



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)		

Navn:

Rebecca Møller, Aslaug Murberg

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Psykt bra samarbeid på tuers		
Navn på veileder *:	Tonje Hungnes		
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:	Nei	Kan besvarelsen offentliggjøres?:	Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	16
Andre medlemmer i gruppen:	

Prosjektoppgave
ved Handelshøyskolen BI

- Psykt bra samarbeid på tvers -

Eksamenskode og navn:
MAN 51181 – Helseledelse

Utleveringsdato:
05.09.2022

Innleveringsdato:
26.05.2023

Stuedsted:
BI Oslo

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN	1
1.2	PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNINGER	4
1.3	LESEVEILEDNING.....	5
2	FAGLIGE PERSPEKTIVER	5
2.1	NASJONALE OG LOKALE FØRINGER SOM ER RELEVANT FOR PROBLEMSTILLINGEN	5
2.2	SAMARBEID PÅ TVERS	7
2.3	Å LEDE I ENDRING	8
2.4	PSYKOLOGISK TRYGGHET OG MESTRINGSKLIMA	12
2.5	OPPSUMMERING	14
3	METODE	15
3.1	DATAINNSAMLING.....	15
3.1.1	<i>Semistrukturerte intervjuer</i>	16
3.1.2	<i>Tjenesteflyt</i>	17
3.1.3	<i>Workshop</i>	18
3.1.4	<i>Fagdag</i>	21
3.1.5	<i>Gevinstavtrykk</i>	21
3.2	ANALYSEPROSESSEN	22
3.3	REFLEKSJONER OVER STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT FREMGANGSMÅTE.....	23
3.4	ETISKE BETRAKTNINGER	24
4	FORSØK OG FUNN	25
4.1	FORANKRING.....	25
4.2	FUNN INTERVJU	25
4.3	FUNN TJENESTEFLYT	27
4.4	FUNN WORKSHOP	29
4.5	FUNN FAGDAG.....	30
5	DISKUSJON	31
5.1	SAMARBEID PÅ TVERS	31
5.2	Å LEDE I ENDRING	32
5.3	PSYKOLOGISK TRYGGHET OG MESTRINGSKLIMA	36
6	KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	39
	REFERANSELISTE	41
	VEDLEGG 1	43
	VEDLEGG 2	44

SAMMENDRAG

Dette er en prosjektoppgave skrevet i tilknytning til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på Handelshøyskolen BI. Prosjektoppgaven skrives av to helseledere i Helse- og omsorgstjenesten i Alta kommune – en kommune i utvikling. Tittelen på oppgaven er «*Psykt bra samarbeid på tvers*» og problemstillingen er følgende: «*Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet for Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne i prosessen?*»

Bakgrunn for oppgaven baseres på vår oppfattelse av at samtlige tjenester i vår kommune jobber silobasert, mangler struktur og i flere tilfeller fraskriver seg ansvar i komplekse pasientforløp. Vi har avgrenset oppgaven til å gjelde virksomhet for Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, og samhandlingen på tvers av disse. På bakgrunn av oppgavens omfang har vi valgt å utelate brukerperspektivet.

Vi har benyttet en kvalitativ med abduktiv tilnærming. For å identifisere utfordringsbildet i innledende fase, ble det gjennomført intervjuer av medarbeidere på tvers av nevnte virksomheter. Forsøkene vi har gjennomført for å utforske dette nærmere er tjenesteflyt, workshop og fagdag.

Vi vil gi en overordnet innføring i nasjonale og lokale føringer som er relevant for problemstillingen. Teori rundt lederrollen og det å lede i endring gjøres rede for. Videre presenteres temaene samarbeid på tvers, psykologisk trygghet og mestringsklima.

Hovedfunnene viser at en nærmest ikke-eksisterende samhandling mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester har bydd på utfordringer rundt arbeidet som skal gjøres rundt felles pasientgruppe. Utarbeidelse av en felles samhandlingsrutine og gjennomføring av månedlige fellesmøter har bidratt til bedre kvalitet på arbeidet, hvor utfordringer blir drøftet og intern veiledning blir gitt dersom behov. Samarbeidsklimaet blant medarbeiderne er blitt bedre, og terskelen for å ta kontakt med hverandre er blitt lavere. Erfaringen vi som ledere sitter igjen med tilsier at småskrittsforbedringer er effektive og gir resultater ved at man aktivt går inn for å inkludere medarbeiderne.

1 INTRODUKSJON

«Medisinutlevering på helg – kaotisk og veldig tilfeldig. Vi krysser fingrene og håper det går bra!» (sitat medarbeider i Hjemmetjenesten).

Alta ble tidlig trukket frem som et eksempel i arbeidet med samhandlingsreformen og blir ofte omtalt som «Altamodellen». Dette er en modell for integrerte tjenester i en kommune uten sykehus, da det på grunn av store avstander tidlig måtte etableres gode kommunale tjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Alta kommune, 2015).

I en kommune som utad fronter en foregangsmodell innenfor samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, er det for vår del et tankekors at opplevelsen av samhandlingen mellom tjenester på tvers av organisatoriske skillelinjer er fragmenterte og preget av silotenking. Det er nettopp samhandling på tvers av kommunale virksomheter som er tema for denne oppgaven. Verdigrunnlaget til Alta kommune er åpenhet, trygghet og respekt og disse verdiene har vært med oss gjennom hele prosjektperioden.

1.1 Bakgrunn

Denne prosjektoppgaven skal belyse samarbeidet på tvers av kommunale virksomheter, i dette tilfellet virksomhet for Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester. Begge virksomhetene leverer hjemmebaserte tjenester til mennesker med utfordringer både i forhold til sin fysiske, psykiske og somatiske helse. Aldersspennet blant pasientene er fra 0-100 år. Vi ser på samhandlingen mellom virksomhetene, ser på ulike løsninger som kan være med på å styrke den, og i tillegg utdyper vi hvordan vi som ledere kan være med som bidragsytere til dette arbeidet. Målet er å endre samhandlingen til noe bedre og varig. Vi har valgt å fokusere på samhandlingen mellom sykepleiere og vernepleiere, og denne avgrensningen baseres på at det er de som i størst grad samhandler på tvers i det daglige arbeidet når begge virksomheter involveres.

Begrepet tjenesteyter vil heretter bli brukt om de som tilbyr en tjeneste. Vi velger videre å benevne tjenestemottakere som pasienter. I et ledelsesperspektiv blir arbeidstakerne kalt for medarbeidere.

Vi som skriver oppgaven, er begge ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten i Alta kommune. Vi har begge lang fartstid i kommunen, og er på bakgrunn av det godt kjent med organisasjonen i sin helhet. Som ledere i Alta kommune samhandler vi til enhver tid med mange ulike aktører, både internt og eksternt. Oppgaver fordeles og personalressurser benyttes som best de kan. Avgjørelser og beslutninger som påvirker medarbeidernes hverdag tas daglig.

Alta kommune er en kommune i stadig utvikling. Kommunen er Finnmarks største med 21 144 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2022). Geografisk er befolkningen noe spredt, men om lag 80 % av innbyggerne bor likevel både i og nær bykjernen. Det finnes en rekke viktige ressurser i kommunen utenom den menneskelige kapitalen, som består av særlig høy andel unge arbeidstakere. Ressurser som olje, gass og energi, oppdrett og havbruk, reiseliv, bergverk og mineraler, samt bygg og anlegg, landbruk, fiskeri og reindrift er med på å gjøre dette til et livskraftig samfunn langt nord.

Til tross for at en stor del av Finnmarks befolkning bor i Alta, er det ikke sykehus her. Nærmeste lokalsykehus er i Hammerfest, som ligger ca. 14 mil unna, med akuttfunksjon, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling og fødeavdeling.

Det har vært et omfattende omorganiseringsarbeid i Alta kommune de siste årene, hvor strukturen på virksomhetene er blitt endret. Det er i dag 825 årsverk fordelt på 914 medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten. Alta kommune har gått fra å være fire til ni virksomheter, i tillegg til NAV. Det overordnede målet med omorganiseringen har vært å implementere en ny og fremtidsrettet organisering. Tjenestene skal i større grad dreies mot hjemmebasert omsorg, hvor pasienten og hverdagsmestring skal stå i sentrum. Målet har vært å utvikle et mer helhetlig pasientforløp hvor en jobber systematisk, tverrfaglig og får etablert flere teambaserte tjenester.

Alta kommune skal tilby gode og effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet (Alta kommune, 2015). Kommunedelplanen til Alta kommune synliggjør samtidig flere utfordringer som helse- og omsorgstjenesten står overfor de neste 15 år. En av utfordringene som er særlig nevnt er betydelig økning i antall pasienter med psykisk og/eller fysisk funksjonshemming, samt økte oppgaver til kommunen som følge av samhandlingsreformen, særlig innen psykiatri og rus.

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står også overfor store utfordringer i årene som kommer. Som presentert av Terje P. Hagen på forelesning om arbeidsdelingen mellom sykehusene og primærhelsetjenesten 18.10.22, vil noen utfordringer treffe hele helse- og omsorgstjenesten, mens andre vil treffe spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Statistisk sentralbyrå anslår at antall årsverk må øke med 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for disse tjenestene. Endringstakten må derfor øke og det kan kreve raske og store omstillinger (Meld. St. 7 2019-2020). Helse- og omsorgstjenesten består av formelle og uformelle aspekter. Ifølge beskrivelser i Lian (2020) vil formelle strukturer aldri lykkes i å bekjempe de uformelle. Organisasjoner kan betraktes som organismer med egne behov som utvikler forsvarsmekanismer for å opprettholde seg selv. Ut ifra denne teorien forstår vi at det er avgjørende at man som leder kjenner til kulturen og verdiene som er gjeldende for tjenesten, for å kunne skape noen form for endring. Kunnskap om egen rolle, sine medarbeidere, ulike motivasjonsfaktorer som spiller inn og individuelle behov vil derfor være avgjørende for hvor suksessfullt det blir å innføre nye tiltak.

Vi har den siste tiden kjent på et økende behov for mer strømlinjeformede tjenester. Fokuset må rettes mot internt samarbeid på tvers av ulike virksomheter i kommunen for å ivareta pasienter og deres behov på en tilfredsstillende måte. Pasienter som er utskrivningsklare på sykehus er nærmest blitt kasteballer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Internt i kommunen er det nærmest blitt en «drakamp» mellom tjenesteyterne om hvem som har ansvaret for disse. Utsagnet baseres på samtaler med medarbeidere, avviksmeldinger og nåværende status i forhold til utskrivningsklare pasienter til Alta kommune. Dette gir oss som ledere et stort ansvar og det vil kreve mer av vår måte å samhandle, samt yte tjenester på. Vi er nødt til å sette på langlysene og jobbe med utfordringsbildet som ligger foran oss. Innovative metoder må tas i bruk og vi som ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten må jobbe for å forbedre, effektivisere og styrke nåværende tjenester slik at de er rustet for fremtiden. Vi har et ønske om motiverte, trygge og lojale medarbeidere. Videre ønsker vi at oppgavene skal utføres med høy kvalitet og verdighet.

Media har henvist til flere saker den siste tiden hvor det uttrykkes stor usikkerhet blant medarbeiderne og befolkningen for øvrig i forhold til hvordan fremtiden vil se ut. Møtet mellom pasient, pårørende og tjenesteyter skal oppleves som trygt. Medarbeiderne har behov for å bli sett og hørt, få støtte fra leder når det er nødvendig og ha et handlingsrom for sin faglige utøvelse. For å klare dette må medarbeiderne ha forståelse for egne oppgaver, tjenestens ansvarsområder og ikke minst sitte med en følelse av å være trygg og føle seg verdsatt (Kvalnes, 2022).

Et sitat fra Arne Næss, nevnt av Kvalnes på samling to (19.10.22) beskriver dette så godt: «I en atmosfære av vennlighet, kan man tåle mye fra andre».

1.2 Problemstillinger og avgrensninger

Vår oppfattelse er at samtlige tjenester innen helse- og omsorgstjenesten i vår kommune jobber silobasert, mangler struktur og i flere tilfeller fraskriver seg ansvar i komplekse pasientforløp. Dette utsagnet baseres på våre erfaringer over år som ledere i Alta kommune.

Mangelfull samhandling gir utfordringer for pasienter og pårørende som sårt har behov for en koordinert og helhetlig tjeneste. Vi har valgt å se nærmere på samhandlingen mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, herunder pasientforløp som krever delaktighet av dem begge.

På bakgrunn av dette er problemstilling formulert til:

Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne i prosessen?

I arbeidet med datainnsamling ble det avdekket konkrete utfordringer i samhandlingen mellom virksomhetene. For å løse dette ble rutiner og nødvendig opplæring rundt felles pasienter et sentralt fokusområde. Vi ønsket å utforske om utarbeidelse av felles samhandlingsrutine kan styrke samhandlingen og hvordan vi som ledere kan bidra i endringsarbeid gjennom involvering av medarbeidere i arbeidet. Det er fordelaktig og verdifullt å involvere medarbeiderne i hele prosessen, da det er de som best kjenner på utfordringene (Vestergaard, 2022). Det er de som kan si noe om nåsituasjon og behovet for endringer. Dette vil i oppgaven sees opp mot leder og leders rolle i slike typer endringsarbeid.

