet i storkommunen som håndterer søknader, vurderingssamtaler og saksbehandling, i små kommunen er det psykiatrisk hjemmetjenesten som har denne oppgaven.

Felles utfordring for oss som ledere er at vi må fordele flere oppgaver til våre ansatte uten å få økte ressurser. De ansatte i den psykiatriske hjemmetjenesten er terapeuter, med individuelt ansvar for å følge opp pasienten de er tildelt, evaluere og avslutte oppfølgingen. De ansatte har uttrykt behov for en tydelig retning, tydelige kriterier for hvem de skal følge opp og hvor lenge.

Det er utfordrende for oss ledere å få samarbeidspartnere til å forstå hvilke oppgaver vi skal gjøre og hvem som er målgruppen til våre tjenester. Vi må trygge de ansatte og forvaltningsorganet som tar kontakt for veiledning og bekreftelse på rett avgjørelse.

Vi gjennomførte en forpilot basert på 12 intervjuer av 12 ansatte i forskjellige stillinger der vi fikk kartlagt indikasjoner som ga opphav til problemstillingen vår.

Vi valgte å intervjuere ledere på ulike nivå, psykolog, fagkoordinator, og miljøterapeuter i tjenestene våre. Vi valgte disse personene for å få tilbakemeldinger fra ansatte i ulike nivå i enhetene våre. De har ulike arbeidsoppgaver, ansvarsområder og ansiennitet i enhetene våre. Vi valgte disse personene for å fange opp et helhetlig bilde på utfordringer våre ansatte opplever i våre organisasjoner.

Tilbakemeldingene fra forpiloten var sammenfallende med våre egne erfaringer og utfordringer vi har i dag som ledere.

En konsekvens av vage og manglende retningslinjer for å tildele våre tjenester blir at mange som ikke skal motta helsetjenester fra psykiatrisk hjemmetjeneste, får tilbud om og vedtak på våre tjenester. I tillegg vil mange som etter loven har rett på vedtak om oppfølging, få mindre og dårligere tjenestetilbud, fordi det er for mange pasienter som skal ha del av den samme ressursen.

Som vist er de nasjonale føringene er ikke tydelig på verken målgruppe, omfang av tjenester og hvordan tjenestene skal fordeles, heller ikke innhold av tjenester. Det loven referer til, er at kommunen er pliktig til å utføre forsvarlige helsetjenester, men lite beskrivende på hva forsvarlige helsetjenester er, og hvordan skal disse tildeles. Med bakgrunn i dette blir vurderingene da overlatt til den enkelte saksbehandler og dens erfaring og skjønnsmessige vurdering. I denne oppgaven vil vi se på utfordringer knytt til tildeling av psykiatrisk helsetjenester.

## ***1.2 Problemstilling og avgrensning***

### **Hvordan kan ulike faktorer ha betydning for innovasjon i psykiatrisk hjemmetjeneste.**

I dette utviklingsprosjektet ønsker vi å arbeide med å få på plass tydeligere og bedre tildelingskriterier for våre tjenester. Vi tenker at det vil ha stor innvirkning for de ansatte som skal utføre tjenestene, de som skal tildele og evaluere tjenestene samt tjenestemottakerne som vil få et tydeligere bilde på hvem som er i målgruppen for våre tjenester og hvilke lovkrav de har.

I denne oppgaven velger vi å ikke se på tildelingskriterier for bolig, aktivitetshus og andre lavterskeltilbud. Vi velger vekk disse områdene da tildeling av

tilrettelagt bolig er underlagt andre aktører i forvaltningen og lavterskeltilbudene ikke krever vedtak.

### ***1.3 Leserveiledning:***

Prosjektet skal belyse problemstillingen og hva vi kom frem til kunne være med på å forbedre situasjonen rundt vurdering og tildeling av tjenester av den psykiatriske hjemmetjenesten. I den innledende intervjurunden oppdaget vi manglende rutiner for tildeling av disse tjenestene. Vi har benyttet aksjonsforskning som vil si at forskeren har vært deltakende i utforming av løsning/ tiltak.

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler.

I kapittel 1 gir vi en kort introduksjon av oppgaven og problemstilling.

I kapittel 2 vil vi gjøre rede for hvordan teoretiske perspektiver på ledelse, ytringsklima, psykologisk trygghet, helseøkonomi og innovasjon påvirker tjenesteflyt.

I kapittel 3 beskriver vi hvordan vi har gått frem i for å samle inn data i form av workshops og intervju og analyseprosessen av disse.

Kapittel 4 består av hvilke forsøk vi gjorde og hva vi fant.

I kapittel 5 diskuterer vi relevante funn opp mot faglige perspektiver.

I kapittel 6 oppsummerer og konkluderer vi med det vi fant.

## **2 Faglige perspektiver og teori.**

I kapittel to presenterer vi teori som skal være med på å belyse problemstillingen i oppgaven. Vi vil også se på nasjonale føringer som lovverk og veiledere.

Vi har forsøkt å finne tidligere forskning som kan belyse problemstillingen.

Imidlertid finner vi ikke noe som er direkte beskrivende for manglende tydelighet i hvordan man tildeler oppfølging av psykiatrisk hjemmetjeneste. Lov, forskrifter og veiledere gir oss heller ikke konkrete nok svar.

### ***2.1 Helseøkonomi***

Inntakskriterier til et helsetiltak handler om å forsøke å tilby rett tiltak til rett tid for dem som søker og har et behov.

Inntakskriterier hjelper oss med effektivitet og rettferdighet. Behovet for å være effektive og rettferdige har bakgrunn i ressursknapphet – vi må forsikre oss om vi hjelper dem vi skal hjelpe på best mulig måte med de ressursene vi har tilgjengelig.

Jan Abel Olsen (2006) beskriver effektivitet som forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse, mens produktivitet beskriver forholdet mellom ressursbruk og produksjonsvolum (s. 23).

Stor produktivitet er ikke det samme som å ha lav effektivitet, målet er å oppnå både stor produktivitet og effektivitet.

For å kunne måle effektivitet må man oppnå måloppnåelse, og for å kunne nå sine mål må man vite hva man produserer. Ifølge Jan Abel Olsen produserer helsevesenet «helse» (s. 23).

Effektivitet kan deles inn i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet.

Kostnadseffektivitet handler om å velge den billigste kombinasjonen av innsatsfaktorer, mens teknisk effektivitet handler om å få mest mulig ut av innsatsfaktorene. Kostnadseffektivitet kan ta utgangspunkt i enten å produsere en bestemt mengde billigst mulig, eller som ofte er tilfellet i psykiatrisk hjemmetjeneste: produsere mest mulig innenfor en gitt budsjetttramme. Disse to typene effektivitet faller innunder det som kalles indre effektivitet, det vil si at man gjør det man gjør på en effektiv måte. Men effektivitet handler altså om måloppnåelse, og da må man også ha ytre effektivitet, altså at det man gjør er det riktige å gjøre for å oppnå sine mål. (Olsen, 2006, s. 31-33).

Å sikre god indre og ytre effektivitet i et tiltak er viktig fordi tiltaket ikke skjer isolert i organisasjonen. Når man bruker innsatsfaktorer (ressurser) på ett tiltak, vil man nødvendigvis i en organisasjon med et gitt budsjett og gitte innsatsfaktorer, «ta» ressurser fra andre tiltak. Her brukes begrepet *alternativkostnad*, som betyr at man også må ta med i vurderingen hva ressursene man bruker alternativt kunne blitt brukt på. Det optimale her er da å bruke ressursene på de tiltakene som gir høyest måloppnåelse. Dette kalles allokeringseffektivitet eller prioriteringseffektivitet. (Olsen, 2006, s. 35).

Det å tildele tjenester etter tildelingskriterier gir en mulighet for å måle hvor behovet for tiltak er mest nødvendig. Ved å nytte denne måten kan leder allokere ressursene der behovet er størst og hvor ressursene gjør mest nytte for seg.

Tildelingskriterier må også ta hensyn til rettferdighet. Rettferdighet er vanskelig, og i denne sammenheng kan man skille mellom prosedyrer og fordeling.

Rettferdige prosedyrer har flere dimensjoner, men særlig vesentlig for tildelingskriterier er konsistens, upartiskhet, åpenhet, faglig forankring, og klagemulighet. Tildelingen skal altså skje etter samme kriterier uavhengig av hvem som søker, kriteriene skal være faglig relevante, og kriteriene og vurderingen i forhold til disse skal være tilgjengelig. Søker skal også ha mulighet til å klage, med en åpning for omgjøring av vedtak. (Olsen, 2006, s. 39).

Når det gjelder rettferdig fordeling, har man kommet et stykke ned i hierarkiet når man utarbeider tildelingskriterier i kommunal psykiatrisk hjemmetjeneste. Den rettferdige fordelingen begynner da helt på toppen med statsbudsjettet. Hvor mye fordeles til helse, hvor mye fordeles til kommunene, hva øremerkes til psykiatri, og hvordan disponerer kommunen sine midler? Når man da skal lage tildelingskriterier på det nivået vi skriver om, er allerede mye av fordelingen gjort.

Det er likevel prinsipper for rettferdig fordeling som er relevante for oss.

*Egalitarisme* vil gi likt til alle uansett, selv om det i ytterste konsekvens skulle bety at alle får mindre. Med en slik tilnærming vil det være lite behov for tildelingskriterier.

*Utilitarisme* handler om å fordele slik at samfunnet som helhet oppnår størst mulig nytte. Dette er et perspektiv som kan være nyttig, samtidig som det nok er enda nyttigere på et mer overordnet nivå. I ytterste konsekvens kan utilitarisme da bety at samfunnet som helhet kan tjene på at enkelte ikke får noe, men samtidig vil dette trolig medføre urettferdige prosedyrer.

*Maximin-prinsippet* stiller spørsmålet: hvilken fordeling er best for den som har minst? (Olsen, 2006, s. 40-45).