1.3 Leseveiledning

I det følgende vil teorigrunnlaget som er relevant for problemstillingen bli presentert, etterfulgt av et metodekapittel som forteller hvilke metoder som er benyttet for innhenting av data. Vi beskriver også hvordan dataene er analysert. Videre vil gjennomføringen og funnene drøftes i lys av teori. Oppgaven avsluttes med en konklusjon med de viktigste funn og veien videre.

2 FAGLIGE PERSPEKTIVER

Med bakgrunn i temaet har vi valgt å ha fokus på følgende teorier: samarbeid på tvers, å lede i endring, psykologisk trygghet og mestringsklima. Dette er teorier vi anser som grunnleggende for å få til samhandling på tvers av virksomhetene. Ledelsesteori er også nærliggende til vår problemstilling og vi vil i underkapitlene nedenfor gå mer detaljert inn på de valgte teoriene.

2.1 Nasjonale og lokale føringer som er relevant for problemstillingen

Kommunens ansvar innen helse- og omsorgstjenester er avgjørende for å forstå grunnlaget for ansvar og praksis som vi ledere forvalter innenfor våre fagområder. Stortingsmeldingene som har vært publisert de siste 10-15 årene har i stor grad lagt vekt på at kommunene i større grad enn tidligere skal ha ansvar for pasientene. Samhandlingsreformen fra 2012 er en av dem. Bakgrunnen for reformen er kunnskap om at manglende samhandling er den viktigste grunnen til syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser er tapere i helse-Norge. Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet som er tilpasset den enkelte bruker.

Brukermedvirkning skal vektlegges i større grad, i tillegg til helsefremmende og forbyggende arbeid, habilitering og rehabilitering (Meld. St 47 (2008 – 2009). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det utviklet samarbeidsavtaler for å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Avtalene konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak, i tillegg til at de er med på å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale

samhandlingsområder. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er blitt et av flere virkemidler for å realisere reformen. Det er inngått totalt 11 tjenesteavtaler. Hensikten med tjenesteavtalene er å bidra til at pasienter i større grad skal oppleve at tjenestene er samordnet og av god kvalitet. Det skal også være en tydelighet på hvem som skal yte de aktuelle tjenestene (Helsedirektoratet, 2017).

Det har vært et paradigmeskifte innen helse- og omsorgssektoren. Man har gått fra å behandle i institusjoner til å ha fokus på å legge til rette for at de eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Antall liggedøgn på sykehus har gått ned og kommunene er pliktige til å ta imot pasientene når de skrives ut. Fremtidens helsetjenester skal utvikles sammen med pasientene og deres pårørende. De skal få mulighet til å ha større innflytelse over egen hverdag med fokus på koordinerte og helhetlige pasientforløp. For å kunne innfri disse forventningene, kreves det et stort endringsarbeid i kommunene. Dette for at det skal være mulig å oppnå målet om å levere effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Arbeidet er i gang, men krever vedlikehold og kontinuitet for å kunne innfri.

Formelle organisatoriske endringer er i seg selv ikke tilstrekkelig for å oppnå ønsket endring. Det at en reform eller endring er innført betyr ikke nødvendigvis at effekten er oppnådd. De faktiske virkningene av føringer er avhengig av hvordan organisasjonens aktører tolker og reagerer på dem. Ifølge litteraturen antas det at interne faktorer i organisasjonen har stor betydning for hvordan føringer blir mottatt.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i de sosiologiske perspektivene på organisasjonen og forstår med dette at føringer og endringer verken raskt eller uproblematisk avsetter seg i rutiner og handlingsmønstre. Organisasjoner oppfattes i perspektivet som komplekse, verdibaserte og robuste institusjoner som ofte motsetter seg endringer som er initiert utenfra (Lian, 2020, s. 166-169).

2.2 Samarbeid på tvers

Samhandling og samarbeid er for oss begrep som brukes om hverandre og kan forstås på følgende måte; å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave hvor alle parter har et ansvar for å nå et felles mål.

Som ledere kan vi være med på å utvikle samarbeidsvilje hos andre. Dette ved å vise evne til å ofre noe. Når ledere bidrar i et fellesskap som tilnærmer goder mer til andre enn dem selv, da kan en skape tillit og vennskap. Nettopp tillit er svært viktig i alle former for menneskelig fellesskap (Arnulf, 2020, s.46).

Relasjonskompetanse sier noe om relasjoner mellom mennesker og innebærer å møte hverandre med respekt. Da kan den enkeltes verdighet som menneske ivaretas. For å utvikle relasjonskompetanse kreves det arenaer for samhandling mellom kollegaer. Denne kompetansen er en viktig faktor for å kunne gi gode tjenester til pasientene (Lai, 2017). I følge Spurkeland (2017) er relasjonskompetansen avgjørende når man jobber med mennesker. Når en jobber innen helse- og omsorgssektoren er mye av jobbutførelsen basert på det mellommenneskelige, og dette kan også ha mye å si forhold til å oppnå resultater i samhandling mellom tjenesteytere og pasienter i sitt arbeid. Relasjonskompetanse kan trenes og utvikles utfra den enkeltes utgangspunkt.

Tverrfaglig samarbeid er en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulik fagbakgrunn. Fagpersonen har selv ansvaret for sin tjenesteyting og det fordrer trygghet og kompetanse i sin fagrolle. De ulike aktørenes som skal samhandle har en avhengighet seg imellom. Denne avhengigheten er sentral i samarbeidet mot et felles mål. Koordinering er dermed avgjørende for å lykkes.

Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle til enhver tid skal være samtidig til stede hos pasient. Tjenestene må være samordnet og det må sikres god og nødvendig informasjonsdeling slik at alle arbeider mot pasientens mål (Helsedirektoratet, 2017).

Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er;

- Pasientens mål og behov er grunnlaget for teamets arbeid
- Lederforankring
- Like verdier og felles forståelse av begreper
- Tydelige rolleavklaringer og forventninger til hverandre
- Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering, herunder prosedyrer
- Tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling

(Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Å lede i endring

Ledelse er å skape resultater, forstå sin rolle innenfor samarbeid og vise vei inn i fremtiden (Arnulf, 2020). Å kunne motivere til innsats er en viktig lederegenskap. Leders oppgave er å oversette organisasjonens mål og visjoner til egen avdeling, og igangsette endringer (Yukl, 2006).

Mortensen (2022) og Carlsen & Dysvik (2022a) viser i sine forelesninger på henholdsvis første og andre studiesamling til at lederadferd består av tre separate dimensjoner:

1. Oppgaveorientering: tilrettelegge for bruk av skjønn innenfor avklarte rammer og forventninger, gi tilbakemelding på utførte oppgaver, skape mestringsopplevelse og ønske om videre utvikling
2. Relasjonsorientering: bygge tillit og tilrettelegge for gode relasjoner med medarbeiderne, ta hensyn til den enkeltes mål og verdier, gjennom individuell tilpasning
3. Endringsorientering: skape et klima der det er tillatt å prøve og feile, raushet overfor medarbeiderne, takhøyde, nysgjerrighet og åpenhet for innspill og forslag

Mortensen (2022) og Carlsen & Dysvik (2022a) legger frem forskning som viser til at alle de tre orienteringene er viktige. De viser samtidig til at relasjonsorientering er grunnlaget, og dermed en forutsetning, for å kunne lykkes med de andre to. Spurkeland (2017) mener at støtte, veiledning og omtanke og en

god relasjon mellom leder og medarbeider er avgjørende for hvor motivert den medarbeideren er og dens produktivitet.

Lederstøtte som bidrar til handlekraft og selvstendighet avhenger av at oppfølgingen er godt tilpasset medarbeidernes forventninger. Det kan være viktig å være oppmerksom på at vi som ledere også vil kunne ha en opplevelse av å eie deler av sannheten på hvordan hverdagen er og hva som fungerer.

Å lede endringsprosesser er en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene. Dersom leder forstår bakgrunnen for motstanden til endringer i organisasjoner, vil leder i større grad kunne lykkes i endringene. Motstand til endringer er helt vanlig både hos det enkelte mennesket, men også i en organisasjon. Som leder må en forstå dette ved å identifisere hva motstanden handler om, og hvordan en kan snu motstanden til å bli noe positivt i endringsprosessen.

Vellykkede endringsprosesser krever både politisk og administrativ forankring. Når det først er besluttet å igangsette en endringsprosess er det viktig at man på forhånd klarer å peke ut nøkkelpersoner som er i stand til å få andre med seg. Denne nøkkelpersonen bør i tillegg være delegert en myndighet til gjennomføringsprosessen (Yukl, 2006).

Det er viktig å tydeliggjøre overfor medarbeiderne hvorfor man ser seg nødt til å gjøre endringer. Organisasjonsendringer deles opp i endring av holdninger og roller. Holdningsorientert endring handler om endring av holdninger og verdier. Bak dette er troen på at nye holdninger og ferdigheter vil påvirke medarbeiderne i positiv retning. Både i forhold til adferd, men også selve kulturen. Rolleorientert tilnærming er det å endre roller ved å endre arbeidsoppgaver, ansvarsområder, endre betingelser og prosedyrer for evaluering av arbeid. Tanken bak er at nye roller krever nye handlingsmåter, og at de nye rollene vil føre til at holdningene endres (Martinsen, 2019).

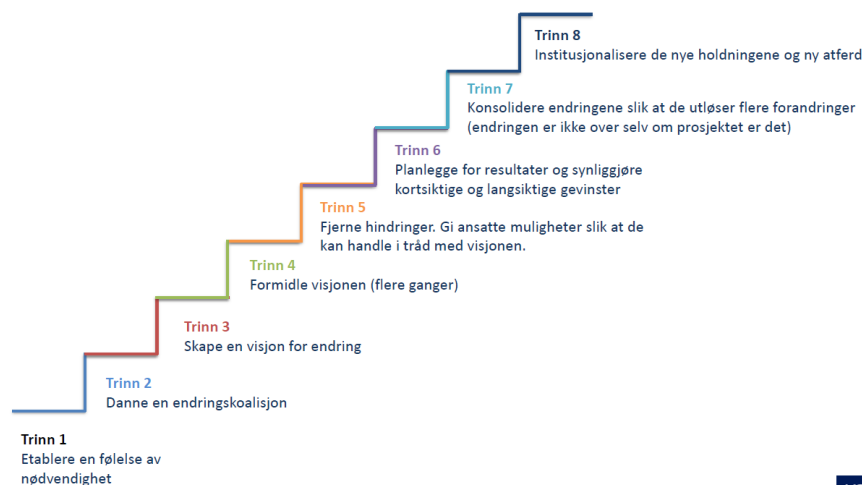
Ved å dele utfordringer opp i mindre og mer håndterbare forløp, vil det kunne være lettere for medarbeiderne å håndtere større endringer, både kognitivt og følelsesmessig. Hyppige framskritt fremmer videre medarbeidernes indre motivasjon. En inkrementell innovasjon karakteriseres ved at man bruker kort utviklingstid, og ved at nyskapningen har relativt lave kostnader. Prosessen består ofte av flere små, raske skritt der et første utkast til en arbeidsprosess testes raskt

ut i praksis og forbedres i møte med virkeligheten. I en slik prosess finner man raskt ut om hva som skal forbedres og justeres, og hva som kan droppes helt. Formålet er å skape en innovativ kultur der vi som ledere og medarbeiderne er gode til å samarbeide om raskt å utvikle, samt teste løsninger (Vestergaard, 2022, s. 15). Dette er fordelaktig for å lykkes med endring.

En av de første teoriene om endringsprosesser ble først introdusert av Kurt Lewin (1947, s. 13-14). Lewin delte prosessene inn i tre faser; oppløsning, endring og reetablering (Lewin, 1947, s. 34-35). Oppløsningsfasen er en erkjennelse på at måten man gjør ting på ikke lengre holder mål. Denne fasen kan direkte knyttes opp mot Kotters første trinn i 8-steps modellen for organisatoriske endringer (se figur 1). Endringsfasen er fasen hvor en ser etter nye måter å løse ting på, her velger man også en positiv tilnærming. I selve reetableringsfasen blir det etablert og innarbeidet en ny tilnæringsmåte. Disse tre fasene er viktige for å lykkes i endringer (Yukl, 2006).

John P. Kotter er en tidligere professor ved Harvard Business School, og blir sett på som en “guru” innenfor endringsledelse. Han har laget en tabell som illustrerer åtte ulike faser i endringsledelse; 1) etablere en følelse av nødvendighet, 2) danne en endringskoalisjon, 3) skape en visjon for endring, 4) formidle visjonen (flere ganger), 5) fjerne hindringer, gi medarbeiderne muligheter slik at de kan handle i tråd med visjonen, 6) planlegge for resultater og synliggjøre kortsiktige og langsiktige gevinster, 7) konsolidere endringene slik at de utløser flere forandringer (endringen er ikke over selv om prosjektet er over) og 8) institusjonalisere de nye holdningene og ny adferd. I følge Kotter (1996) er det viktig å følge alle fasene i tabellen dersom en skal ha en god og vellykket endring. Mange organisasjoner hopper over de fire første fasene og starter rett på fase fem. Dette kan være med på å skape enda større motstand fra medarbeiderne enn nødvendig, og i tillegg vil sjansen for å lykkes med endringene være betydelig redusert.

Kotters 8 steg for planlagt endring – steg du tar som endringsleder



Kotter, 1996



Fig. 1 Kotters modell for organisatoriske endringer

Skal medarbeidere være med på store endringer er det behov for en visjon som gir håp om noe bedre og som motiverer til innsats, selv om det kan bety at du må ofre noe. Visjon kan sees på som en rettesnor som hjelper oss mot en ny retning. En visjon skal inneholde organisasjonens formål, hvilken aktivitet man holder på med og hva man skal oppnå. En visjon skal også si noe om hvordan de du gir tjeneste til skal behandles. Det er viktig at en visjon er realistisk og noe man kan forholde seg til eller kjenner seg igjen i.

Det er viktig at man som leder er i stand til å påvirke medarbeiderne til å jobbe mot noe som innebærer endring. Målet er at medarbeideren ikke skal oppleve å bli tvunget til å gjøre endringer, men leder må uansett være klar over at det å møte motstand mot endringer, er en naturlig reaksjon. Det er et viktig poeng å oppfatte motstanden som innspill til en enda bedre prosess (Kotter, 1996).

Som leder må du også kunne forstå reaksjonene som oppstår i endringsprosesser i tillegg til å kunne stå i situasjoner som kan oppleves som både vanskelig og kaotisk. Motstand mot endring forklares av Yukl (2006) som; en reaksjon hvor mennesket ønsker å ha innflytelse på egen situasjon og verne om egne interesser. Han trekker frem manglende tillitt og tro på at endringer er nødvendige, samt uvilje mot innblanding som eksempler på motstand. En viktig lederoppgave bli å minimere og dempe frykten blant de som opplever motstand og i tillegg evne å sette seg inn i hva reaksjonene handler om.

Lai (2017) viser til at lederen må kunne lede i en kompleks hverdag, og samtidig sette i gang prosesser som motiverer medarbeiderne og kollegaer til å bidra med

sin erfaring og kunnskap. Målet er at man sammen finner frem til gode og robuste løsninger for fremtidens tjeneste, som i tillegg oppleves som gode for både pasientene og medarbeiderne. Hvilke lederegenskaper en har, vil ha betydning for hvor vellykket en endringsprosess blir. Hun sier videre at transformasjonsledelse handler om å inspirere medarbeiderne til å tro på og i tillegg følge lederens visjon, slik at de jobber for organisasjonens beste, og ikke bare ut fra egeninteresse. Forfatteren nevner videre i sin artikkel fem viktige elementer i transformasjonsledelse som bidrar til arbeidsinnsats og gode resultater; følelser, motivasjon, verdier, relasjon og rettferdighet.

Lai (2014) minner oss på tre viktige forutsetninger for å bli en «god påvirker». Bevissthet om dine og andres følelser og adferd, og hva det gjør med deg og andre. En fleksibilitet som handler om «evne og vilje» til å tilpasse seg situasjonen, samt kontroll over egen adferd og motivasjon til å påvirke, vil være avgjørende.

I forelesningen til Dysvik (2022) på andre studiesamling poengteres viktigheten av å ha kompetente og dyktige medarbeidere som opplever å få brukt sin kompetanse. Dette er viktig for opplevd indre motivasjon. Indre motivasjon handler om å få mulighet til å bruke sin egen kompetanse og kjenne glede og interesse for å kunne løse og mestre arbeidsoppgaver. Effektene av å få brukt egen kompetanse er synlig på flere områder, blant annet vil det kunne gi seg utslag i medbestemmelse, ansvarsfølelse og tilhørighet. Leder må ha en støttende adferd ovenfor sine «kunnskapsmedarbeidere», samt legge til rette for at medarbeidere kan få brukt sin kompetanse. Dette ved å ha struktur, jobbe med holdninger, tillitt og tilhørighet.

2.4 Psykologisk trygghet og mestringsklima

Kommunesektorens organisasjon (KS) har laget en guide til god ledelse. Denne guiden er rettet mot ledere i kommunal sektor. Ferdigheter som er viktige for god ledelse er å vise gjennomføringskraft, mestre styring, være tydelig i rollen som leder og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeiderne. Det er i tillegg viktig å bygge en kultur for nyskaping og læring, godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet. Gode, solide mestringsklimaer kan bidra til stor grad av tilfredshet med autonomi og tilhørighet i bunnen (KS, 2021).

Psykologisk trygghet og mestringsklima vil være to bidragsyttere til at endringer blir vellykkede. Her vil vi som ledere ha en stor rolle. Psykologisk trygghet beskrives av Edmondson som en funksjon av hvordan en oppfatter mulige konsekvenser av å ta mellommenneskelig risiko i en setting være seg arbeidsgruppe, avdeling, organisasjon etc. (Teaming, 2012, s. 146).

Videre skrives det om tre trinn av Edmondson for å få til en etablering av psykologisk trygghet (Edmondson, 2003, referert i Kvalnes 2022, s. 67);

1) Sette scenen, 2) invitere til aktivitet og 3) verdsette engasjement

Kvalnes (2022) har gått litt lengere i å beskrive disse trinnene. Et såkalt tretrinnsprosjekt som ledere kan bruke for å styrke yringsklimaet rundt seg; 1) invitere folk til å gi tilbakemeldinger, 2) være tilgjengelig for å motta og 3) vise anerkjennelse og takknemlighet når noen faktisk ytrer seg kritisk. Det er verdt å merke seg at i Edmondson sitt oppsett mangler Kvalnes sitt trinn 2, mens i Kvalnes sitt oppsett mangler Edmondson sitt trinn 1. Dette stiller store krav til ledere. Både i forhold til å motta kritikk, men også i forhold medarbeideren som skal gi tilbakemelding som ikke er positiv. I et arbeidsmiljø vil de fleste oppleve psykologisk trygghet som en positiv kvalitet ved yringsklimaet (Kvalnes, 2022, s. 67-69).

Yringsklima kan forstås med det å ta ordet og det å snakke sammen på jobb. Det være seg å gi ros og støtte, kritikk eller motstand. Dette påvirker hvordan vi deler kunnskap og informasjon med hverandre. Når noe går galt så utfordres yringsklimaet på jobb. Dette kan også betraktes som kritiske kvalitetsøyeblikk. Duttons begrep om høykvalitetsforbindelser hvor respekt og anerkjennelse er viktig for å bygge og vedlikeholde forbindelser kan en relatere til her. I den andre enden så har vi det motsatte, lavkvalitetsforbindelser hvor en tappes for energi og gruer seg for arbeidsdagen (Kvalnes, 2022, s.102).

Noe av det viktigste i denne type arbeid er likevel det mellommenneskelige møtet. Som tjenesteyter må man kunne være personlig, samt bringe både egne erfaringer og kompetanse inn i sitt arbeid. God etisk refleksjon er grunnlaget for arbeidet med relasjonsbygging. Pasientgruppen med psykiatri- og/eller rusutfordringer kan være vanskeligere å komme i posisjon til enn andre.

Stikkord som respekt, likeverd, gjensidig anerkjennelse, opplevelse av fellesskap og varme er viktige ingredienser for å lykkes (Sykepleien, 2021). Relasjonen mellom pasienter og tjenesteyter kan være viktigere enn det som blir sagt eller gjort. I nær relasjon kan tjenesteyternes kritiske tilbakemeldinger til pasienten bli oppfattet som hjelp. En svak relasjon vil kunne bidra til at samme tilbakemeldinger vil oppfattes som svært negativt og destruktivt.

2.5 Oppsummering

Teorien som er presentert i dette kapittelet er teori som vi anser som relevant for å kunne belyse funnene i utviklingsprosjektet og for å kunne svare på problemstillingen presentert i kapittel 1. Teorien vil bli anvendt i drøftingen som blir presentert i kapittel 5.

Litteraturen har vist til at ledere bør være endringsorienterte for å få medarbeiderne med på små og større endringer. Forskning viser til at oppgaveorientert-, relasjonsorientert- og endringsorientert ledelse er viktig, men viser også til at relasjonsorientering er grunnlaget og dermed en forutsetning for å kunne lykkes med de andre to.

For å få til et godt samarbeid og gode endringer er det viktig at medarbeiderne har en forståelse og motivasjon til å være med i endringene. Tjenestene må være samordnet og det må sikres god og nødvendig informasjonsdeling slik at alle arbeider mot pasientens mål. For å etablere et godt mestringsklima er det viktig at medarbeiderne opplever en psykologisk trygghet på sin arbeidsplass, der det er rom for å komme med sine meninger. Psykologisk trygghet bidrar til et godt yringsklima der det er takhøyde for at medarbeiderne kan komme med forslag, meninger og kritikk.

3 METODE

BI har gjennom lederprogrammet satt hovedrammen for prosjektoppgaven med mål om en prosess med testing, utvikling og refleksjon for å skape læringserfaring. Sammen med ulike verktøy, og faglitteratur som er blitt presentert på samlingene har vi tatt for oss metoder som vi har tro på at vil gjøre oss i stand til å besvare problemstillingen i vår prosjektoppgave.

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2012, s.110).

3.1 Datainnsamling

Ulike metoder er benyttet for å bringe frem kunnskap og for å få ny innsikt. Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode med abduktiv tilnærming i vår oppgave. En kvalitativ metode er en forskningsmetode som brukes ved innsamling og analyse av kvalitative data. Abduktiv tilnærming er en kombinasjon av deduktiv og induktiv tilnærming. Det deduktive kan forstås som testende, mens det induktive kan forstås som utforskende. I en deduktiv tilnærming vil man bruke teori for å generere hypoteser som man ønsker å teste. Det samles inn data for å avkrefte eller bekrefte hypotesene. Teori benyttes for å drøfte resultatene av testen. Induktiv tilnærming går ut på å begynne med «et problem fra virkeligheten», og man forsøker å forstå dette ved hjelp av for eksempel intervju og/eller observasjon. Ved å sortere erfaringene og informasjonen skaffet gjennom intervju og/eller observasjon forsøker man å lage forklaringer.

Vi jobbet først induktivt ved at vi brukte intervju for å kartlegge og identifisere flere problemstillinger. Deretter deduktivt ved å velge ut en problemstilling, danne arbeidshypotese, og teste, observere og samle inn data. Videre har vi valgt intervju og tjenesteflyt som metode for å identifisere og utforske utfordringsbildet, samt workshop og fagdag for å jobbe med utfordringsbildet som er avdekket. Nedenfor skisseres de ulike metodene som vi har benyttet for å identifisere utfordringer, samt utforske problemstillingen

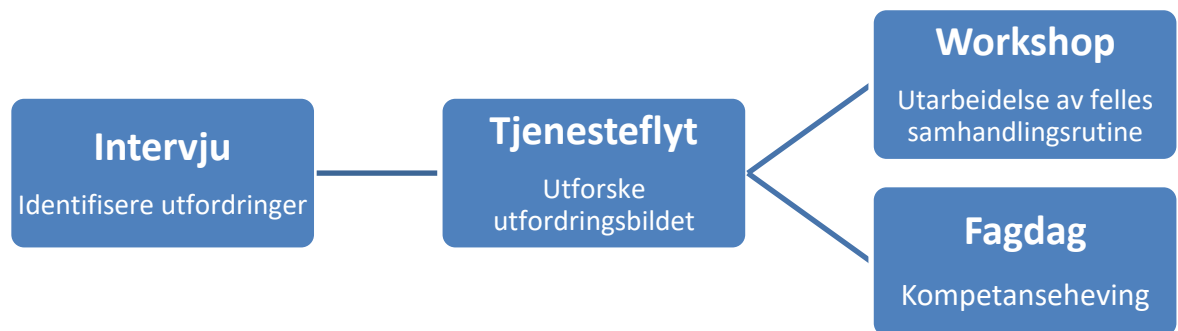


Fig. 2 Alt-i-ett-oversikt

3.1.1 Semistrukturerte intervjuer

Det ble gjennomført til sammen seks semistrukturerte intervjuer i perioden september til desember 2022. Utvalget var strategisk og de seks informantene representerer ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Både ledere og medarbeidere med kort og lang fartstid, samt medarbeidere i heltids- og deltidsstillinger er representert. Alle informantene ansees som nøkkelpersoner rundt samhandling og utøvelse av tjenester på tvers. Alle informantene fikk presentert de samme overordnede spørsmålene, men fikk forskjellige oppfølgingsspørsmål underveis. Dette samsvarer med Dallands beskrivelse av semistrukturerte intervjuer (Dalland, 2012). Ved å tenke ut hvilke spørsmål som skal stilles på forhånd, er det lettere å gjøre intervjuobjektet trygg på deg som intervjuer og samtalen som skal utføres. Man kan lettere styre samtalen, samtidig som intervjuobjektet i mindre grad kan føle seg overrumplet med spørsmål de kan synes er vanskelig å svare på. Ved å vite hva du skal spørre om og hva du vil vite mer om, stiller du sterkere (Dalland, 2012).

Flere ulike forhold ble hensyntatt under intervjuene. Tema og spørsmål ble presentert på en slik måte at informanten ble inspirert til å fortelle mer. Samtidig måtte vi stille spørsmålene på en slik måte at vi ikke påvirket svarene. Et nøye planlagt intervju vil gi oss et nyttig materiale, som på en betydningsfull måte kan

belyse problemstillingen. Dette stiller høye krav intervjuer. Det er hensiktsmessig at intervjuene får fram flest mulig sider av temaet som skal belyses.