For oss er dette relevant i forhold til målsetting og valg av tiltak. Hvem har behov, hva trenger de og hvilken effekt kan man forvente av tiltak? Enkelte sykdommer og tilstander responderer bedre på behandling enn andre. Enkelte grupper i samfunnet responderer bedre på tiltak enn andre. Bruker vi hele budsjettet på de gruppene vi vet oppnår best resultat, eller fordeler vi ressursene jevnere? Og i så fall etter hvilke kriterier? Innen somatikken finnes det en rekke føringer som

direkte påvirker rettferdig fordeling av helsetjenester: ung foran gammel, akutt foran kronisk, yrkesaktiv foran ufør.

Ved fordeling av helsetjenester må man ta hensyn til behov. Mennesker har ulikt behov for helsetjenester, og det gir derfor ikke mening å fordele helsetjenestene likt.

Jan Abel Olsen (2006) uttrykker i boken helseøkonomi at behov for helsetjenester er når dette kan gi en forbedring i helse at det er et behov og jo større nytte helsetjenesten gjør jo større er behovet for helsetjenester. I samfunnet er det en generell oppfatning om at det offentlige systemet må ordne opp og ønsket om å få tildelt helsetjenester blir gjerne forvekslet med behovet for helsetjenester. (s. 50) Dette er en utfordrende oppgave for dem som skal fordele helsetjenester. De som fordeler helsetjenester, må skille mellom det som er en subjektiv oppfattelse fra søker og det som er en objektiv vurdering.

Rettferdighet av fordeling av helsetjenester er komplekst og omhandler flere forhold. Ifølge Olsen (2006) deles dette på tre forhold:

Den ene fordelingen er rettferdige prosedyrer, som gjenspeiler at det er større opplevelse av rettferdighet når prosessen betraktes rettferdig (s.38- 40). Noe vi ønsker å oppnå ved å tydeliggjøre innsøkingkriteriene til psykiatrisk hjemmetjeneste.

En helsetjeneste har til hensikt å forbedre, vedlikeholde eller unngå forverring av en tilstand. Det kan være vanskelig å måle helseforbedring. Tre forskjellige perspektiver på dette er: *biokjemisk*, *klinisk observasjon* og *pasientens egen opplevelse* (Olsen, 2006, s. 90-91)

I den kommunale psykiatriske hjemmetjenesten blir våre intervensjoner sjeldent målt biokjemisk. De to andre perspektivene, er mer relevant. Begge disse perspektivene er i utgangspunktet mer subjektive i sin natur. Det viktigste i vår tjeneste er målsetting og måloppnåelse. Klarer man å etablere tydelige mål i starten av en intervensjon, er det lettere å vurdere nytte og effekt av våre intervensjoner.

I vårt arbeid med å lage inntakskriterier til tjenesten, blir det derfor et poeng at man sammen med søkeren kan formulere tydelige mål for helsehjelpen. Dette

trenger da ikke nødvendigvis innebære forbedringer, men kan også innebære forebygging av forverring.

## ***2.2 Perspektiver på ledelse***

Øyvind Lund Martinsen (2021) , skriver om å gi arbeidet retning, kontra planlegging og budsjettering: «siden ledelse har som funksjon å produsere forandringer, er det å styre retningen for forandringene grunnleggende for lederskap» (s. 58).

Lederskapet skaper visjoner og strategier, som beskriver hvordan en virksomhet, burde utvikle seg på lang sikt. Lederskapet uttrykker en gjennomførbar fremgangsmåte for å oppnå målet. Videre hevder han at «i et selskap uten retning vil selv kortsiktig planlegging bli et svart hull som kan komme til å bruke uendelig mye tid og krefter. Uten noen visjon og strategi som setter grenser for planleggingsprosessene eller angir retningslinjer for dem, vil alle eventualiteter trenge en plan» (s. 59)

Planlegging fungerer best i tillegg til, og ikke istedenfor, å peke ut retning. Martinsen hevder at «med mindre mange enkeltpersoner er på samme side og beveger seg samlet i samme retning, vil folk ha tendens til å snuble i beina på hverandre.» (s.60). Han formidler at ledere kommer lenger med å samkjøre sine ansatte, mer enn å organisere dem. Samkjøring fører til myndiggjorte medarbeidere. Noe organisering sjelden gjør. Ifølge Martinsen kan samkjøring bidra til å bemyndige medarbeidere på flere måter.

Når en tydelig retning blir kommunisert, gjennom hele organisasjonen, vil medarbeidere på lavere nivå kunne sette i gang tiltak. Og når alle arbeider mot det samme målet, er det mindre sannsynlig at en medarbeiders tiltak kommer i konflikt med noen andres tiltak. «På samme måte som det å styre retningen skaper en hensiktsmessig vei videre, og på samme måte som effektiv samkjøring får ansatte til å bevege seg den veien, vil vellykket motivasjon sørge for at de har energi til å overvinne hindringer.» (s, 61).

## **2.3 Ytringsklima**

Når man henter inn informasjon gjennom samtalegrupper og intervjuer, og kanskje særlig når det er initiert av en leder, vil ytringsklimaet påvirke validiteten av informasjonen som kommer frem. Vi presenterer derfor noen aspekter fra Kvalnes (2022) bok «Ytringsklima» som vi har forsøkt å ta hensyn til i vår prosess.

Kvalnes (2022) referer til hvordan en kommuniserer til og med hverandre. Hvordan vi gir positive og konstruktive tilbakemeldinger til hverandre, og hvordan ulike synspunkt og meninger blir behandlet for eksempel på en arbeidsplass, i en gruppe og i et fellesskap (s.7-13). I boken Ytringsklima sier Kvalnes (2022) at alle fellesskap har et ytringsklima. (s.7) Videre hevder han at det er kvaliteten i fellesskapet som avgjør hvor vidt ytringsklimaet er bra eller mindre bra. Hvordan vi deler kunnskap og informasjon med hverandre og hvordan fellesskapet er mottakelig for motstand og uenighet er påvirket av hvilket ytringsklima det er i fellesskapet.

Kvalnes (2022) identifiserer flere komponenter som er med til å bidra til et bra ytringsklima og hvilke feller en kan gå i eller befinne seg i.

### *2.3.1 Psykologisk trygghet*

Kvalnes (2022) skriver at psykologisk trygghet kan være med på å fremme et godt ytringsklima. Det handler om å fremme et godt fellesskap som har en åpen kommunikasjon med hverandre, tillit, respekt og gi støtte selv om det er uenighet eller om eventuelle feil skulle oppstå. Det er viktig at fellesskapet rommer tilbakemeldinger slik at de som er i fellesskapet ikke er bekymret for å bli avvist, kritisert eller få sanksjoner. (s. 7-11)

For å oppnå psykologisk trygghet på en arbeidsplass, påpeker Kvalnes (2022) 3 punkter som en leder må initiere: Invitere til å ytre seg; Være tilgjengelig og lytte til ytringene; og verdsette ytringene. I dette ligger det at en leder må be om og lytte til innspill, også kritiske, ikke må bli defensiv i møtet med kritikk, men være villig til å lytte og være konstruktiv, vise at en slik prosess blir tatt på alvor og kan føre til endringer, og at konstruktive ytringer ikke kan føre til represalier. (s. 65-74)

Kvalnes (2022) beskriver også en balanse i den psykologiske tryggheten, der både utrygghet og overtrygghet ikke fremmer psykologisk trygghet. Med overtrygghet mener han at enkelte kan bli så komfortable at de ukritisk uttaler seg om alt mulig,



gjærne i et språk som oppfattes bardust, og at slik adferd kan føre til utrygghet hos andre (s71- 72).

Et interessant perspektiv som Kvalnes (2022) trekker frem fra egen forskning er at ledere ofte har en mer positiv oppfatning av yringsklimaet enn dem som jobber under dem. Selv om leder har de beste intensjoner, og de ansattes tidligere erfaringer likevel gjøre dem utrygge i møte med, kanskje mer en stilling/ posisjon enn en person. Psykologisk trygghet og et godt yringsklima skapes da med systematisk arbeid over tid. (s.15)

To andre aspekter ved yringsklima som er svært relevante når man innhenter synspunkter og informasjon fra de ansatte, er «Tilskuereffekten» og «Bekreftelsesfellen». Tilskuereffekten handler i dette tilfellet om hvor mange personer man kommuniserer til samtidig. Hvis gruppen blir for stor, pulveriseres ansvarsfølelsen den enkelte føler for å bidra (Kvalnes 2022 s. 39-46).

Bekreftelsesfellen kan man støte på i mange situasjoner i livet, og innebærer at førsteinntrykk eller forutinntatte holdninger gjør at man kan overse viktig informasjon som kommer frem. Et godt yringsklima kan da bidra til å redusere faren til å gå i denne fellen, gjennom at gruppen rundt våger å stille kritiske spørsmål (s. 47-56).

## ***2.4 Innovasjon***

Hoholm (2015) tar for seg innovasjon og innovasjonsledelse;

Han beskriver tre relevante typer innovasjon, vi nevner to av dem her:

Den ene relevante typen innovasjon er å organisere smartere. Organisatorisk innovasjon handler om å utfordre egen tenkning og praksis: Løser vi oppgavene våre på den beste måten? Og hvilken oppgave skal vi egentlig løse? Den andre relevante typen innovasjon for kommunal sektor er å utvikle gode tjenester.

Offentlig sektor må stadig tenke nytt om hvilke tjenester som skal tilbys.

Tjenesteinnovasjon og organisatorisk innovasjon kan være to sider av samme sak.

Han hevder at verdiskapning spiller en avgjørende faktor for å oppnå suksess. Når innovasjon og forbedring skal utredes er det viktig å forstå hva som skaper verdi i den aktuelle sammenhengen. Videre hevder han også at dersom man ikke forstår

at innovasjon handler om å bidra til å endre praksis, enten de ansattes eller også brukernes praksis, så er faren stor for å mislykkes». ( Hoholm, T, s 3-5)

«KS Innovasjon Norge, og flere andre, definerer innovasjon som «nytt nyttig og nyttiggjort. En slik definisjon har noen klare fordeler: den understreker at innovasjon dreier seg om hele prosessen fra idé til anvendelse; det er ikke bare om å gjøre å komme på kreative idéer, det er minst like viktig at innovasjonen skaper verdi, altså er reelt nyttig, for noen. Og kanskje aller viktigst – er at man evner- å ta innovasjonen i bruk» (Hoholm , T 2015 s.6)

Kværner (2020) beskriver viktige prosesser når en designer en tjeneste blant annet: Begrepet designtenkning som «handler om å sette menneskene i sentrum og prøve å forstå hvilke behov de har. Det innebærer å sette prosessene vi arbeider med, foran hypoteser og vedtatte sannheter. Designtenkning retter oppmerksomheten vår mot identifisering av behovet aller først.» (s. 244).

«En viktig del av Lean-start -up er å starte med ideen vi tror på og spørre oss frem, lage et minste brukbare produkt. Dette produktet bruker vi til å innhente erfaringer fra fremtidige kunder. Og lære mer om hvordan produktet kan utvikles og forbedres. Både designtenkning, design sprint, Lean-start-up og programmer for skalering representerer prosessbasert læring: endring skjer gjennom omfattende forankringsarbeid. For at kunnskap skal kunne komme til nytte, må de som berøres av forandringen forstå» «Moderne ledelse handler om god styring, relasjonelle forhold, transformasjon, og innovasjon- der transformasjon er mer enn endring, det er dyptgripende endring og omstilling». (s.245).

## **2.5 Oppsummering**

Vi har tatt med helseøkonomi fordi vi har en fast økonomisk ramme vi må forholde oss til og vi ønsker å prioritere og benytte ressursene våre på best mulig måte. Vi har tatt med perspektiver på ledelse og endringsledelse for prosjektet innebærer en endring i hvordan vi tildeler tjenester hos oss. Vi har deretter valgt å se på ytringsklima for å være bevisst på å få den mest riktige tilbakemelding fra våre ansatte slik at resultatet blir mest mulig rett. Disse teoriene vil hjelpe oss til å oppnå bedre tjenesteflyt og en tydelighet i verktøyet som vi tidligere ikke har hatt i psykiatrisk hjemmetjeneste. Til slutt har vi valgt å se på teorier ved innovasjon fordi vi ønsket å få en forståelse for viktige ledelsesaspekter når vi skulle gjennomføre prosjektet vi arbeidet med.

### 3 Metode.

Dette er en aksjonsstudie. «Aksjonsforskning er forskning der resultatene brukes til å starte praktiske tiltak under medvirkning av forskeren selv». (<https://snl.no> 23.05.2023)

I form av intervjuer og ulike workshop benyttet vi en kvalitativ metode for å få en bedre forståelse av de ansattes individuelle opplevelser og erfaringer (Oppen m fl. 2021 s. 23). Dersom vi hadde valgt å benytte en kvantitativ metode ville spørsmålene på forhånd vært satt og gjerne i form av lukkede spørsmål. Denne metoden gir ikke rom for å utdype sine meninger.

Vi har tatt utgangspunkt i et deduktiv design, dette er et testende design hvor man gjerne starter med flere hypoteser man ønsker å teste ut. Vi har testet ut ulike hypoteser gjennom workshops og forskjellige intervju.

#### 3.1 Datainnsamling

Vi ønsket å gå bredt ut for å undersøke hvilke problemstillinger de ansatte og brukerne av våre tjenester opplever som utfordrende på våre tjenestesteder. Det ble derfor foretatt en forpilot i form av intervju. Etter funn fra denne forpiloten valgte vi videre intervju for å eksplorativt undersøke hvordan manglende rolleavklaring, struktur og koordinering påvirker tjenesteflyt og ansattes hverdag i psykiatrisk hjemmetjeneste. Deretter ble det opprettet arbeidsgrupper i workshops for å komme frem til mulige løsninger. Tabellen nedenfor viser en oppsummert oversikt over prosessen med datainnsamling.

Oversikt over type og omfang empiri:

Møteform	Deltaker	Årsak til møte	Hva kom frem i møtet	Tidsbruk
Intervju	12 deltakere	Undersøke utviklingsområder	Utydelige retningslinjer for tildeling av psykiske helsetjenester	30-60 min x 12

Samtale	6 deltagere	Undersøke funn fra forrige intervju	Bekrefter utydelige tildelingskriterier som en utfordring	60 min
Teams	Etatsledelse og kommunalsjef	Forankre prosjekt	Godkjenning av prosjektet	45 min
Workshop 1	Tverrfaglig arbeidsgruppe med 9 deltakere	Hva er utfordringene? Hva er årsak/rotårsak (LEAN-metodikk)	Ser at det er behov for tydelige tildelingskriterier	3 timer
Fokusgruppeintervju	Ansatte i oppfølgingstjenesten	Invitasjon til innspill i forhold til funn som kom frem i workshopen	Bekreftelse av antatt behov	45 min
Workshop 2	Tverrfaglig arbeidsgruppe med 9 deltakere	Laget foreløpige tildelingskriterier	Ulike synspunkter drøftet frem foreløpige tildelingskriterier	3 timer
Fokusgruppeintervju	Oppfølgingstjenesten	Presentasjon av foreløpige tildelingskriterier og innspill	Fortsatt utydelige kriterier som ikke utgjorde en betydelig forskjell	1 time
Workshop 3	Tverrfaglig arbeidsgruppe med	Arbeidet med å tydeliggjøre	Tydeligere tildelingskriterier	3 timer

	9 deltakere	tildelingskriteriene	er ble utarbeidet	
Intervju med andre kommuner. Undersøke lovverk med statsforvalter og helsedirektoratet.	Tverrfaglig arbeidsgruppe med 9 deltakere	Ønsket å finne ut om andre kommuner allerede hadde på plass noen kriterier vi kunne bruke. Samt ønsket å undersøke om vi handlet innenfor gjeldene lovverk	Kommunene har ulike og varierte tildelingskriterier. Statsforvalteren har godkjent tildelingskriteriene. Sammen om mestring (Helsedirektoratet) samsvarer med de utarbeidete tildelingskriteriene.	5 timer
Workshop 4	Tverrfaglig arbeidsgruppe med 9 deltakere	Samlet informasjon som deltakerne fra den tverrfaglige arbeidsgruppen hadde innhentet siden forrige workshop.	Se ruten over. Det ble konkludert med at disse tildelingskriteriene skulle sendes til forankring hos Styringsgruppen (etatsdirektør og de øvrige	3 timer

			enhetslederne ).	
Fokusgruppe intervju	Ansatte i oppfølgingstjenesten	Informasjon om status og utarbeidete tildelingskriterier	Ingen bemerkninger	30 min
Tilbakemelding fra styringsgruppene	Etatsdirektør og enhetsledere for fire byområder i en stor-kommune og en fra en små-kommune	Gjennomgang og vurdering av de nye tildelingskriteriene	Styringsgruppen godkjente forslaget om nye tildelingskriterier	1 time

### 3.1.1 Intervju forpilot

I perioden september- oktober har vi intervjuet til sammen 12 ansatte i våre enheter. Vi valgte å gå bredt ut og intervjuet ledere på ulike nivå: psykolog, fagkoordinator og miljøterapeuter i psykiatrisk hjemmetjeneste. Intervjuene har funnet sted på tjenestestedene og via telefon. Vi valgte disse personene for å få tilbakemeldinger fra ansatte i ulike nivåer i enhetene våre, om deres arbeidsoppgaver og hvor lenge de har vært ansatt i tjenesten.

Vi brukte mellom 30-60 minutter på hver samtale.

Vi var bevisst på å ikke være ledende i samtalen, men undrende for ikke å farge de vi intervjuet med vår egen oppfatning.

Vi forklarte de som ble intervjuet at svarene ville bli anonymisert og at det muligens skulle være med på å identifisere et område for forbedring i enhetene våre. Vi valgte å benytte oss av en kvalitativ metode, i form av intervju med åpne spørsmål, for å utforske hva de ulike medarbeiderne opplever som utfordringer på arbeidsplassen.

Vi valgte å intervju tolv personer i ulike roller i våre to enheter. Enhetsleder, avdelingsleder og ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste for å få et bredt bilde av hvilke ulike utfordringer vi står i våre enheter.

I forkant av samtalene hadde vi laget en intervjuguide med fem spørsmål. Denne intervjuguiden ble sendt ut sammen med invitasjonen til samtalene.