For å kunne belyse problemstillingen best mulig, så vi det som hensiktsmessig å lage en intervjuguide. Intervjuguiden inneholdt fire spørsmål. Vi utformet spørsmålene med bakgrunn i de innspillene og erfaringene vi selv satt med. Spørsmålene omhandlet også tema vi ikke har valgt å bruke direkte i oppgaven. Disse temaene var viktig for å hjelpe oss å danne et helhetsbilde av tjenestene og for å øke vår forståelse og kunnskap i egen kommune. Spørsmålene som ble stilt var som følgende:

1. Pasienter med psykiatri- og/eller rusproblematikk. Hva tenker du når jeg sier dette?
2. Tverrfaglig samarbeid. Hva må til for å få til dette? Aktuelle aktører?
3. Ressursteam. Sett opp mot pasientgruppen, kan dette være noe for oss i kommunen? Hva legger du i det?
4. Veiledningsbehov ute i tjenestene? Hvem bør ha veiledningsansvar for denne målgruppen?

Intervjuene ble gjennomført på møterom, på egne kontorer og på kontorene til informantene. De hadde en lengde på ca. 30 minutter. På bakgrunn av en krevende arbeidshverdag, så vi oss nødt til å splitte oss under intervjuene.

Hensikt og bakgrunn for intervjuet ble presentert innledningsvis. Det ble også informert om at innholdet som kommer frem i samtalene vil bli anonymisert. Det ble tatt notater underveis. Samsnakk og renskriving av notatene ble prioritert rett i etterkant av intervjuene. Basert på vårt strategiske utvalg av informanter, fikk vi ulike perspektiver på hva som per i dag oppleves som utfordringer. På bakgrunn av funnene som kom frem under intervjuene valgte vi å ta i bruk tjenesteflyt som verktøy for å utforske utfordringene videre.

3.1.2 Tjenesteflyt

Under første studiesamling ble det presentert bruk av tjenesteflyt som verktøy i prosjektarbeid. En tjenesteflyt skaper en felles forståelse og er nyttig for å avdekke forbedringsområder på tvers av organisatoriske skiller. Dette verktøyet vil kunne bidra til å sikre et best mulig resultat og en felles forståelse for sammenhenger og utfordringer. Det vil også kunne gi ny innsikt og økt respekt for

hverandres bidrag i levering av tjenesten. Dokumentasjon og forankring er viktig for at involverte parter skal oppnå enighet og eierskap til dagens tjeneste. Dette skaper engasjement gjennom en opplevelse av at alles stemme er viktig og viktige flaskehalsar blir synliggjort (Kværner og Rønningsen 2022, forelesning om Tjenesteflyt 7. september).

Vi valgte å lage en digital fremstilling av hva tjenesteflyten viste i etterkant. De involverte parter fikk den digitale fremstillingen presentert, hvor vi samtidig ba om en tilbakemelding på om avtegnen flyt var riktig/uriktig. Basert på deres egne tilbakemeldinger under selve gjennomføringen, ble ulike utfordringer i ulike fase av samhandlingen synliggjort.

Vi valgte å ta utgangspunkt i følgende case:

«Utskrivningsklar pasient meldes til kommunen. Onsdag blir det sendt PLO-melding (elektronisk melding) til Alta kommune v/Psykisk helse og Hjemmetjenesten. Pasienten skrives ut til hjemmet torsdags ettermiddag og blir tildelt tjeneste. Hvordan foregår prosessen videre?»

Caset er inspirert av utsagn nevnt av flere informanter i intervjuprosessen.

Basert på resultatet etter tjenesteflyten og ved framstilling av den digitale tjenesteflyten, bestemte vi oss for å arrangere workshop og en fagdag med mål om økt kompetanseheving. Dette vil vi beskrive nærmere i de neste avsnittene.

3.1.3 Workshop

Workshop er benyttet for å søke uforstyrret ro og tillate tankens frie flukt, for å i neste øyeblikk lande på et fysisk konkretisert forslag (Carlsen, Clegg & Gjersvik, 2020, s. 24).

For å kunne jobbe nærmere med funnene fra tjenesteflyt, har vi valgt workshop som verktøy. Vi anså dette verktøyet som svært hensiktsmessig, da vi så for oss at vi var avhengige av å få avsatt god nok tid til å gå inn i rotårsaken med samme personalgruppe som tidligere, på en ufarlig måte. Målet for dagen var å gjennomgå nåværende prosedyrer i begge tjenester, samt etablere en ny samhandlingsrutine som går på tvers av virksomhetene. Dette var ikke-eksisterende fra tidligere av.

Før vi innkalte til workshop hadde vi dialog med de aktuelle deltakerne og deres respektive ledere. De aktuelle deltakerne regnes her som sykepleiere og vernepleiere i begge virksomheter. Dette for å sikre best mulig oppmøte. Møteinnkallingen ble sendt via Outlook hvor vi også informerte om at det ville bli servert både lunsj, snacks og drikke. Det å ha god bevertning ble for oss en måte å vise deltakerne at de er viktige i dette arbeidet og at vi setter pris på dem med deres kunnskap og erfaring. Møterommet for workshop var plassert et stykke unna deltakernes arbeidsplasser, noe som var et bevisst valg fra vår side. Vi ønsket å unngå unødvendig støy og forstyrrelser. Vi hadde på forhånd satt opp stoler og bord slik at alle kunne se hverandre under hele workshopen. Dette ga oss i tillegg en fin mulighet til å bygge på tidligere observasjoner av både gruppedynamikk og psykologisk trygghet i gruppa. Vi hadde på forhånd laget en plan for dagen. Denne ble presentert på mail i forkant, samt på storskjerm og i papirform på selve dagen.

Vi hadde et ønske om å få alle deltakerne i modus helt fra starten av og hadde derfor planlagt en icebreaker for å sparke i gang workshopen vår. Vi ble ordentlig inspirert under studiesamlingen i Karlstad den 18.01.23 - 20.01.23, hvor vi selv ble tvunget til å være aktive deltakere. Vi tok derfor med oss ideen om icebreaker derfra. Vi delte deltakerne inn i grupper på tre, og hadde fokus på at de skulle blandes på tvers av virksomhetene. Deretter fikk de utdelt 11 ark med forskjellige motiver på. Temaet var fremtidens helsetjeneste. Oppgaven var å skrive på minimum tre av arkene, og flere hvis ledig tid. De fikk 30 minutter totalt til dette arbeidet. Etter 30 minutter var gått måtte hver gruppe presentere hva de hadde kommet frem til. Gruppene hadde kommet frem til mange kreative løsninger og flesteparten hadde skrevet på flere enn tre av arkene. Latteren satt løst og tilbakemeldingen fra deltakerne var at dette var en utrolig morsom måte å starte dagen på. Når gruppene hadde presentert sine forslag var det tid for lunsj. Vi forflyttet oss ut av møterommet og satte oss i kantinen et stykke bortfor møterommet.

Etter lunsj startet selve arbeidet med å jobbe frem en felles rutine på tvers av disse to virksomhetene. Nåværende rutiner og/eller tjenesteavtaler ble presentert av representanter fra begge virksomheter, i tillegg til samhandlingskoordinator. Samhandlingskoordinator har en sentral rolle i dette arbeidet, da det er hun som har det meste av dialog med blant annet spesialisthelsetjenesten eller andre aktører

i mer komplekse pasientforløp. Det ble noen naturlige stoppunkter underveis hvor tjenestene og samhandlingskoordinator måtte utdype hva som var ment med de gitte punktene. Vi var tre stykker som fasiliterte workshopen. Den ene noterte fortløpende på storskjerm slik at det var synlig for deltakerne underveis. Tanken bak dette var at de kunne komme med innspill og/eller korrigeringer fortløpende. Etter høytlesningen var ferdig, var tiden inne for å skrive en konkret rutine som skulle omhandle samarbeidet på tvers. Vi som ledet workshopen, hadde aktive pauser som innebar at vi kategoriserte informasjonen som var kommet frem underveis og satte videre inn de punktene som gikk igjen inn i en rutinemal. Denne ble presentert for deltakerne og arbeidet med nåværende rutine var dermed i gang.

Arbeidet denne dagen gikk over all forventning og resulterte i en ferdig utarbeidet rutine som omhandlet samhandling på tvers av virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester. Fast møtepunkt hver fjerde uke eller ved behov er et sentralt punkt som er gjeldende enda den dag i dag, fire måneder etter.

3.1.4 Fagdag

Vi har valgt å arrangere en fagdag for virksomhet for Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester. Tematikken for denne dagen er todelt, hvor første del går på rusbehandling og oppfølging, og den siste delen går på samhandling internt i egen organisasjon og opp mot spesialisthelsetjenesten. Tematikken er basert på funn og tilbakemeldinger i arbeidet som har vært gjort tidligere (intervjuer, tjenesteflyt, brukerundersøkelse og workshop).

Overlege og legespesialist i rus- og avhengighetsmedisin og samhandlingskoordinator i Alta kommune var bidragsytere til denne fagdagen.

3.1.5 Gevinstavtrykk

Gevinstavtrykk ble presentert under forelesningen til Kværner (2022) om tidlig metodevurdering på første studiesamling og er et verktøy for å synliggjøre fremtidige gevinster for deltakere eller de som berøres i en prosess eller utvikling av innovasjon. Verktøyet er utarbeidet for å kunne vise potensiell effekt av innovasjon. Dette blir for oss som ledere et verktøy for å ta gode retningsvalg og vil også kunne gi motivasjon og eierskap til involverte medarbeidere og virksomheter.

I denne oppgaven forstås utarbeidelse av felles samhandlingsrutine og ny praksis som innovasjon. Gevinstavtrykket ble laget etter første intervjurunde og er blitt endret på etter hvert som vi har fått inn mer data og utfordringsbildet fremsto enda tydeligere for oss.

Vi har benyttet oss av utlevert mal (se figur nedenfor). Erfaringer fra medarbeiderne er brukt til dette gevinstavtrykket og det har bidratt til større innsikt i hva utfordringen(e) er og hvordan det kan bli bedre. Gevinsten med å gjennomføre dette utviklingsprosjektet vil ha betydning for medarbeiderne våre under samhandling som skjer på tvers av virksomhetene. Medarbeiderne vil kunne ha faglig utvikling, godt samarbeidsklima, tydelig definerte arbeidsoppgaver, en større trygghet og flere sparringspartnere.

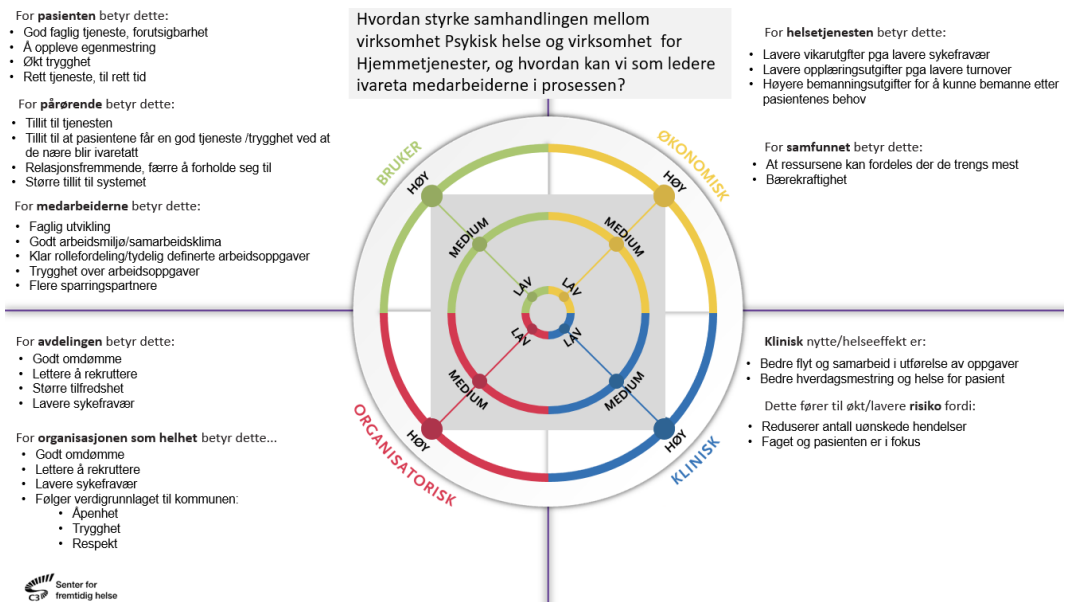


Fig. 3 Gevinstavtrykk

3.2 Analyseprosessen

En analyseprosess «skal hjelpe oss å gå fra rådata til tolkninger og beskrivelser av funn som kan forklare det vi har undersøkt» (Oppen et al., 2020, s. 378).

Underveis i arbeidet med kartlegging og forsøk har en av observatørene notert det som ble sagt og vi har hatt som mål og møtes umiddelbart for refleksjon av funn og observasjoner. Resultatene ble i ettertid gjennomgått og vi gjorde oss godt kjent med materialet. Datamaterialet ble så systematisert i tabellform. Vi har gjennomgående valgt å fargekode materialet vårt, slik at vi lettere kunne ha oversikt. Funnene som var sammenfallende ble plassert i kolonner, noe som har bidratt til et oversiktlig helhetsbilde. Dette har vært med på å danne grunnlaget for arbeidet vårt videre.