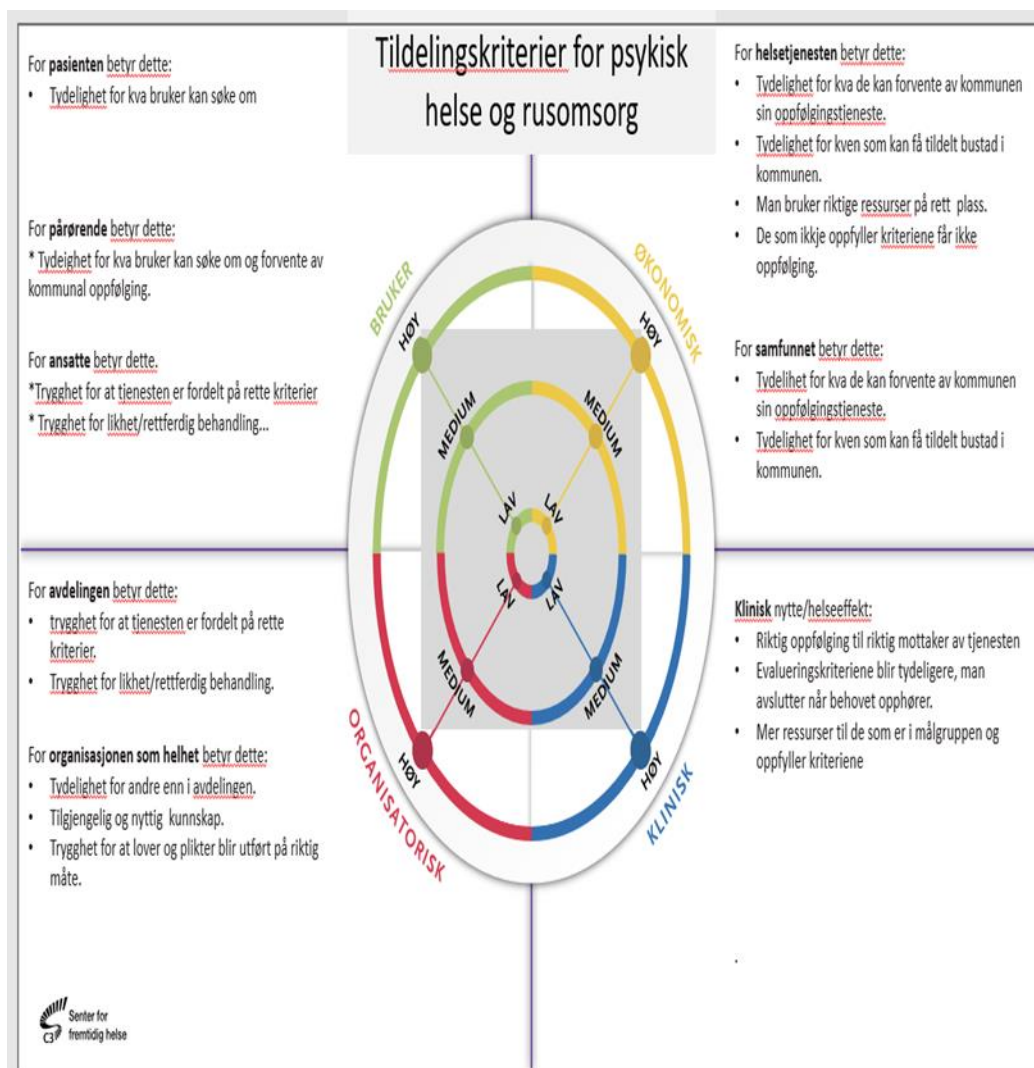
Vi stilte åpne spørsmål og hadde fokus på hva som var utfordrende og årsak til det.

Vi utarbeidet intervju mal med følgende spørsmål:

- Har vi utfordringer og utviklingsområder i enheten vår?
- Hvordan kommer dette til uttrykk i din arbeidshverdag?
- Tror du det er flere som opplever det slik?
- Hva er grunnen til at det er slik? Hvorfor har ingen tatt tak i dette før?
- Hvem tenker du dette kan få følger for?

Primærdata som kom frem i intervjuene ble dokumentert i intervju-malen i hvert enkelt intervju. Etter å ha intervjuet ulike ansatte ble funnene om behov for mer struktur og rolleklarhet i enhetene våre enda tydeligere.

Vi utarbeidet da et gevinstavtrykk for å se om dette var noe som ville gi de berørte parter gevinst nok til at vi ville få godkjent en slik arbeidsprosess.



Ut fra Gevinstavtrykket ser vi at det er en overvekt av positive resultater av å systematisere kriterier for tildeling av tjenester. På bakgrunn av dette ble det opprettet en arbeidsgruppe. Mandatet med gruppen var at denne skulle se på muligheten for å få laget tidlingskriterier.

### 3.1.2 Observasjon i Workshop

Her var ledere av psykiatrisk hjemmetjeneste og en brukerrepresentant, samt leder og ansatt i forvaltningsenheten deltakere, til sammen ni personer. Dette utvalget gjorde vi fordi forvaltningsenheten er den som tildeler helsetjenester i storkommunen. Lederne for psykiatrisk hjemmetjeneste har faglig ansvar for tjenestetilbudet og ansatte som er utførerleddet. Brukerrepresentanten var viktig for å forstå brukerperspektivet. De ansatte var ikkje med i denne workshopen, men var delaktig i prosessen gjennom fokusgruppeintervju.



Workshop nr en: I det første møtet benyttet vi metoden LEAN for å komme frem til rotårsaken til forbedringsområder.

I workshop nr to, hadde arbeidsgruppen gått til sine tjenestesteder og hadde samtale med ansatte i den psykiatriske hjemmetjenesten, der de ble presentert for de ulike forslag til tildelingskriterier som arbeidsgruppen (workshopen) hadde utarbeidet. De ble oppfordret til å gi innspill på forslagene fordi det var viktig for oss å få tilbakemelding fra utførerleddet og deres erfaringer

Workshop nr tre: Utarbeidet tydeligere forslag til tildelingskriterier og vi ble enig om å sjekke ut med andre kommuner i landet, hvilke kriterier de hadde. Samt undersøke med statsforvalteren og helsedirektoratet om dette sikrer forsvarlige helsetjenester.

Workshop 4 arbeidsgruppen formaliserte kriteriene og sendte de på «høring» til etatsledelsen som godkjente disse kriteriene.

Deler av workshopene var primærdatainnsamling deler var sekundærdatainnsamling.

Arbeidsprosessen i workshopene ble dokumentert i saksbehandlingssystemet og SharePoint. Alle møtene ble referatført.

### *3.1.3 Fokusgruppeintervju*

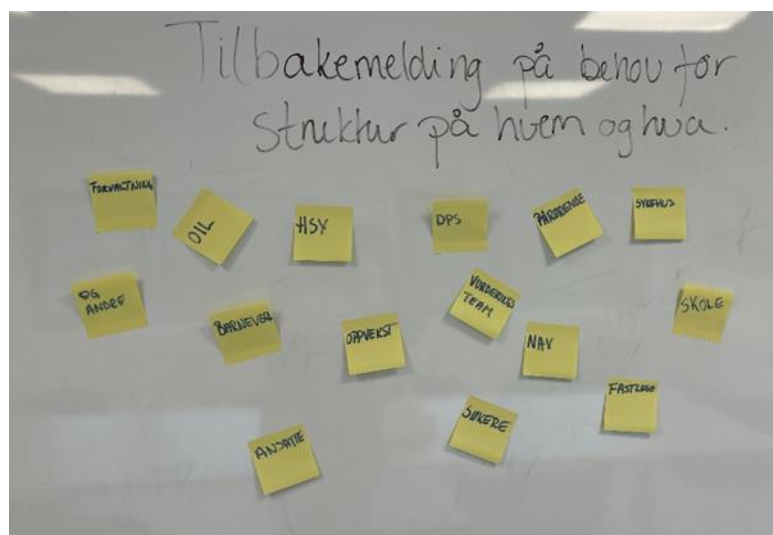
Underveis i arbeidsprosessen ble 10 ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste, invitert til tre semistrukturerte intervju. Vi valgte semistrukturert intervjuform, fordi vi hadde et klart formål med intervjuet: vi ønsket svar på om de foreløpige tildelingskriteriene vi hadde utarbeidet var gode nok. Ved å snakke direkte med de ansatte ville vi få tilgang til primærdata, som for oss var viktig for utvikling av prosessen.

Vi inviterte oss inn på morgenmøtene fordi vi ønsket uformell samtale omkring problemstillingen. På denne måten kunne vi justere og sammen komme frem til funksjonelle kriterier. Møtene hadde en varighet på ca en time pr gang. Til første møte deltok 9 ansatte og til andre møte deltok 8 ansatte og til tredje møtet deltok 9 ansatte. De ansatte var på forhånd informert om det pågående arbeidet.

Tilbakemeldingene ble notert og tatt med for videre utvikling av kriterier i workshopen.

### 3.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen er delt opp i flere prosesser. I oppstarten av prosjektet startet vi en forpilot, og vi jobbet induktivt. Vi ønsket å utforske hvilke forbedringsområder som var i våre to enheter, vi leste gjennom svarene fra intervjuene hver for oss. Deretter sammenlignet vi svarerne og fant likheter som vi ønsket å utforske videre.

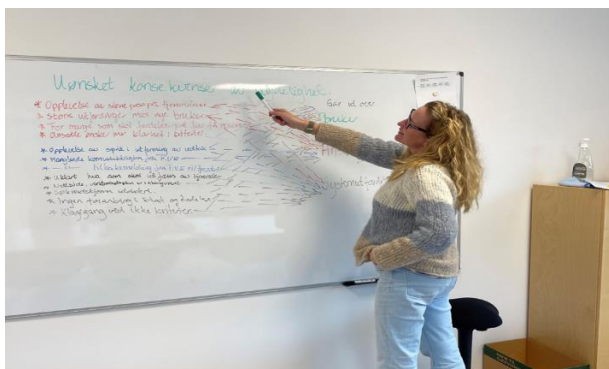


På bakgrunn av denne analysen, ønsket vi å sjekke ut om våre antagelser fra denne forpiloten stemte. Og vi inviterte 6 nye ansatte til samtale omkring tema.

For å analysere svarene satt vi tilbakemeldingene i system.

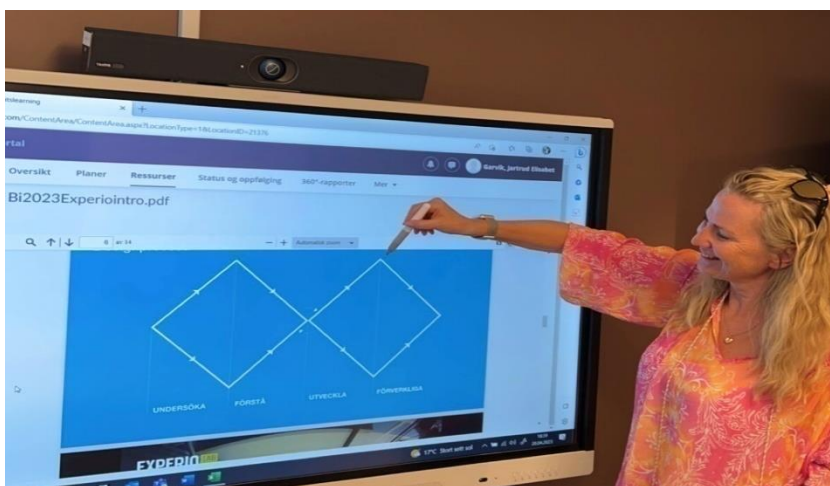
Vi ser at noen opplysninger som kom frem i samtalen er sekundærdata, de referer til hva andre mener, for eksempel: *fastlege og DPS vet ikke hvem som kan søke på våre tjenester*. Mens noe av dataene er primærdata: *ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste synes det er vanskelig å avslutte brukere, ta imot henvendelser om hvem som kan søke osv.*

Vi brukte White Board, fargekoder, og en skjematisk oppstilling av svarene. På denne måten kunne vi enkelt sammenligne empiri fra forpilot og samtalegruppen. Gjennom denne analysen så vi at empirien var sammenfallende for begge grupper. Resultatet gjorde at vi bestemte oss for å jobbe videre med utfordringen.



I workshop- gruppen som ble dannet jobbet vi deduktivt, et testende design, ut fra LEAN metodikk for å analysere empiri. Marit Oppen et al (2020) skriver: «... en deduktiv tilnærming vil ta utgangspunkt i etablert teori, med en målsetting om å teste den slik at den kan videreutvikles eller nyanseres» (s. 378)

Denne arbeidsmåten gav oss noen fordeler, fordi den gir oss muligheten til å undersøke, forstå, utveksle og gjennomføre. Dette kalles gjerne for diamant prinsippet. Vi gikk bredt ut i intervjuene til våre ansatte, resultatet av disse intervjuene gav oss et grunnlag til en hypotese. Denne hypotesen ville vi teste ut. Vi arbeidet i workshops, kom frem til foreløpige kriterier som vi testet ut med de ansatte, gikk tilbake til workshopen, endret kriterier og testet hele tiden ut det vi kom frem til.



LEAN er et verktøy for en arbeidsprosess som skal sette kunden i sentrum, bidra til mindre sløsing og flyt i tjenesteleveransen. Kunden i denne sammenhengen er brukere, ansatte og tildelingskontor/ forvaltningsenhet. Flyt i tjenesteleveransen vil i denne sammenhengen være rett tjeneste til rett tid.

Vi brukte A3 og 5xhvorfors for å komme frem til rotårsaker til problemområdene, for å et riktig bilde av årsak til problem/ utfordring. «A3 er et verktøy som ofte



Vi har valgt å utelate eksterne samarbeidspartnere som DPS, fastlege o.a. Dette var et bevisst valg fordi vi hadde et ønske om å skreddersy vårt tilbud, til de personene kommunen skal gi vedtak på tjenester til. Dersom vi hadde tatt med andre aktører for å utarbeide kriteriene ville sannsynligvis svarene være andre.

Vi har tatt utgangspunkt i at det var godt ytringsklima og psykologisk trygghet i både intervju-runder, workshops og fokusgruppeintervjuene slik at deltakerne ville klare å være ærlig i sine svar og tilbakemeldinger. Men dette er ikke testet ut. Og vi vet ingenting om relasjonene mellom deltakerne i verken workshops eller fokusgruppeintervjuene. Dårlige relasjoner og lav psykologisk trygghet kan ha ført til andre svar, enn vi hadde fått dersom vi hadde gjennomført anonyme undersøkelser eller dersom vi selv ikke var til stede.

Arbeidsprosessene ble referatført og dokumentert i SharePoint. Vi har ikke sjekket ut om det er godkjent med hensyn til personvern, men har vært bevisst på å anonymisere hva de ulike deltakerne har svart. Dersom noen skulle få innsyn i denne dokumentasjonen ville de kunne se hvem som deltok i arbeidsprosessen, men ikke hva den enkelte hadde ment eller meddelt.

Vi har også benyttet kommunens saksbehandler-system. Dette er godkjent av personvernombudet som et sikkert system.

## **4 Funn**

I dette kapittelet vil vi beskrive hvilke forsøk vi gjorde, og hva vi fant.

Hovedpunkter i våre funn er:

Vi finner at det er manglende rolleklarhet, utydelighet i oppgaver som skal utføres og hvem som skal utføre hvilke oppgaver.

Vi finner dårlig tjenesteflyt- det vil si dårlig utnyttelse av ressursene vi har tilgjengelig og ønsket om mer ressurser for å nå over oppgaver.

Vi finner også manglende styring på overordnet nivå og utydelighet i hva lovverket og veiledere sier. Ingen vi har hatt kontakt med har detaljerte rutiner for tildeling av helsetjenester.

### ***4.1 Forpilot.***

Intervjuene avdekket noen interessante funn og oppsummert etter å ha snakket med ulike ansatte på ulikt nivå, finner vi at et gjennomgående problem som ble

tatt opp av samtlige intervjuobjekt er mangelfulle skriftliggjorte retningslinjer, i ulike systemer.

En ansatt uttrykker seg på denne måten: *«Jeg som er såpass ny her synes det vanskelig å navigere meg i systemer og retningslinjer. Det er utrolig stressende å hele tiden måtte spørre de andre om alt mulig, for eksempel hva skal jeg svare når noen spør hvem det er som kan få hjelp av oss? Eller hvor lenge skal de få hjelp? Hvem er det som bestemmer disse tingene egentlig?»* Vi tenker det er frustrerende å være nyansatt med så lite skriftlig informasjon, og hele tiden være avhengig av kolleger for å mestre jobben.

Generelt er det store likhetstrekk i forhold til utfordringer blant både de som arbeider i administrative stillinger og de som arbeider med direkte pasient/brukeroppfølgning. Men på litt ulike nivå. Begge grupper opplever utfordringer i forbindelse med systemer og opplæring i forhold til det, samt manglende styring ovenfra. Manglende styring på overordnet nivå, manglende tildelingskriterier og vage retningslinjer.

En leder sier:

*«Slik som vi jobber nå får vi for mange nye brukere av tjenesten og for få blir avsluttet. Vi burde ha noen rutiner som kan hjelpe oss med dette. Jeg er så lei av at forvaltningen ringer og spør om vi kan ta den og den brukeren, når vi tenker at de ikke hører til hos oss».*

Her tenker vi at det kan være mangelfull rolleavklaring på flere nivå, som fører til slike uttalelser.

De som arbeider med direkte pasientoppfølging/ bruker oppfølging, hadde utfordringer i forbindelse med arbeidsmengde og størrelse på personalgruppen.

*«Jeg kan ikke ta flere brukere, jeg har fulle lister, jeg orker ikke mer»:*

Det er krevende for de ansatte å hele tiden måtte prioritere hvem som skal avsluttes og hvem som skal få tjenester videre.

Ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste savner at kommunen definerer den psykiatriske hjemmetjenesten sin rolle i kommunen.

*«hvordan skal vi vite hva vi skal gjøre når det ikke er noen føringer ovenfra?»*

Saksbehandler i forvaltningsenhet gir uttrykk for noe sammenlignbart.:

*«Vi mangler blant annet kriterier å vurdere ut ifra. Hva kan tjenestemottakere forvente av hjelp?»*

I søknader spesielt fra fastleger, opplever saksbehandlere i forvaltningsenheten at de ikke helt har forståelsen for hva kommunen kan bistå brukere med.

*«Vi får så mange rare søknader fra fastleger, senest i går ville en fastlege at vi skulle hjelpe en videregående skoleelev til å klare å gjennomføre skolegang. Han søkte om at psykiatrisk hjemmetjeneste skulle følge denne eleven til bussen hver morgen.»*

Økonomi er et område som nevnes som en utfordring da det oppleves at arbeidsbelastningen er for stor og at det ønskes mer ressurser til tjenestene i form av flere årsverk. Både ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste og ledere for de ulike avdelingene, opplever stor pågang av nye tjenestemottakere. Enkelte informanter melder om personalgrupper som «drukner» i arbeidsoppgaver. De utaler at de er redd for at det kan få alvorlige konsekvenser dersom de har for mye å gjøre. De sier videre

*«i en stressende hverdag kan det i verste fall føre til at en ikke fanger opp alvorlig sykdom og situasjoner som krever handling».*

Etter å ha gjennomført en første kartlegging på våre to arbeidsplasser ser vi at funnene våre er ganske like, til tross for at vi arbeider i to svært ulike kommuner, en stor kommune med flere ressurser og en liten kommune med mer begrensede ressurser som krever tettere samarbeid på tvers av etater.

Ved oppsummering etter svarene i forpilot-intervjuene, finner vi at det er uklarerhet rundt de ulike oppgavene en psykiatrisk hjemmetjeneste i kommunen skal utføre. Manglende rolleklarhet og struktur er et felles trekk for våre utfordringer.

Vi bestemte oss derfor å undersøke nærmere om vi kunne finne en felles løsning som ville gagne våre to kommuner.

#### ***4.2 Undersøke funn fra forpilot***

For å få belyst problemstillingen enda grundigere, inviterte vi til samtale med seks nye fagpersoner. Fire ledere for ulike psykiatriske hjemmetjenester og to saksbehandlere fra forvaltning psykisk helse. Spørsmålene lød som følger:

- Hvordan påvirkes din tjeneste av utydelige rolleavklaringer og manglende struktur?
- Går dette ut over (dine) ansatte eller brukere?

Informantene svarer at de kjenner på presset på antall nye brukere som får tildelt tjenester. Noen sitater som kom frem, er som følger:

*«Personalet er opptatt av at kriteriene er uklare. Hvem skal ha bistand? Vi opplever at vi må smøre tynnere, når vi har stadig flere brukere, og dette går direkte utover brukerne».*

Etter å ha intervjuet ulike ansatte ble det tydelig at det var et stort behov for mer struktur i tildeling av tjenester.

Parallelt med vår prosjektoppgave på BI, formidlet vi våre funn til etatsledelsen og kommunalsjef. Dette var utfordringer som var kjent og i den forbindelse ble det opprettet en arbeidsgruppe. Vi inviterte oss inn i denne prosessen.