Allerede etter de innledende intervjuene satt vi igjen med flere dataskrevne sider med utfordringer. Etter nærmere sammenligning så vi at flere av punktene gikk igjen. Det var punkter som manglende faglig kvalitet, stor usikkerhet i arbeidet med pasientgruppen, manglende samarbeid på tvers, samt nærmest ikke-eksisterende kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver. Disse temaene var ikke de vi nødvendigvis hadde forventet oss skulle bli vektlagt basert på spørsmålene som ble stilt under intervjuene, og skjønnte derfor raskt at vi måtte gjennomgå datamaterialet vårt ytterligere.

For å klare å spisse utfordringen, valgte vi å arrangere en tjenesteflyt som kunne være med å gi oss et bilde på hvordan den reelle arbeidshverdagen er. Dette var det som skulle til for at vi skulle klare å avgrense oppgaven vår. Vi gikk bredt ut, stilte spørsmål utfra vår forutinntatthet og kom ut i andre enden med helt andre svar enn forventet. Etter en systematisk gjennomgang av datamaterialet endte vi opp med to sentrale temaer. Vi gikk fra spørsmålet «Hvordan ta imot utskrivningsklare pasienter?» til «Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester; og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne våre i prosessen?». En radikal, men nødvendig dreining. Utfordringen handler om den generelle samhandlingen mellom virksomhetene, ikke om «den utskrivningsklare pasienten.»

3.3 Refleksjoner over styrker og svakheter ved valgt fremgangsmåte

Våre innledende intervjuer med sine åpne spørsmål har ført til flere ulike alternativer i forhold til tematikk. Mange av temaene som ble nevnt, kom både spontant og uoppfordret fra intervjudeltakerne. Dette ga datagrunnlaget vårt validitet. Noen av temaene ble forkastet, da vi valgte å gå for temaer som to eller flere nevnte. Det at vi satt igjen med mange ulike temaer etter intervjuene, bidro til en litt kronglete start på prosjektoppgaven.

Temaet samhandling på tvers og endringsarbeid ble nevnt av samtlige informanter, noe som bidro til at vi så oss nødt til å gjøre en dreining, fremfor å fortsette med vår første tanke som var utskrivningsklare pasienter.

Sett i ettertid kan det oppfattes som en svakhet at vi hadde utformet spørsmålene på forhånd. Spesielt siden informantene kom opp med annen tematikk enn det vi spurte om. Et spørsmål vi har stilt oss i ettertid, er om vi ville fått vite mer om de sentrale temaene dersom vi hadde valgt en annen strategi rundt intervjuet. I etterpåklokskap burde vi muligens prioritert å gjennomføre alle intervjuene sammen, men på grunn av høyt arbeidspress og krevende arbeidshverdager lot det seg ikke gjøre. Vi har reflektert oss frem til at vi har redusert uheldige effekter av dette valget, ved at vi har tatt gjennomgående gode notater underveis, og at vi har møttes umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført.

Oppen et al. (2020) viser til eksperimenter på hvordan deltakere i en undersøkelse kan påvirkes til å delta dersom de opplever press fra autoriteter. I etterkant av denne lesningen ble vi ekstra oppmerksomme på akkurat dette og det ble dermed viktig for oss å prøve å unngå å komme i den situasjonen hvor det fremkom falskt positive svar. Det at vi var ledere bidro til et asymmetrisk maktforhold mellom oss og informantene. Det ble derfor ekstremt viktig for oss å prøve å legge til rette for en uformell stemning slik at maktforholdet ble utjevnet så godt det lot seg gjøre. Utvalget av informanter var også med å utjevne denne feilkilden.

Gjennomføring av både tjenesteflyt, workshop og fagdag var et svært positivt arbeid. Det var engasjerte deltakere og tidsrammen ble holdt på alle tre forsøk. En mulig årsak til at dette ble vellykket, var at vi tok oss god tid til å planlegge på forhånd. Det ble på forhånd tenkt gjennom ulike scenarier som kunne oppstå, noe som bidro til at vi var mer forberedt dersom noe skulle oppstå. Vi hadde en tidsramme å forholde oss til og var bevisst vår rolle til å hekte på de som eventuelt falt litt ut. Det ble naturlige stoppunkter underveis og vi plasserte pausene strategisk i forhold til at de skulle være påskrudd når vi startet opp igjen etter pausen. Denne strategien ble også formidlet til foredragsholderne og de valgte helt konsekvent å benytte seg av denne. Dette fikk vi til ved at vi for eksempel ga de en case å jobbe med før pausen og så skulle den presenteres etter pausen. Tilbakemeldingene fra deltakerne har vært positive og gode. Dette har gitt oss og andre involverte, god motivasjon for videre arbeid.

Brukermedvirkning står sterkt i all tjenesteutøvelse, men på bakgrunn av oppgavens omfang har vi valgt å utelate dette. Pasientenes stemme inn i oppgaven ville bidratt til at vi hadde oppnådd en større bredde i datagrunnlaget vårt og dette vil derfor være et naturlig neste steg i allerede påbegynt endringsarbeid.

3.4 Ethiske betraktninger

Det har vært viktig for oss å overholde etiske prinsipper som sensitivitet og konfidensialitet underveis i datainnsamlingen. Det er ikke lagret data som kan identifisere funn eller utsagn opp mot noen av informantene og alle har gitt sitt samtykke til å delta med sine svar.

Det å utføre undersøkelser i egen virksomhet stiller krav til kritisk distanse (Oppen et al., 2020). Etter vår mening kan det være vanskelig, da vi som ledere er

farget av egen drift og driftsmåte. På den annen side rettes det fokus mot at det kan være en fordel, da vi som ledere kjenner organisasjonen, personene, historien og avdelingene fra før. Det er også tenkelig at relasjonen med enkelte av informantene har ført til at de stoler på oss, og derfor velger å åpne seg ytterligere.

4 FORSØK OG FUNN

På bakgrunn av problemstillingen «*Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet for Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne i prosessen?*» vil vi i denne delen gjennomgå de ulike forsøkene vi har gjort og funnene vi har fått.

4.1 Forankring

Før oppstart av prosjektet, kontaktet vi virksomhetsledere ved Psykisk helse og Hjemmetjenesten, samt kommunalleder. I dette møtet la vi frem våre tanker om utfordringene vi hadde et ønske om å utforske nærmere. Utfordringsbildet var ikke ukjent for ledelsen, og vi fikk på bakgrunn av det tillit til å starte endringsarbeidet. Da vi senere endret problemstillingen, tok vi kontakt på ny for å sikre en ytterligere forankring.

4.2 Funn intervju

Informanter tilhørende virksomhet Psykisk helse opplever at det er vanskelig å få til et godt samarbeid med virksomhet for Hjemmetjenester når forløpet omhandler psykiatri- og/eller rusproblematikk. Det tilbys derfor i dag enkelttjenester fremfor tverrfaglige tjenester på tvers av virksomhetene. En annen utfordring er at det ved innleggelse ofte ikke er samsvar med det innleggende avdeling melder og det som pasienten selv ønsker ved utskrivelse.

Informanter fra virksomhet for Hjemmetjenester forteller at informasjonsflyten i forkant av utskrivelse er for dårlig. Informantene opplever stor usikkerhet i møtet med pasientgruppen hvor de ikke føler seg godt nok rustet faglig sett for å utføre oppgaven. Et eksempel som beskrives er hvor en fra denne virksomheten har dratt alene til pasient og i etterkant fått formidlet at virksomhet for Psykisk helse aldri drar alene dit.

Virksomhetene samarbeider om medisint levering på kveld, helg og høytider. Dette fordi virksomhet for Psykisk helse ikke har en tjeneste som innbefatter

medisinutlevering på kveld, helg og høytid. Virksomhet for Hjemmetjenester ytrer derfor et ønske om å ha en bedre dialog med virksomhet for Psykisk helse. Dette er ikke-eksisterende per i dag. Hjemmetjenesten ytrer også et ønske om like prosedyrer og rutiner i begge tjenester. Dette for å sikre lik praktisering og kvalitetssikring av tilbudet som gis. Manglede rutiner og prosedyrer byr på utfordringer og usikkerhet. Tjenesteyterne kjenner ikke til pasient fra tidligere, og de melder bekymring til at de ikke får fulgt opp effekt av medikamentene. Virksomhet for Hjemmetjenester antar at virksomhet for Psykisk helse kjenner til disse pasientene fra før av.

Begge virksomhetene opplever noen ganger at pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten er blitt utskrevet før kommunen vet om aktuell innleggelse. Dette gjør at tjenesteyterne i kommunen blir «hengende bakpå» allerede fra oppstart, noe som kan vanskeliggjøre relasjons- og oppfølgingsarbeidet. Disse utsagnene kommer fra informantene.

Tjenesteyterne har en forutinntatt holdning for hverandre som tjeneste. Dette baseres på manglende samarbeid og få treffpunkter. Det bør i arbeidet videre etterstribes å etablere et mestringsklima hvor det forekommer samarbeid og gjensidig utveksling av tanker og ideer. På overordnet nivå legger informantene større vekt på organisatoriske tiltak rundt allerede nevnte utfordringer. Utsagnet til virksomhet for Psykisk helse om at det er mangelfull informasjonsflyt rundt 1.- og 2.linjetjenesten i forbindelse med utskrivningsklare pasienter understøttes av den ene informanten på overordnet nivå. Informantene understreker at det må etterstribes å få etablert gode samarbeidsrutiner på tvers og at dette må gjøres i «fredstid».

Disse funnene medførte til nærmere samtale med den ene informanten på overordnet nivå. I denne samtalen kom det enda tydeligere frem at virksomhetene mangler en formell arena til å kunne ta opp pasientsaker som er i behov av tjenester på tvers.

Det utvises stor enighet blant alle informanter rundt behovet for et tverrfaglig ressursteam. Dette for å sikre en god, tverrfaglig oppfølging av de som trenger det aller mest – felles pasientgruppe på tvers av virksomhetene.

«Per i dag blir disse pasientene kasteballer i systemet, hvor ingen føler eierskap.»
(sitat medarbeider virksomhet Psykisk helse).

Kompetansen som spesielt utmerker seg er innen psykiatri- og rus, somatikk, miljørettet, ernæring, tannhelse og fysioterapi og ergoterapi. Samtlige av informantene legger vekt på at dersom et slik team skal fungere er det viktig med god forankring i alle ledd slik at hver involverte tjeneste skal føle eierskap til tilbudet.

I etterkant av intervjuene reflekterte vi over svarene vi hadde fått, og om de var i samsvar med vår egen problemforståelse. Vi satt igjen med ett inntrykk av at store deler av utfordringsbildet handlet om mangelfull samhandling på tvers, uklare roller, manglende opplæring og uklare rutiner, samt for mange involverte. På bakgrunn av dette avgrenset vi oppgaven til å gjelde samarbeid på tvers av virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester.

4.3 Funn tjenesteflyt

Alle deltakerne fikk presentert hva en tjenesteflyt er og hva formålet med en tjenesteflyt er, samt kjøreregler for prosessen. Det ble i tillegg presentert en case som de skulle ha i bakhodet underveis i tjenesteflyten. Tjenesteflyten tok for seg hendelsesforløpet som skjer før, under og etter utskrivelse av felles pasient med behov for medisintil levering.

For at vi som fasilitatorer i etterkant skulle klare å skille hvem som hadde sagt hva, valgte vi å benytte ulike farger på post-it lappene.

Samhandlingskoordinator fikk utdelt gul, virksomhet for Psykisk helse grønn og virksomhet for Hjemmetjenester rosa.

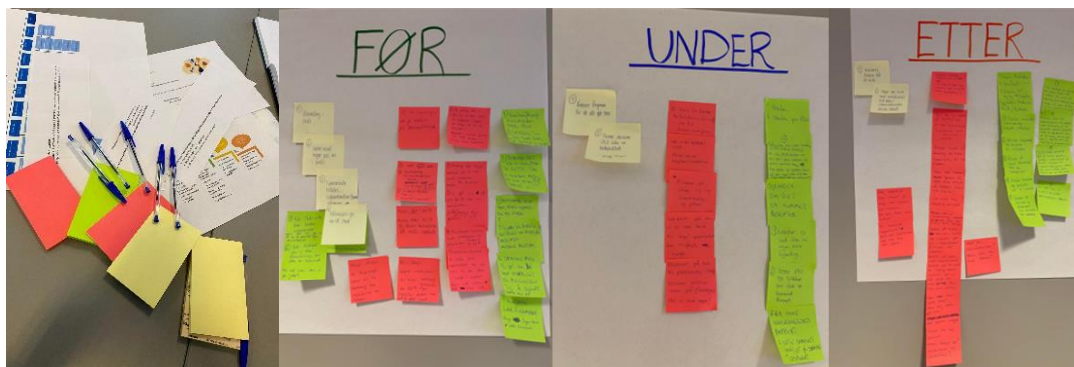


Fig. 4 Gjennomføring tjenesteflyt

Det ble raskt avdekket at virksomhetene hadde lite kjennskap til hverandres tjenester. Begge virksomhetene håndterer henvendelser fra spesialisthelsetjenesten ulikt, og hendelsesforløpet blir deretter. Virksomhetene har ingen felles rutiner og det er en tydelig usikkerhet rundt håndteringen av pasientgruppen, spesielt fra Hjemmetjenestens side.

«Det er kaos, og det er bare å håpe på det beste!» (sitat medarbeider Hjemmetjenesten).

Kommunikasjonsformen er ikke formalisert. Den foregår både per telefon, over mail og ved fysisk oppmøte. Begge virksomhetene har en opplevelse av at de blir møtt med en lite hyggelig fremtoning når de omgås internt. Det blir også avdekket at involverte parter ikke kjenner til hele saksgangen opp mot spesialisthelsetjenesten og at de på bakgrunn av det kanskje har et noe uriktig bilde av hva som skjer, spesielt før og under utskrivelse. På bakgrunn av funnene var det stor enighet i gruppen om at det var rom for forbedringer, både i form av strakstiltak og andre tiltak som er mer overordnede. Dette styres både mot handlinger rettet internt og eksternt.

I etterkant av gjennomført tjenesteflyt, sammenfattet vi funnene ved å kategorisere utsagn blant de ulike deltakerne. Tydelige funn etter tjenesteflyten viser ulik håndtering av caset. Hjemmetjenesten har klare og tydelige rutiner i forhold til pasientsamarbeid. Disse rutinene har vært utformet for flere år siden, de er godt innarbeidet i personalgruppen og de har i tillegg fokus på revidering når det er nødvendig. Dette er en stor kontrast i forhold til virksomhet Psykisk helse, som ikke har innarbeidet rutiner opp mot slike pasientcaser. Her preges handlingen av tilfeldigheter og personalgruppen fremstår som usikre og splittet i forhold til håndteringen. Eksempelvis ringer en direkte til spesialisthelsetjenesten, mens den andre alltid tar kontakt via elektroniske meldinger. Det forekom en klar usikkerhet rundt handlingsmåte og ansvar. Basert på funnene nevnt overfor fikk vi en god nok oversikt til å lage en digitalisert fremstilling. Denne ble presentert for deltakerne den 05.01.23 (se fremstilling nedenfor).

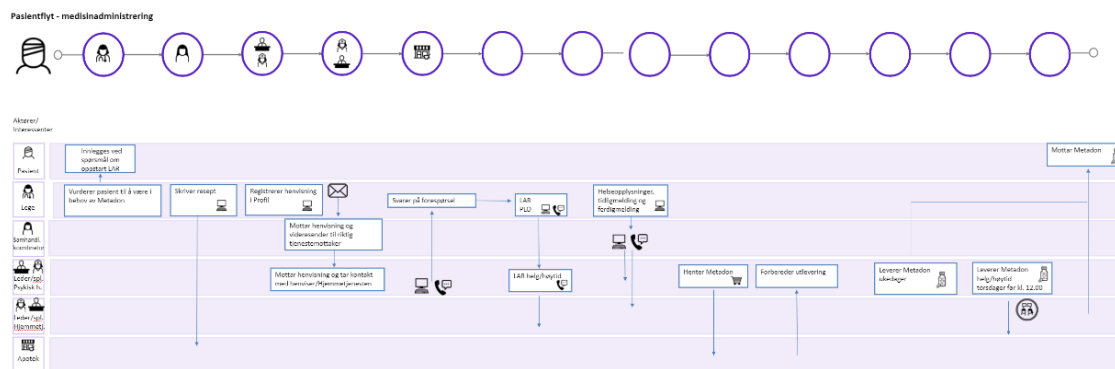


Fig. 5 Digital fremstilling tjenesteflyt

Ingen av deltakerne hadde innsigelser og tilbakemeldingen var at det opplevdes veldig oversiktlig å få tjenesteflyten presentert på en slik måte. De mente at dette ga et godt bilde på hvordan samhandlingen skjer i dag. Det var også gode tilbakemeldinger på arbeidsform og metode. Forbedringspunkter som omhandler lik praktisering rundt håndtering av medikamenter og samhandling ble ansett som hensiktsmessig å ta tak i, og de var motiverte til å fortsette arbeidet.

«Vi skulle startet med dette endringsarbeidet for lenge siden, helst i går.» (sitat medarbeider virksomhet for Psykisk helse).

4.4 Funn workshop

Workshop var vårt tredje møte med de samme deltakerne. Med bakgrunn i teori om psykologisk trygghet og mestringsklima var det grunn til å kunne se en endring i gruppedynamikken. Vi observerte at alle deltakerne sa noe gjennom dagen. De hadde stort engasjement og vi har reflektert i ettertid og kommet frem til at de høyst sannsynlig hadde en psykologisk trygghet i gruppen som bidro til løs og avslappet stemning, hvor det var rom for å dele sine tanker rundt tematikken. Dagen var preget av mye latter og god stemning.

Et sentralt funn under workshopen bekreftet antydning om nærmest ikke-eksisterende rutine i virksomhet for Psykisk helse. Virksomhet for Hjemmetjenester presenterte sin(e) rutine(r) for arbeidsgruppen, samtidig som virksomhet for Psykisk helse hadde lite å komme med. Rutinen som ble presentert fra Psykisk helse var gammel, utdatert og bar preg av lite fokus på samhandling på tvers.

Arbeidet med samhandlingsrutinen var et svært positivt arbeid. Vi opplevde arbeidsflyten gjennom dagen som god og deltakerne viste motivasjon til å få plass en samhandlingsrutine på tvers.

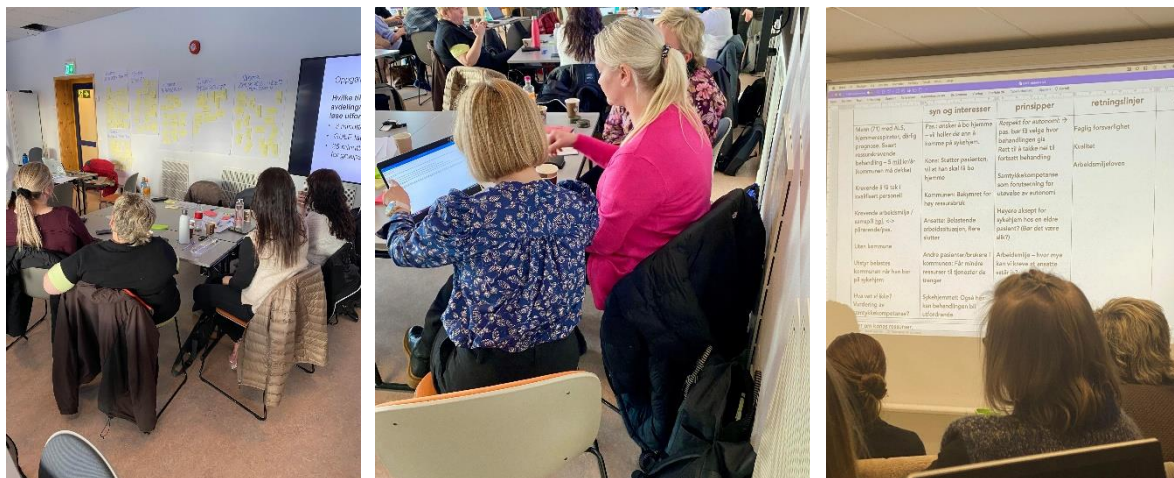


Fig. 6 Gjennomføring workshop

4.5 Funn fagdag

Til tross for hyppige påminnelser og grundig informasjon i forkant av fagdagen, var det kun et fåtall fra begge virksomheter som møtte. Dette kan skyldes manglende distribuering av informasjon fra tilhørende virksomhetsledere. Tanken bak å arrangere en fagdag var at virksomhetene skulle samles for felles kompetanseheving. Tematikken ble bestemt utfra behov meldt under tidligere forsøk i form av innledende intervjuer og tjenesteflyt. Basert på få deltakere vil det være vanskelig for oss å dra en tydelig konklusjon på hva effektene kan være. I etterkant ga deltakerne tilbakemeldinger om at temaet var treffende og det bidro til en kompetanseheving på et område de både trenger og ønsker økt kunnskap på.

Deltakerne ble oppfordret til å stille spørsmål fortløpende og tilbakemeldingene fra foreleserne vitnet om en aktivt deltakende gjeng. Kompetanseheving på tvers av disse virksomhetene oppleves derfor som viktig og nyttig. På bakgrunn av dette er vi allerede i planlegging av nye møtepunkt for kompetanseheving.

5 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven drøftes funn opp mot erfaringer og teori. Vi skal gjennom diskusjonen prøve å svare på problemstillingen om hvordan styrke samhandlingen mellom to ulike virksomheter, og hvordan leder kan bidra i prosessen med endringsarbeidet. Vi vil her fokusere en del på det relasjonelle aspektet ved å drive ledelse og det å lede i endring. I den siste delen vil vi gå inn på temaet samarbeid på tvers, samt psykologisk trygghet og mestringsklima.

5.1 Samarbeid på tvers

Som ledere er vi helt avhengige av våre medarbeidere. Ledelse blir å skape resultater ved hjelp av andre (Arnulf, 2020, s. 15). For å styrke samhandlingen på tvers, har målet vårt vært å etablere en felles samhandlingsarena, samt utarbeide en intern samhandlingsrutine for å sikre god informasjonsutveksling. Gjennom etablering av arbeidsgruppe på tvers av virksomhetene har vår rolle som ledere vært oppgaveorientert i den form at medarbeiderne har fått lov å medvirke innenfor tydelige rammer. Vi har med andre ord forsøkt å etablere et solid fundament som skal gi en trygg, avklart ramme med definert handlingsrom. Når det gjelder samhandling på tvers av sektorer, samt på tvers av profesjoner, vil det tidvis oppstå uenighet i hvem som vet hva som er til det beste for pasientene.

Utstrakt satsing på deltakelse og involvering av medarbeidere på alle nivåer har i vårt prosjekt blitt ansett som viktig og støttes av teorien til både Lewin(1951) og Kotter(1996).

Innføring av nye arbeidsrutiner på tvers kan oppleves som truende for medarbeiderne og deres opplevelse av å eie sannheten. Denne utryggheten blir vurdert å kunne redusere ønsket om å delta i utformingen og implementeringen av nye rutiner.

Funnene vi sitter igjen med etter endt gjennomføring er at en invitasjon til å medvirke eller ønske om å delta i arbeidet alene ikke er nok til at medarbeiderne bidrar aktivt. Som ledere må vi legge til rette for motivasjon og trygghet, både for den enkelte og for gruppen som skal samarbeide. Vi må arbeide aktivt med relasjonsorientert ledelse gjennom å skape relasjoner, bygge tillit og ta hensyn til mål og verdier (Carlsen & Dysvik, 2022a). Bruken av intern samhandlingsrutine og deltakelse på samhandlingsmøtene er avhengig av at medarbeiderne evner å

være endringsorienterte og at lederne er påskrudd og følger opp, spesielt i startfasen. Endringer er en prosess og prosesser tar tid.

Gjennomføringen bekrefter teorien til Martinsen (2021) om at medarbeiderne gjennom prosessen går gjennom flere faser. I innledende fase med intervjuer var de fleste opptatt av hva som ikke fungerte. Underveis i gjennomføringen av forsøkene endret dette seg. Medarbeiderne endret gradvis fokus fra problemene til en mer positiv tilnærming der de så på løsninger og muligheter for samhandling. Gjennom økende medvirkning og eierskap til prosessene opplevde vi at medarbeiderne ble mer trygge og ga uttrykk for større motivasjon.

5.2 Å lede i endring

Ledelse er å skape resultater, forstå sin rolle innenfor samarbeid og vise vei inn i fremtiden (Arnulf, 2020). Vi har til enhver tid forsøkt å være bevisste våre roller som ledere gjennom endringsarbeidet som har vært utført.

Å være leder innenfor Helse- og omsorgstjenesten er en krevende jobb. Det er store forventninger til deg som leder i forhold til hvordan du ivaretar medarbeiderne, så vel som tjenestene avdelingen skal levere. Du har et overordnet ansvar for pasientene, og du skal sikre gode og forsvarlige tjenester. Medarbeiderne skal både ha kompetanse og motivasjon til å gjøre den jobben de er satt til (Lai, 2017).

Å jobbe i helsevesenet kan innebære å være en del av pasientens største glede og dypeste sorg. Arbeidshverdagen kan være uforutsigbar, samtidig som den også kan være rutinebasert og forutsigbar. Medarbeiderne skal i tillegg levere tjenester som tar hensyn til hvert enkelt individ med tilpasset tjenestetilbud. Det er leders ansvar å legge til rette for at organisasjonen er fleksibel nok for å ta disse hensynene underveis i endringsprosessene som gjøres.

Før vi startet ordentlig opp med prosjektet hadde vi en formening om at vi som ledere hadde en styrke innen relasjonsledelse. Spurkeland (2017) mener at støtte, veiledning og omtanke, en god relasjon mellom leder og medarbeider er avgjørende for hvor motivert medarbeideren er og dens produktivitet. Vi har fra dag én sittet med en opplevelse av at medarbeiderne har vært motiverte til å hjelpe oss på vei i arbeidet.