Mandatet for gruppen var at denne skulle se på muligheten for å få laget tildelingskriterier for hvem som har rett på helsehjelp, hvem som skal ha lavterskeltilbud og evt hvem som ikke skal få tilbud fra denne tjenesten. Gruppen består av 9 personer som jobber i psykisk helse i ulike nivå.

#### **4.3 Funn etter workshop nr 1**

Vi brukte A3 etter LEAN metodikk for å finne forbedringsområde og rotårsak til utfordringene. Gjennom A3 ble nåsituasjonen på de ulike avdelingen som var representert i arbeidsgruppen, belyst. De fleste ytringene handlet om følgende to områder:

##### 1. Endringer i søkermassen:

*«Det vi ser er at søkermassen har endret seg veldig» «Det er behov for bedre kompetanse i forhold til nye utfordringer med nye brukere» «Mer komplekse saker. I dag har vi en mer variert brukermasse som krever ulik kompetanse».*

##### 2. Rolleavklaring:

*«Har kjent på endringene og uklarheten som er rundt kriteriene. Det er utfordrende at det ikke er klare kriterier. Ser at flere kanskje ikke burde hatt vedtak. Det er viktig å følge lovverket om hva kommunen skal utføre i forhold til den. Hva må vi tilby av tjenester?» «Det er utydelig hva tjenestebrukeren kan klage på i et vedtak»*

Samtlige i arbeidsgruppen gir tilbakemelding på at manglende tildelingskriterier er en utfordring. For å kunne løse denne utfordringen ønsker vi å finne rotårsakene.



Vi følger LEAN metodikken og spør hvorfor 5 ganger på flere ulike påstander, som for eksempel:

Påstand: Vi drukner i arbeid	
1.Hvorfor drukner vi i arbeid?	Fordi: Vi har for mye å gjøre
2.Hvorfor har vi for mye å gjøre	Fordi: for mange får tildelt tjenester
3.Hvorfor får for mange tildelt tjenester	Fordi: Ingen vet hvem som har krav på tjenester
4. Hvorfor vet ingen det	Fordi: Ingenting definerer klart hvem som har krav på tjenester
5.Hvorfor er ingenting definert	Fordi: Vi mangler tildelingskriterier

Hvert «hvorfor» gir flere svar. Og vi hadde flere påstander og 5x hvorfor, som gav flere funn. Men med en samlet enighet i gruppen valgte vi å gå nærmere inn på en løsning om å lage tildelingskriterier.

Etter funn av rotårsaker ble vi enig om å utarbeide egne tildelingskriterier som er tilpasset våre to kommuner. Vi så på mulige konsekvenser av å ikke utforme tydeligere tildelingskriterier. Følgende ytringer ble uttalt:

For bruker	For ansatt
Kan oppleve å ikke få riktige tjenester	Usikkerhet og utrygghet i forhold til tjenesteutøvelsen. Fare for å kunne gå utover vedtakets rammer. Vanskelig å fatte riktig beslutning.
Det kan bli ulikheter i tjenestetilbudet	For stor arbeidsmengde og far for turnover i stillingene
Kan føre til dårligere tjenester for de som trenger det mest pga dårlig ressursbruk.	Mindre mulighet for å øke kompetansen og fare for faglig trøtthet.
Manglende mulighet for rett klagegang	Negativt samarbeidsklima da det gjentatte ganger diskuteres om en bruker har rett på tjeneste eller ikke
Kan skape falske forventninger om tjenester	Det skapes uriktige forventninger for hva en ansatt skal utføre av tjenester

Kan føre til at en opprettholder et hjelpebehov som kanskje ikke er reelt.	Unødvendig bruk av tid for de ansatte i forvaltningstjenesten
	Sløsing med tid mellom ansatte og samarbeidspartnere og generelt unødvendig tidsbruk.
	Manglende opplevelse av kontroll. For stor grad av individuell vurdering

Funnene etter workshop nr 1. viser at det er behov for tydelige tildelingskriterier for våre tjenester.

#### ***4.4 Funn etter fokusgruppeintervju nr 1***

For å sjekke ut om våre teorier om utfordringer og mulige løsninger, ønsket vi å få innspill fra de ansatte i oppfølgingstjenestene.

Vi tok med funnene fra workshop 1 til fokusgruppeintervjuet.

Dialogen i gruppen bar preg av en opplevelse av større press på tjenestene.

For eksempel var det en som sa:

*«Vi har for mange tjenestebrukere som skal ha del i våre begrensede ressurser»*

Tema engasjerte gruppen og utsagn som:

*«dagens situasjon oppleves frustrerende, vi har mer komplekse brukersaker/tyngre problematikk, tydelige tildelingskriterier ville hjulpet masse også forhold til innhold i vedtak, lengde på vedtak og klagemuligheter»,*

videre ble det formidlet en opplevelse av manglende dialog mellom tjenestene og forvaltningsenheten. Det er uklart hva som skal utføres av tjenester.

Oppsummering av funn som kom fram i fokusgruppeintervjuet var bekreftelse av at også denne gruppen ønsket et tydeligere tildelingskriterie-verktøy.

#### ***4.5 Funn etter Workshop nr 2***

Vi tok med oss disse innspillene til workshop nr 2.

Ulike synspunkter ble drøftet frem og arbeidsgruppen virket enige og samstemte om å lage foreløpige tildelingskriterier. Noen utrykte nærmest glede:

*«endelig har vi kommet frem til noe konkret». «Dette blir bra» «Lite rom for misforståelser her». «Gleder meg til å høre hva de ansatte i psykiatrisk hjemmetjeneste vil si»*

Følgende kriterier ble utarbeidet:

Kriterier for tildeling av tjenester	Eksklusjonskriterier	Unntak fra eksklusjonskriterier
Må være over 18 år	Lettere til moderate psykiske helseplager. De som kun er i behov av et lavterskeltilbud	Personer med autismespekterforstyrrelser
Alvorlig psykisk helseproblem med betydelig nedsatt funksjonsevne	Kan benytte seg av multidose utenfor er våre tjenester	Medisinadministrering
Lavterskeltilbud må vurderes først	Er i behov for behandling i spesialisthelsetjenesten	Koordineringsansvar, med eller uten individuell plan.
Helsehjelpen må være nødvendig og søker må være i behov av bistand for å mestre eget liv	Under 18 år	
Bruker samtykker og deltar etter evne i egen bedringsprosess/ recovery		
Tjenesten må føre til endring eller stabilitet		
Tjenesten må være forsvarlig og psykiatrisk hjemmetjeneste må være rett tilbyder.		

#### **4.6 Funn etter Fokusgruppeintervju nr 2**

Vi presenterte disse foreløpige kriteriene for den samme fokusgruppen, og fikk nye innspill:

*«dette er jo altfor lite konkret og vil ikke føre til noen endring, Skal ikke det stå at bruker må kunne nyttiggjøre seg hjelpen? Hvem skal avgjøre det?»*

Etter flere innspill og diskusjoner i fokusgruppen, ble det enighet om at tildelingskriteriene må være mer konkret.

#### **4.7 Funn etter Workshop nr 3**

I workshop nr 3. arbeidet vi med å tydeliggjøre tildelingskriteriene på bakgrunn av tilbakemeldingene vi hadde fått. *«En av de ansatte i gruppen uttrykte «kan ikke vi bruke sammen om mestring som utgangspunkt?».*

«Sammen om mestring» er en veileder fra Helsedirektoratet om lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Vi ble enige om at brukerne som kom inn under hoved forløp nr 2 og 3 var de som skulle få vedtak på våre tjenester. Forløp 1 ville få lavterskeltilbud. Lavterskeltilbud krever ikke vedtak og kan for eksempel være gruppetilbud, aktivitetshus, rask psykisk helsehjelp, kurs i depresjonsmestring m.m.

I sammen om mestring deler de oppfølging inn i tre hoved forløp:

*«Hoved forløp 1: milde og kortvarige problemer*

*Hoved forløp 2: kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser*

*Hoved forløp 3: alvorlige langvarige problemer/lidelser»* (Helsedirektoratet, 2014, s.48)

Arbeidsgruppen var ikke ensartet i oppfatningen om at dette ville være gode tildelingskriterier for våre tjenester. Enkelte i arbeidsgruppen mente disse kriteriene ville være for strenge:

*«Hva om vi gav avslag på tjenester til noen som egentlig hadde behov for hjelp? I verste fall kunne det gå ut over liv og helse. Hvem skulle da stå ansvarlig? Den stakkars saksbehandleren som hadde gitt avslag?»*

Disse uenighetene gjorde oss oppmerksom på at vi var usikre på om vi handlet i tråd med lovverket. Derfor ble vi i workshop 3 enige om at vi skulle kontakte andre kommuner for å sammenligne det vi hadde kommet frem til og om de hadde utarbeidet egne rutiner.

Vi kontaktet statsforvalteren for å få bekreftelse på at vi handlet innenfor gjeldene lovverk og gjeldene krav til forsvarlighet. Gruppen var veldig tilfreds med denne workshopen da to store funn ble avdekket. 1. Tildelingskriteriene var ennå ikke tydelig nok. 2. Vi var usikre på om vi handlet innenfor gjeldende lovverk.

#### ***4.8 Funn etter Workshop nr. 4***

Vi samlet informasjonen som deltakerne i arbeidsgruppen hadde innhentet siden sist. Brukerne som kom inn under hoved forløp nr 2 og 3 i sammen om mestring, var de som skulle få vedtak på våre tjenester. Det var stort engasjement i arbeidsgruppen, da vi diskuterte tilbakemeldingene fra statsforvalteren. Vi ville ikke få tilbakemelding på om vi handlet innenfor lovverk eller ei, og kommunen måtte selv vurdere forsvarlighet ift hvilke tjenester som skal tilbys.

*«Det vakkje mykje hjelp i statsforvalteren!, Ekkje de her for å rådgji og hjelpe oss? Kem kan vi då spørre? Skal ingen stå ansvarlig?»*

#### ***4.9 Funn etter Fokusgruppeintervju nr 3.***

Vi informerte om funnene i workshop nr 4. og svar fra statsforvalteren.

Funnene etter fokusgruppeintervju nr 3, var bred enighet om at disse tildelingskriteriene ville hjelpe oss til å bedre tjenesteflyten. De ville tydeliggjøre målgruppen for våre tjenester og det ville bli enklere å kommunisere dette til samarbeidspartnere. Samtidig var det enkelte som uttrykte frustrasjon over svarer fra statsforvalteren: *«ka skjjer? Skal de bare gi oss smekk på fingren når vi gjør noe galt og ikke hjelpe oss i forkant, når vi ber om det?»*

Denne tjenstedesign- prosessen viser oss at det ikke er uproblematisk å utarbeide tildelingskriterier. Vi ble derfor enig om at forslaget som ble utarbeidet i workshop nr 3, skulle sendes til godkjenning til styringsgruppen. (Styringsgruppen= etatsledelsen)

## 5 Diskusjon

### 5.1 Helseøkonomi

Et gjennomgående tema i funnene våre, er opplevelsen deltagerne har av at ressursene ikke er tilstrekkelig målt opp mot pågangen av brukere. Da er det relevant å diskutere funnene opp mot begrepet effektivitet. Indre effektivitet deles i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet. Kostnadseffektivitet handler om hvor store ressurser som allokeres til en type produksjon (i vårt tilfelle produksjonen av helse). Dermed er denne delen av indre effektivitet bestemt lenger opp i det kommunale systemet enn det nivået vi har innflytelse over.

Teknisk effektivitet derimot, omhandler hvordan man utnytter de tildelte ressursene, og dette er sentralt i arbeidet vi har gjort her.

Et annet gjennomgående funn er at deltagerne opplever suboptimal teknisk effektivitet i tjenesten sin. De opplever å få brukere som ikke kan dra nytte av tjenesten som ytes, og at det er vanskelig å avslutte tjenesteytingen når man ikke lenger nødvendigvis har nytte av den.

Dette påvirker også den ytre effektiviteten, som omhandler måloppnåelse, og det er klart at hvis man bruker ressurser på brukere som man ikke ser har nytte av tjenesten, produserer man heller ikke gode helsetjenester, og har dermed redusert ytre effektivitet.

Det blir jo ganske tidlig klart at verktøyet som trekkes frem i funnene våre er et ønske om klarere tildelingskriterier, for bedre å avklare roller i den kommunale helsetjenesten, og for å effektivisere helseytingen. Ved utarbeidelse av tildelingskriterier, er begrepet *rettferdighet* vesentlig.

Også når det gjelder rettferdighet, ligger det i aller høyeste grad føringer fra politisk hold. Disse fremkommer både i form av lovverk, som *Helse- og*

*omsorgstjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Forvaltningsrettighetsloven, og i form av mer detaljerte føringer, som veiledningen Sammen om mestring. Sett i forhold til teoridelen, omhandler lovverket særlig rettferdig fordeling. Denne fordelingen faller antagelig i stor grad inn under *Egalitarisme*, da rettigheter etter loven omhandler hele befolkningen. Så snakkes det selvfølgelig om behov, og da beveger man seg i praksis et skritt bort fra dette prinsippet, selv om alle i teorien kan få et behov på et tidspunkt.*

Når man kommer lenger ned i hierarkiet, ser det ut som om det er en dreining mot *Utilitarisme*. Rett og slett fordi det ikke fordeles nok ressurser til å opprettholde egalitarismen. Man blir tvunget til å vurdere tjenestene i forhold til grad av behov og mulighet til å nyttiggjøre seg tjenestene. Dette er et viktig moment i veilederen *Sammen om mestring*.

Når vi da kommer ned på det nivået vi arbeider i, og må forholde oss til gitte rammer, både økonomisk og lovmessig, må man altså balansere disse to ytterpunktene: alle har rettigheter, men bare noen har behov for- og nytte av tjenestene vi yter. Nå er vi nede på prosedyrenivå. Vi har forsøkt å utarbeide prosedyrer for tildeling av tjenester, og opplevde jo underveis i workshopene at det blir stilt spørsmål rundt de fleste dimensjonene i forhold til rettferdige prosedyrer.

Når tildelingskriteriene er for vage, blir det vanskelig å oppnå konsistens og upartiskhet. Utydelige kriterier gir for mye rom for subjektive vurderinger. Vi ble nødt til å tydeliggjøre kriteriene og gjøre dem mer håndfaste. Dette påvirker da også prinsippet åpenhet og klagemuligheter i positiv retning. Det blir lettere å se hvilket grunnlag et vedtak er fattet på, og dermed også lettere for brukeren å vurdere om det finnes grunnlag for å klage på vedtaket.

Et moment som ikke er tydelig definert i våre tildelingskriterier, er måloppnåelse. Dette blir en prosedyre som kommer i fortsettelsen av det praktiske arbeidet. Kriteriene omtaler at brukeren må kunne gjøre seg nytte av tjenesten. Dette defineres gjennom å lage tydelige mål og å måle i hvilken grad målene blir oppnådd. Dette vil igjen bidra til rettferdig fordeling når man skal vurdere om brukeren skal fortsette å motta tjenesten? Dette er også et moment som blir trukket frem i funnene våre: det ble påpekt at det kan være vanskelig å avslutte brukere

man oppfatter ikke har nytte av tjenesten, nettopp fordi det ikke er definert tydelige mål eller måleverktøy.

### **5.2 Ledelsesperspektiver:**

Øyvind Lund Martinsen ( 2021) , skriver om å gi arbeidet *retning*

Lederskapet skaper visjoner og strategier, som beskriver hvordan en virksomhet, burde utvikle seg på lang sikt.

Manglende tildelingskriterier og manglende tydelighet på hvem som skal motta våre tjenester, bidrar til at tjenesten ikke har en visjon å navigere seg etter.

Når de som arbeider i våre psykiatriske hjemmetjenester ikke har en felles retning å bevege seg mot, eller en felles visjon, begynner de ulike ansatte å komme med forslag til hvordan man kan best mulig gi og skape et tilbud til *alle* pasientene man har fått tildelt. Før man vet ordet av det har man laget et tjenestetilbud til en brukergruppe som egentlig ikke har rett til vedtak på våre tjenester. Dette nye tilbudet er et godt tilbud som oppleves som et viktig tiltak både for brukerne og de ansatte.

De ansatte bruker plutselig mer tid til de som ikke har rett på vedtak. Her viser det seg at det blir vanskelig å vurdere objektivt og skille mellom ønske og behov.

Både manglende visjon og strategi og manglende retning, gjør at personalgruppen spriker. Dette kan føre til unødvendig støy og tid brukt på diskusjoner blant de ansatte.

Enkelte bruker lang tid på å følge opp pasienter de egentlig ikke skulle hatt. De ansatte får en relasjon til pasienten og flere og flere problemområder avdekkes.

Det blir vanskelig for den enkelte terapeut å avslutte. Det blir diskusjoner i personalgruppen om hvem som prioriterer riktig og hvilke brukere som burde vært avsluttet.

Dersom de ansatte hadde vært omforent om hvilken brukergruppe man skal serve og organisasjonen hadde hatt en tydelig visjon som rettesnor, ville det vært mer sannsynlig at tiltakene som ble opprettet og foreslått, ikke ble stanset.

De ansatte ville ikke foreslått tiltak for verken kompetanseheving eller opprettelse av tilbud til de brukerne som befinner seg i Hoved forløp 1. Hoved forløp 1 krever en type spisskompetanse, mens Hoved forløp 2 og 3 krever en annen type spisskompetanse. Bruker de ansatte ressurser på opplæring og oppfølging av brukere i Hoved forløp 1, vil spisskompetansen de opprinnelig skulle hatt på



Hoved forløp to og tre, vannes ut. Her ser vi at rolleklarheten ikke er tydelig nok og det blir vanskelig for den enkelte leder å prioritere ressursene på en god måte. Ved hjelp av tildelingskriterier, hadde de kanskje vært spart for å gi en midlertidig oppfølging.

### ***5.3 Ytringsklima***

Metodene vi har brukt, med intervjuer, workshops og fokusgrupper, kan sies å være første del av det å skape et positivt ytringsklima, nemlig å invitere til å ytre seg. Samtidig vil verdien av våre funn påvirkes av hvor godt dette ytringsklimaet er. Her er det et par aspekter som både taler for og imot prosessen vår. Vi har laget relativt små grupper. Dette forebygger tilskuereffekten.

Samtidig besto gruppene til dels av deltagerer som ikke kjente hverandre eller jobbet sammen til dagen. Dette var jo ønsket fra vår side, for å få forskjellige perspektiver inn i gruppen. Samtidig kan det ha påvirket den psykologiske tryggheten i gruppen. Som nevnt i teoridelen, er psykologisk trygghet en prosess som utvikler seg over tid, og de forskjellige gruppene vi satt sammen var nye konstellasjoner.

På den annen side var vi selv en fellesnevner for deltagerne, og kunne forhåpentligvis dra nytte av den psykologiske tryggheten vi allerede hadde opparbeidet med den enkelte deltager. Den store variasjonen av deltagerer, fra ganske nyansatte til svært erfarne, kan potensielt også gi en dynamikk der noen føler seg mer utrygge, mens andre kanskje heller mot overtrygge.

Våre funn gir inntrykk av stor enighet i behovet for tydeligere rollefordeling og definerte tildelingskriterier. Vi tolker denne enigheten som en bekreftelse på at disse behovene er reelle. Samtidig må vi være observante på at vi kan gå i bekreftelsesfellen. Vi har jo gått inn i dette arbeidet med en oppfatning av at dette behovet eksisterer, og opplever at prosjektet vårt bekrefter denne oppfatningen. Det er jo også en mulighet at vi som ledere opplever ytringsklimaet i gruppene som bedre enn det faktisk er, og at et mindre bra ytringsklima i gruppene våre har ført til at ingen har vært trygge nok til å uttrykke andre synspunkter. På en annen side kan en tenke at ytringsmiljøet er trygt da det kom tilbakemelding om misnøye over de første tildelingskriteriene som ble utarbeidet.