Samtlige av deltakerne uttrykte i tidlig fase av arbeidet: «*Vi er overmodne og ønsker å sette i gang, helst i går!*»

Medarbeiderne har vært påskrudd hele veien og har funnet tid til deltakelse, til tross for høyt arbeids- og tidspress. Medarbeidernes motivasjon for endringsarbeidet kan godt tenkes at henger sammen med en forforståelse om at arbeidet vil gagne både tjenesten som helhet, men også den enkelte medarbeiders arbeidshverdag.

Vi startet kartlegging av våre antakelser om manglende samhandling med godt mot. I tillegg ønsket vi å utforske om samhandlingen ikke bare var manglende, men om den i tillegg var mindre god. Utfordringene var velkjent tenkte vi, men vi syntes likevel det ville bli spennende å finne ut om dette faktisk stemte.

Relasjonsorientering er nettopp det å bygge tillit og legge til rette for gode relasjoner med våre medarbeidere. I tillegg måtte vi få med stemmen til de nærmeste samarbeidspartene. I følge Kotters (1996) åtte ulike faser i endringsledelse er det viktig å starte med en etablering av en følelse av nødvendighet for det som en skal gjennomføre.

Ved å belyse utfordringene av samhandlingen mellom tjenesteyterne, ble det tydelig for alle parter at en endring var nødvendig. Det var for mye som var overlatt til tilfeldigheter og for lite samhandling mellom partene til at vi kunne fortsette i samme retning som tidligere. Her kunne vi vise direkte til samhandlingsavvik rettet mot dette. Informantene fra virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester la særlig vekt på opplevelsen av en mindre ideell samhandling mellom tjenestene. Virksomhet for Psykisk helse legger vekt på at det er mer utfordrende å få til et godt samarbeid når det er psykiatri- og/eller rusproblematikk hos pasienten. Virksomhet for Hjemmetjenester opplever på sin side stor usikkerhet rundt pasientgruppen og har en opplevelse av dårlig informasjonsflyt rundt felles pasienter. Det kan virke som virksomhet for Hjemmetjenester mener virksomhet for Psykisk helse tilbakeholder informasjon rundt felles pasienter. Det ble løftet frem av deltakerne at ledelsen burde ta tak i utfordringene omhandlende kompetanse innen psykiatri og rus, samt samhandling. Dette utsagnet er gjeldende for begge virksomheter, men aller mest hos virksomhet for Hjemmetjenester.

Disse utsagnene fikk oss til å drøfte muligheter for å øke kompetansen, ikke langt frem i tid, men her og nå. Fagdager pekte seg ut som et godt alternativ som kunne innfris kjapt, mens medarbeiderne allerede var aktive i prosessen og motiverte for endringer.

Det at virksomhetene mangler en formell arena til å kunne ta opp pasientsaker som er i behov av tjenester på tvers, er med på å bidra til samhandlingsutfordringer. Dette kan i verste fall resultere i at pasienter ligger lengere på sykehus enn nødvendig og dette er verken samfunnsøkonomisk eller pasientvennlig.

Gamle vaner er vonde å vende, og endringsprosesser kan oppleves både tid- og ressurskrevende. Å være leder i helse- og omsorgstjenesten består av å etablere faste rutiner og håndtere uforutsette hendelser. Ved å ha gode rutiner på faste oppgaver og tydelige avklaringer rundt roller og oppgaver vil uforutsette hendelser bli færre og lettere å håndtere. For å oppnå en kultur for kontinuerlig forbedring og utvikling, er man avhengig av tydelig og strukturert ledelse. En ledelse der aktiviteter kan planlegges, utføres, evalueres og følges opp (Arntzen, 2021).

Martinsen (2019) stiller flere relevante spørsmål rundt det å lede i endring. Disse spørsmålene har vi stilt oss flere ganger gjennom utviklingsprosjektet.

Spørsmålene til Martinsen (2019) lyder som følger; 1) Hvordan skal vi ledere få til en organisasjonsendring? 2) Kan vi få medarbeiderne med på troen om at nye ferdigheter og holdninger vil påvirke dem i positiv retning? 3) Kan vi endre roller til medarbeiderne slik at de blir ledet til å endre handlingsmåte?

Etter endt gjennomføring og analyse av innledende intervjuer, ble det signalisert tydelige utfordringer i samhandlingen på tvers av virksomhetene. Dette måtte vi utforske videre for å komme enda nærmere kjernen.

I januar 2020 startet Alta kommune et omorganiseringsarbeid innen Helse- og omsorgstjenesten. Det overordnede målet var å implementere en ny og fremtidsrettet organisering hvor tjenestene i større grad skulle dreies mot hjemmebasert omsorg. Pasienten og hverdagsmestring skulle stå i sentrum. Koronapandemien slo ut i full blomst i mars 2020, noe vi i ettertid tenker var svært uheldig for arbeidet som fulgte med omorganiseringen. Våre medarbeidere

har vært på jobb under krevende smitteverntiltak, de har måttet jobbe annerledes og med mindre ressurser. Medarbeiderne var ikke forberedt på endringen som skulle skje og hverdagen ble snudd om helt brått. Som følge av pandemien ble lederne begrenset i sitt virke, ved å ikke kunne være like mye tilstede som ønskelig. Som leder kan du i en normal hverdag kjenne på at du ikke strekker til i endringsarbeidet som gjennomføres, dette basert på flere faktorer. Det kan være at den administrative delen spiser opp tiden, eller at du grunnet annet virksomhet ikke får vært så tett på som ønskelig. En uheldig kombinasjon av omorganisering og pandemi på samme tid medførte stor usikkerhet blant medarbeiderne. Vi som ledere følte på en ytterligere tilkortkommenhet og fortvilelse rundt egen tilstedeværelse for medarbeiderne som trengte tydelig og trygg ledelse, kanskje mer enn aldri før. Spørsmålet vi har stilt oss nå som vi er tilbake til normalen, er hvordan vi som ledere kan få med oss medarbeiderne på endringer etter flere år med det man kan kalle unntakstilstand. Sett i ettertid tenker vi at dette muligens har vært med å påvirke medarbeiderne våre i de endringene omorganiseringen medførte. Vi klarer enda ikke å se en tydelig effekt av omorganiseringen, hvor et av målene blant annet var å få mer strømlinjeformede tjenester. Våre medarbeidere har ved flere anledninger uttrykt usikkerhet og utrygghet overfor endringene de står og har stått i. Å praktisere god og støttende ledelse gjennom tilstedeværelse blir derfor utrolig viktig i tiden fremover. Fakta som ligger foran oss er at vi har slitne medarbeidere som har måttet tåle mye over lang tid, sykemeldingene har kommet og dette har igjen medført en større belastning på medarbeiderne som er igjen på arbeidsplassen.

Tjenesteflyt ble presentert for oss på første studiesamling. Med kjennskap til og god erfaring med dette fra tidligere, ønsket vi å gjennomføre tjenesteflyt i vårt eget prosjektarbeid. På denne måten kunne vi tydeliggjøre medarbeidernes erfaring og kompetanse på området. I følge Kotters tabell viser trinn 2 til at det må dannes en endringskoalisjon. Vi måtte alliere oss med medarbeiderne slik at endringen var gjennomførbar i virksomhetene. Vi måtte få frem deres stemme. På bakgrunn av deres stemme så ble tema for caset laget. Målet var endring i forhold til holdning, men også endring i forhold til roller. For å unngå større motstand fra medarbeiderne så vi på dette steget som svært viktig.

I etterkant av tjenesteflyt laget vi en digital fremstilling. Med denne fikk vi formidlet visjonen vår med tjenesteflyt enda en gang, i tillegg til et ønske om

eierskap til endringen. Dette er beskrevet av Kotter i trinn 3 og trinn 4 som viktig dersom en skal ha en vellykket endring. Dette sees også i sammenheng med den inkrementelle innovasjonen. Små, raske skritt som testes ut fortløpende. Det gir også muligheten til å justere raskt i prosessen, slik som vi gjorde med alle våre forsøk og funn, og noe som gjorde veien frem til resultatet litt enklere. Det kan være en svakhet at prosessen går for raskt, men siden vi involverte medarbeiderne i hele prosessen, mener vi at deres stemme også ble hørt tross hurtige endringer.

5.3 Psykologisk trygghet og mestringsklima

Psykologisk trygghet påvirker læringsmiljøet vårt, noe som igjen vil påvirke hvordan vi bruker kompetansen og hvilken kvalitet vi gir i tjenesten. Edmondson (2012) sier at vi som ledere har et særskilt ansvar der. Hun sier videre at det å ha en trygghet i medarbeidergruppen, slik at en kan tørre å si ifra, er viktig både i en arbeidsgruppe og i hele organisasjonen. Dette understøttes av utsagn fra Øyvind Kvalnes på samling to 19.10.22 som påpeker at vi som ledere har høyere tanker om mestringsklimaet enn våre medarbeidere. Vi som ledere skal kunne tåle mye. Vi skal takle tilbakemeldinger i form av negativitet samtidig som vi skal motivere medarbeiderne til endringer. Ledere skal også være med på å skape et arbeidsmiljø som er åpent og trygt, og hvor alle skal kunne høres. Gjennom funn fra intervjuene vi hadde gjennomført, så vi at den psykologiske tryggheten ikke var til stede for alle. Noen vegret seg for å ta ordet, noen var redde for sanksjoner etter utsagn og det hersket usikkerhet blant informantene i forhold til samarbeidet på tvers av virksomhetene. Dette måtte vi se nærmere på.

Nasjonale føringer fremmer mål om å ha sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet med høy pasientsikkerhet. Slik informantene våre beskrev hverdagen, kom det frem at det ikke er særlig høy pasientsikkerhet i forhold til arbeidsoppgaven rundt medisintil levering. Partene skal være hverandres samarbeidspartnere, men ingen av de berørte virker å se på det som sin oppgave å ta tak i utfordringen. Dette kan nærmest defineres som et rivaliseringsklima, hvor det gjøres sammenligninger på tvers og hvor fokuset er å prestere bedre enn den andre tjenesten.

Ved å “sette scenen” slik Edmondson mener er en god start på å etablere psykologisk trygghet, viser vi som ledere at dette skal vi prøve å få til. Videre sier Kvalnes med sitt tretrinnsprosjekt viktigheten av å følge opp de prosessene en

starter. Arena for dette må skapes og følges opp. Slik som beskrevet i funn etter intervjuer, måtte det skapes en arena for samarbeid mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester. Samarbeidet måtte helt ned på nivået mellom sykepleier og vernepleier i virksomhetene.

Vi gjennomførte tjenesteflyt med mål om et bedre samarbeid, men hadde fortsatt behov for å konkretisere utfordringene. Som Edmondson skriver; for å få ærlige og engasjerte tilbakemeldinger så måtte vi invitere til aktivitet. Det viste seg da at virksomhetene opplevde liten kjennskap og interesse til hverandre. I tillegg framkom det manglende rutiner i forhold til gjennomføring av arbeidsoppgavene de var satt til å gjøre, i dette tilfellet utlevering av medisiner. Dette var nærmest litt sjokkerende for oss, så dette måtte vi utforske nærmere med å planlegge neste steg.

For å kvalitetssikre tjenesteflyten ble det utformet en digital fremstilling som vi presenterte for medarbeiderne i ettertid. Da hadde de mulighet til å komme med direkte innsigelser dersom de ikke kjente seg igjen i fremstillingen. Ved å se videre på Edmondson sitt tredje trinn, var dette en måte å verdsette engasjementet til medarbeiderne. I tillegg ga vi som ledere dem anerkjennelse for å tørre å si ifra dersom de var uenige i framstillingen. Vi trenger engasjerte og bevisste medarbeidere og vi må ta vare på de. Dette blir utslagsgivende i arbeidet som skal gjennomføres med å møte et samfunn i endring med fokus på større ansvar til kommunene.

Workshop ble neste steg for vår del. Dette verktøyet ble bestemt med bakgrunn i funn som måtte utforskes videre og tas tak i. Et utrolig spennende og nyttig verktøy med formål om å se på løsninger og utarbeide noe konkret. Icebreaker var en fin måte å starte denne dagen på. Stemningen løsnet nokså raskt blant deltakerne og åpnet for engasjement og tilbakemelding, så vel positive som negative. Ved å ha gjennomført flere ulike forsøk med samme gruppe tidligere, ble dette også en slags "test" på om den psykologiske tryggheten i gruppa hadde økt. Det hadde den. Medarbeidere som vi tidligere hadde opplevd som noe introvert, valgte å ta ordet i plenum og vi fikk konstruktive tilbakemeldinger fra flere av de som tidligere opplevdes som litt stille. Dette var en positiv endring fra de foregående møtene.

Til tross for få fremmøtte til fagdagen, opplevde vi at den var nødvendig og nyttig å gjennomføre. Det at det var få som kunne delta skyldtes manglende distribuering av informasjon fra virksomhetsledere, sykefravær og prioritering av andre nødvendige arbeidsoppgaver fremfor dette. Vi er likevel fornøyde med at noen møtte, fordi de vil kunne framsnakke den nye kunnskapen om rusbehandling og oppfølging, samt tjenesteavtalene, og dernest gjøre de kjent for sine kolleger i den tilhørende virksomhet. I etterkant av fagdagen fikk vi tilbakemeldinger om at tematikken traff og opplevdes blant samtlige av deltakerne som nødvendig for å kunne utføre en god og forsvarlig tjeneste.