I det videre arbeidet kan vi bygge videre på den psykologiske tryggheten i våre respektive organisasjoner, gjennom å levere konkrete endringer gjennom vårt prosjekt. På denne måten vil vi vise at vi verdsetter de ansattes ytringer, etter at vi nå først har invitert til ytringer, og siden vært åpne og tilgjengelige for disse ytringene.

#### **5.4 Innovasjon**

Når vi går i gang med en innovasjonsprosess tenker vi at det er essensielt at endringen blir vurdert som nyttig for de berørte.

Hoholm (2015) KS Innovasjon Norge, og flere andre, definerer innovasjon som «nytt, nyttig og nyttiggjort. Kriterier for tildeling av psykiatrisk hjemmetjeneste vil være et *nytt* verktøy både for forvaltningsenheten som fatter vedtak for tjenesten, men også for de ansatte som skal utføre og evaluere den. Det vil være nytt å ikke ta del i en individuell og skjønnsbasert faglig vurdering og vil kreve omfattende informasjon til både ansatte, samarbeidspartnere og brukere om dette nye verktøyet som skal tas i bruk. Det vil være nyttig for forvaltningsenheten som skal tildele, også være nyttig for de ansatte og brukerne. De ansatte vil kunne spisse sin kompetanse, ha en bedre forståelse for hvem som skal få vedtak, og hva de skal evaluere utfra. Vi tenker oss at dette også vil være nyttig for brukeren, som får en forståelse for hvem som er i målgruppen for denne tjenesten.

Kværner (2020) beskriver viktige prosesser når en designer en tjeneste blant annet: Begrepet designtenkning «handler om å sette menneskene i sentrum og prøve å forstå hvilke behov de har. Det innebærer å sette prosessene vi arbeider med, foran hypoteser og vedtatte sannheter. Designtenkning retter oppmerksomheten vår mot identifisering av behovet aller først.» når man går i gang med å designe eller endre en tjeneste, med lang tradisjon for skjønnsbasert faglig vurdering, er det med grunnlag i hva de ansatte oppgir som behov for endring. Den er ikke først og fremst initiert av en ledelse som ønsker bedret ressursutnyttelse, men ansatte som beskriver at de drukner i mengde arbeid, og vet ikke helt hvilken retning man skal ta. «Å lede endringsprosesser er en av de viktigste og vanskeligste ledelsesoppgavene.» «Effektiv lederskap er nødvendig for å revitalisere en organisasjon og lette tilpasninger til et miljø i forandring.» (Martinsen, 2021, s. 267)

Øyvind Lund Martinsen (2021) skriver om endringer i organisasjoner og hvordan man kan lykkes med å gjennomføre store endringer:» Omfattende endringer i en organisasjon krever en prosess med utprøving og læring,». (s.267). Vi tenker oss at innovasjonsprosessen de ansatte skal igjennom med å forholde seg til tildelingskriterier, er kjærkommen. Det at de ansatte, samarbeidspartnere og brukere har uttrykt behov for endring, er et godt utgangspunkt for de som skal lede endringsprosessen.

«En viktig del av Lean-start -up er å starte med ideen vi tror på og spørre oss frem, lage et minste brukbare produkt. Dette produktet bruker vi til å innhente erfaringer fra fremtidige kunder. Og lære mer om hvordan produktet kan utvikles og forbedres. Både designtenkning, design sprint, Lean-start-up og programmer for skalering representerer prosessbasert læring: endring skjer gjennom omfattende forankringsarbeid. For at kunnskap skal kunne komme til nytte, må de som berøres av forandringen forstå» Vi tenker at Lean-metodikken vi har benyttet, har fått frem de ansattes stemme og involvering. Vi opplevde at de ansatte var engasjert i tematikken og at de ansatte kom frem til en felles forståelse for utfordringer vi står overfor, ved hjelp av A3 5 x hvorfor.

## 6 Konklusjon

Vi som ledere av psykiatrisk hjemmetjeneste, opplevde en tendens til at våre ansatte hadde et høyt arbeidspress. Dette kom til uttrykk som frustrasjon og usikkerhet. Vi ønsket derfor å se på om innovasjonsarbeid kunne hjelpe på situasjonen de ansatte stod i og hvilke faktorer som var viktige i den prosessen. Vi intervjuet bredt, hadde workshop og fokusgruppeintervju. Vi kom frem til at det var lav rolleklarhet og lite tydelighet i ressursfordeling i våre tjenester. Vi definerte følgende problemstilling;

*Hvordan kan ulike faktorer ha betydning for innovasjon i psykiatrisk hjemmetjeneste.*

I dette utviklingsprosjektet ønsket vi å arbeide med å få på plass tydeligere og bedre tildelingskriterier for våre tjenester. Vi tenkte at det vil ha stor innvirkning for de ansatte som skal utføre tjenestene, de som skal tildele og evaluere tjenestene, samt tjenestemottakerne som vil få et tydeligere bilde på hvem som er i målgruppen for våre tjenester og hvilke lovkrav de har.

Gevinstavtrykket, (se vedlegg 1.) etter å ha gjennomført prosjektet er uendret. Vi ser at vi vurderer at tydelige tildelingskriterier vil føre til de samme gevinstene som antatt tidligere i prosessen. Ut ifra gevinstavtrykket ser vi at det er en overvekt av positive resultater av å systematisere kriterier for tildeling av tjenester. Det er midlertidig noen faktorer som en bør være oppmerksom på. Spesielt kan systemet gjøre at innsøkingen blir rigid, dette kan føre til ulempe både for pasient og pårørende. Det kan også føre til hull i hjelpesystemet når det blir klare avgrensinger for hva det kan søkes hjelp for.

Vi ble overrasket over å finne at rigide og klare tildelingskriterier for en kommune ville ikke nødvendigvis fungere for en annen kommune, uten justeringer og tilpasninger. Vi har dermed fått en større forståelse for at lovverk og veiledere for helsetjenester er rundt og uklart formulert. Vi finner at det er ikke så enkelt å lage tildelingskriterier for våre tjenester. Det finnes ikke to streker under svaret og vi får kun noen vage retningslinjer fra statsforvalter og helsedirektoratet. Det å skulle lage retningslinjer for hvem som skal få avslag på våre psykiatriske hjemmetjenester er vanskelig å ta ansvar for. I tillegg er det enda vanskeligere for en små-kommune med få ressurser å skulle innføre strenge kriterier for hvem som skal få tilbud om våre tjenester, når de ikke har noen andre tilbud å henvise til.

Vi har lært at før man setter i gang en endringsprosess er det viktig å undersøke de forskjellige perspektivene, i denne sammenheng, de ansatte, for å få til et godt utgangspunkt for endring. Vi erfarte at de ansatte var engasjert og takknemlig for å bli hørt og få påvirkningsmulighet til egen hverdag og felles retning for tjenesten. Vi har lært å bli mer bevisst på egen rolle inn i slike prosesser. Det at vi står i en maktforskjell til våre ansatte er noe vi har hatt med oss i samtaler. Vi har snakket sammen utenfor arbeidsgruppene om vi har gått i bekreftelses-fellen. Det har vært lærerikt for oss som er ledere å jobbe gjennom et design-prosjekt, hvor vi ikke skal styre innholdet, men kun lede prosjektet i riktig retning. Det var de ansatte som sammen med oss kom frem til løsning i fellesskap. Det var nyttig for oss som ledere, å kjenne på hva det gjorde med oss da vi ikke skulle ha kontroll over utfall. Vi tenker at det også var nyttig for de ansatte, slik at de ikke bare kunne komme til lederne for å få svar og løsning på en utfordring.

I fremtidige utviklingsprosjekter er det nyttig for oss å sette av god nok tid til undersøkelsesprosessen, slik at alle stemmer blir hørt før en går i gang med en endring. Vi må invitere til ytring, være tilgjengelig og lytte til ytringen og verdsette ytringene. Søkelys på ytringsklimaet vil være avgjørende for gode prosesser.

Denne innovasjonsprosessen vi har gjennomført er ikke endelig. Vi har ikke kommet frem til en endelig løsning, men må hele tiden prøve ut, justere og evaluere. Vi avventer svar fra styringsgruppen og dersom disse foreløpige tildelingskriteriene blir prøvd ut fremover må vi være villig til å være kritisk overfor vårt eget produkt. Vi må innhente tilbakemeldinger fra flere aktører som har blitt utelatt i denne prosessen. Vi må invitere samarbeidspartnere som for eksempel fastleger, DPS, brukerrepresentanter til å være med å evaluere de nye kriteriene.

## LITTERATURLISTE:

Dysvik A, & Kuvaas B. ( 2020). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser, evidensbasert HRM. (4. utg.)*Fagbokforlaget.

Forvaltningsloven, (2019). Lov om behandlingmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10). Lovdata. [Lov om behandlingmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\) - Lovdata](#)

Helsedirektoratet, 2014, *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, . IS-2076 Oslo mars 2014.*

Helse og omsorgstjenesteloven (2021)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30).

Lovdata. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Hoholm T, 2015, *Innovasjon og innovasjonsledelse i Alna bydel*,Notat utarbeidet for Alna bydel v.\*2015, upublisert notat.

Kværner K.J, 2020, *Hjernemysterier, å lede seg selv og andre, (1.utg.)* Fagbokforlaget.

Martinsen, Ø L. 8 (2021) *Perspektiver på ledelse.( 5.utg.)* Gyldendal

Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9.utg.). Gyldendal.

NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenster.* [NOU 2018: 16 - regjeringen.no](#)

Olsen, J A. ( 2006). *Helseøkonomi: effektivitet og rettferdighet* ( 9.utg). Cappelen.

Oppen, M., Mørk, B. E. & Haus, E. (2021). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag:En introduksjon.*Cappelen



## VEDLEGG 1: Gevinstavtrykk