6 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Vi har med dette utviklingsprosjektet ønsket å finne svar på følgende problemstilling: *Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne våre i prosessen?*

Problemstillingen ble definert på bakgrunn av fokusområder som intervjuobjektene anså som viktige og utfordrende. Ved å tidlig fylle ut et gevinstavtrykk, kunne vi i innledende fase rette blikket mot en fremtidig effekt på sentrale områder. Dette bidro igjen til å sikre et eierskap til prosjektet (Kværner, 2022). Gevinstavtrykket har endret seg i avsluttende fase, og dette er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

I prosjektoppgaven har vi tatt for oss relevante temaer som samarbeid på tvers, å lede i endring, psykologisk trygghet og mestringsklima. Funnene i oppgaven er representativ for involverte parter og ikke nødvendigvis overførbart til andre avdelinger eller institusjoner.

Det hersker usikkerhet rundt egen kompetanse i møte med pasienter med langvarige psykiatri- og/eller rusutfordringer, dette ble for oss relevante funn. Det tilbys i dag enkelttjenester der det egentlig er behov for tverrfaglig oppfølging. Alle informantene har lagt vekt på at de sitter med en opplevelse av at samhandlingen på tvers av tjenestene er mangelfull og nærmest ikke-eksisterende.

Samarbeidet om å møte utfordringene, ble for vår del en kulturskapende begivenhet ved at det nå er etablert en felles samhandlingsrutine, samt faste møter hver fjerde uke mellom virksomhetene. På samhandlingsmøtene blir pasienter drøftet og temaet som går igjen er hvordan de sammen kan bidra i arbeidet. Terskelen for å ta kontakt er blitt lavere og de kan derfor møtes eller ringes ved behov utover det faste møtepunktet som er etablert. Dette sammen med planlegging av flere fagdager i tiden fremover mener vi vil gi bedre samarbeid på tvers av virksomhetene, jamfør Kotters (1996) syvende trinn om konsolidering.

Vi erfarte tidlig at vi som ledere har en viktig rolle når det gjelder endringsarbeid. Ved tidlig involvering av medarbeiderne og åpenhet rundt deres innspill og tilbakemeldinger, bidro det til at vi fikk et engasjement som var langt over

forventet. Medarbeiderne møtte oss med positivitet og et ønske om å bidra, noe som igjen ga oss den bekreftelsen vi trengte for å gå i gang.

Vi har lært utrolig mye ved å sette oss inn i relevant teori og har sett dette opp mot funn og vår rolle som leder. Vi har erfart at små grep kan resultere i positive endringer for både medarbeiderne og pasientene. Erfaringen vi sitter igjen med tilsier at det er viktig at vi som ledere er tydelige på hva vi ønsker å oppnå og at involvering og inkludering av medarbeiderne er en suksessfaktor. Som ledere bør vi være fleksible og åpne for justeringer underveis og ha som mål å jobbe med småskrittsforbedringer.

Endringsarbeid krever motivasjon, tid og ikke minst riktige prioriteringer underveis. Vi så viktigheten av at vi som ledere tok initiativ til og la til rette for felles møtepunkter for medarbeiderne. Det var også viktig at vi som ledere ved hvert møtepunkt hadde en tydelig agenda. Dette praktiserte vi ved å sende ut agendaen i forkant av møtene. Videre ser vi også hvor viktig det er at vi som ledere legger til rette for gode, solide relasjoner og en kultur hvor det oppleves trygt å dele.

Vi har hatt stort utbytte av å skrive oppgave sammen. Dette har gitt oss mulighet til erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og vi har brukt hverandre som støtte i ulike faser av prosjektet. Det har tidvis vært utfordrende å skulle enes om strategisk plan for å nå målet, da vi begge har hatt en krevende arbeidshverdag.

Det har blitt tydelig for oss hvor spennende og krevende endringsarbeid kan være. Alta kommune og Helse- og omsorgstjenesten i Norge for øvrig står overfor store utfordringer i årene som kommer for å dekke fremskrevet behov. Basert på dette må endringstakten øke og det kan igjen kreve raske og store omstillinger.

Vi har sett et potensiale i prosjektet vårt, der vi med lave kostnader og småskrittsforbedringer kan oppnå effekter som kan påvirke vår kommune, våre medarbeidere og ikke minst pasientene i positiv retning. Brukerperspektivet står sterkt i alle endringer som skal gjøres og vil tas med i videre endringsarbeid. Samhandling på tvers av virksomheter er essensielt for å kunne tilby gode tjenester. Med åpenhet, trygghet og respekt, ser vi frem til videre arbeid med virksomhetene for å få til et psykt bra samarbeid på tvers.

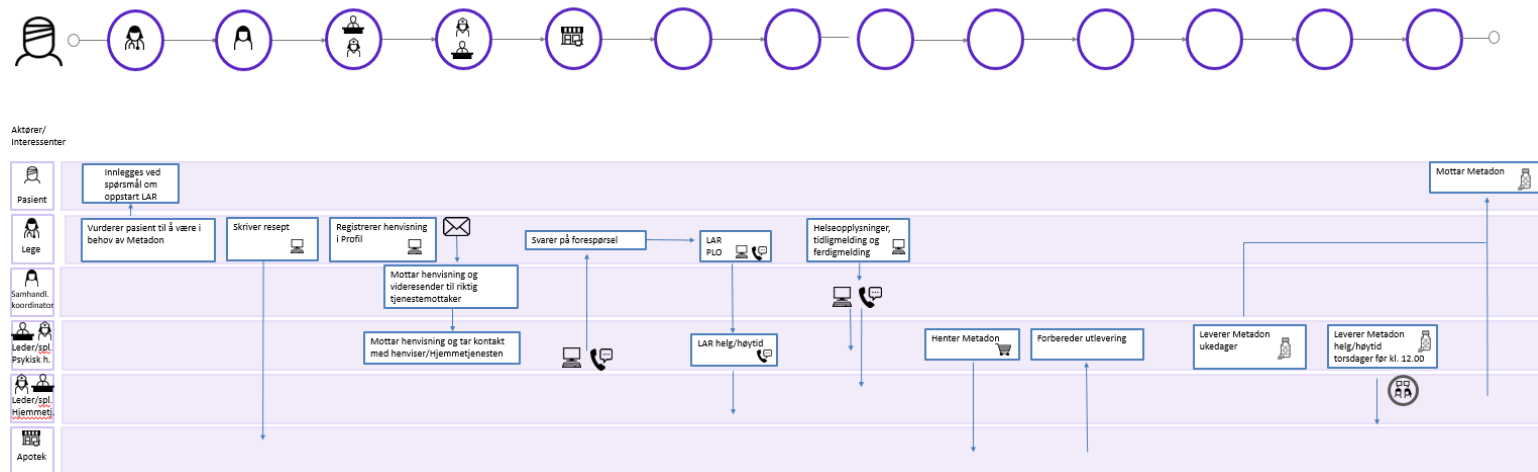
REFERANSELISTE

- Alta kommune (2015). «Alta vil» *Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027*
- Arntzen, E. (2021) *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: Arbeidsglede og orden i eget hus* (2. utg.) Gyldendal Akademisk Forlag
- Arnulf, K. (2020). *Hva er ledelse* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Carlsen, A. & Dysvik, A. (2022 a). *Introduksjon til modulen Høykvalitetsforbindelser*, 21. oktober, Handelshøyskolen BI
- Carlsen, A., Clegg, S., & Gjersvik, R. (2020). *Idea Work*. Cappelen Damm AS.
- Carlsen, A. & Dysvik, A. (2022 b). *Kompetanseutvikling, mestring og kontinuerlig forbedring* 21. Oktober, Handelshøyskolen BI
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*
Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS
- Edmondson, A. (2012). *Teaming – How Organizations Learn, Innovate and Compete in the Knowledge Economy*, Harvard Business School
- Helsedirektoratet (2017). *Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjenesten*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-lovpalagte-samarbeidsavtaler-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet (2018) *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. United States of America: Harvard Business School Press
- Kvalnes, Ø. (2022). *Ytringsklima* Oslo: Cappelen Damm
- Kværner, K. (2022). *Tidlig metodevurdering*, 7. september, Handelshøyskolen BI
- Lai, L (2014). *Leders makt og påvirkningskraft i Martinsen, Ø.L.(red.)*.
Perspektiver på ledelse (5.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lai, L. (2017). *Når ledelse fungerer best* Ledernytt.
<https://www.ledernytt.no/naar-ledelse-fungerer-best.6030256-112537.html>
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in group dynamics. I. Concepts, methods and reality in social sciences; social equilibria and social change*, Human Relations
Google Scholar

- Lian, O. (2020). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm
- Martinsen, Ø.L. (2015). *Perspektiver på ledelse* (4. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=2>
- Meld. St 15 (2017-2018). *Leve hele livet Helse og omsorgsdepartementet*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 38 (2020 –2021). *Nytte, ressurser og alvorlighet. Prioriteringer i helse og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Meld. St 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted-til rett tid*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mortensen, T. (2022). *Hva er effektiv ledelse? Hva sier forskningen?*
5. september, Handelshøyskolen BI
- Nordaunet, O.M. (2021, 4. mai). *I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen*. Sykepleien
<https://sykepleien.no/fag/2021/04/i-psykisk-helsearbeid-er-relasjonen-grunnlaget-helsehjelpen>
- Oppen, M, Mørk, B og Haus, E. (2020) *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag*. Cappelen Damm
- Statistisk sentralbyrå (2023). *Befolkning årlig pr. 1. januar*
<https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>
- Yukl, G. (2006). Å lede organisasjonsendringer i Martinsen, Ø. L (red).
Perspektiver på ledelse (5.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Spurkeland, J. (2017). *Relasjonsledelse* (5.utg.) Universitetsforlaget
- Vestergaard, B. (2022). *Involverende endringsledelse* (3. opplag). Cappelen Damm AS

VEDLEGG 1

Pasientflyt - medisinadministrering



VEDLEGG 2

For **pasienten** betyr dette:

- God faglig tjeneste, forutsigbarhet
- Økt trygghet
- Rett tjeneste, til rett tid

For **pårørende** betyr dette:

- Tillit til tjenestene
- Tillit til at pasientene får en god tjeneste /trygghet ved at de nære blir ivaretatt
- Relasjonsfremmende, færre å forholde seg til
- Større tillit til systemet

For **medarbeiderne** betyr dette:

- Faste møtepunkter
- Felles samhandlingsrutine
- Trygghet/definerte arbeidsoppgaver
- Godt arbeidsmiljø/samarbeidsklima
- Flere sparringspartnere
- Faglig utvikling

For **avdelingen** betyr dette:

- Godt omdømme
- Lettere å rekruttere
- Tilfredshet
- Lavere sykefravær

For **organisasjonen som helhet** betyr dette...

- Godt omdømme
- Lettere å rekruttere
- Lavere sykefravær
- Følger verdigrunnlaget til kommunen:
 - Åpenhet
 - Trygghet
 - Respekt

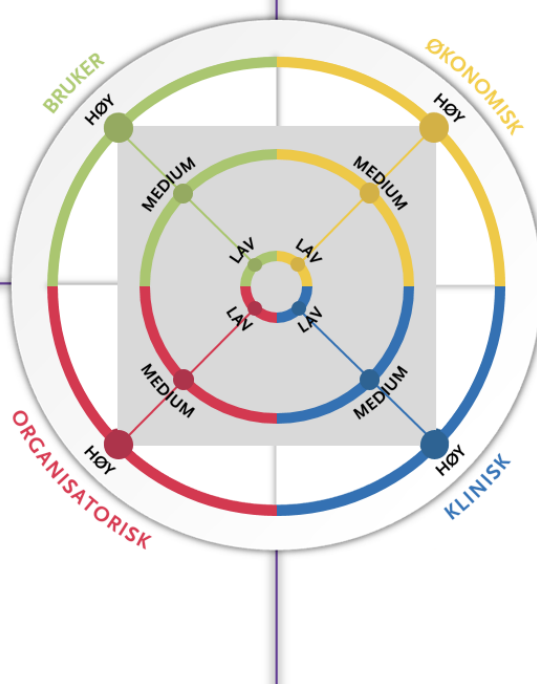
Hvordan styrke samhandlingen mellom virksomhet Psykisk helse og virksomhet for Hjemmetjenester, og hvordan kan vi som ledere ivareta medarbeiderne i prosessen?

For **helsetjenesten** betyr dette:

- Lavere vikarutgifter pga lavere sykefravær
- Lavere opplæringsutgifter pga lavere turnover
- Høyere bemanningsutgifter for å kunne bemanne etter pasientenes behov

For **samfunnet** betyr dette:

- At ressursene kan fordeles der de trengs mest
- Bærekraftighet



Klinisk nytte/helseeffekt er:

- Bedre flyt og samarbeid i utførelse av oppgaver
- Bedre hverdagsmestring og helse for pasient

Dette fører til lavere **risiko** fordi:

- Reduserer antall uønskede hendelser
- Faget og pasienten er i fokus