



# Sluttrapport

Prosjekt HeltOm 2.0

Prosjektledere:  
Gurli Følstad  
Helene Forberg Lefevr

Dato: 06.09.23

## Innhold

|   |    |
|---|----|
| Sammendrag.....   | 4  |
| 1.0 HeltOm - modellen .....   | 6  |
| 1.1 Rapportens formål og oppbygging.....                                      | 6  |
| 2.0 Om prosjekt HeltOm 2.0.....   | 7  |
| 2.1 Mål og gevinster prosjekt HeltOm 2.0 .....                                | 7  |
| 2.2 Prosjektgjennomføring HeltOm 2.0 .....                                    | 8  |
| 2.2.1 Økonomiske rammer.....  | 9  |
| 2.2.2 Prosjektorganisering.....   | 9  |
| 2.2.3 Hoved leveranser.....   | 10 |
| 2.2.4 Viktige milepæler .....   | 10 |
| 2.3 Usikkerhet og endringshåndtering.....                                     | 12 |
| 2.3.1 Spesielt om risikovurderinger.....                                      | 12 |
| 2.3.2 Pep talks og Forms undersøkelser.....                                   | 13 |
| 2.3.3 Brukerundersøkelser, målinger og indikatorer .....                      | 15 |
| 2.4 Intern og ekstern kommunikasjon og erfaringsutveksling.....               | 18 |
| 2.4.1 Nyhetsbrev og informasjon .....   | 18 |
| 2.4.2 Logo .....  | 18 |
| 2.4.3 Omdømme og hospitering fra andre kommuner .....                         | 18 |
| 2.4.4 Læring mellom enheter - workshops og hospitering .....                  | 19 |
| 2.4.5 Samarbeid med forskningsmiljø og høyskoler .....                        | 19 |
| 2.5 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger fra prosjektgjennomføring ..... | 20 |
| 3.0 Implementering av team i enhetene Bergenhus og Årstad .....               | 21 |
| 3.1 Spesielt om arbeid i planleggingsfasen .....                              | 22 |
| 3.1.1 Om dimensjonering team.....   | 22 |
| 3.1.2 Geografiske endringer og lokalisasjoner .....                           | 23 |
| 3.1.3 Fra avdelinger til team.....  | 24 |
| 3.1.4 Bemanning i team og turnus .....  | 24 |
| 3.1.5 Opplæring- og kompetansehevende tiltak før oppstart .....               | 24 |
| 3.1.6 Støtte prosesser- endringer i elektronisk pasientjournal og biler.....  | 24 |
| 3.2 Spesielt om arbeid i implementeringsfasen.....                            | 25 |
| 3.2.1 Funksjoner knyttet til HT ved oppstart.....                             | 25 |
| 3.2.2 Rutiner for samhandling, medisinrom og logistikk .....                  | 25 |
| 3.2.3 Utfordringer med å dekke fagkompetanse i team .....                     | 26 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.2.4 | Innfasing av tverrfaglig samarbeid og organisering .....                       | 26 |
| 3.2.5 | Behov for endringer i primærarbeidet .....                                     | 26 |
| 3.3   | Oppsummering, vurderinger og anbefalinger fra implementeringsarbeidet .....    | 26 |
| 3.3.1 | Samlokalisering versus ikke samlokaliserte team .....                          | 27 |
| 3.3.2 | Teamdimensjonering.....  | 27 |
| 3.3.3 | Positive arbeidsmiljø og mer variasjon i hverdagen.....                        | 28 |
| 3.3.4 | Usikkerhet og endringshåndtering .....   | 28 |
| 4.0   | Delprosjekt tverrfaglig samarbeid og organisering .....                        | 29 |
| 4.1   | Hybridmodell for tverrfaglig samarbeid i HeltOm 2.0.....                       | 30 |
| 4.1.1 | Spesielt om fagansvarlige sin rolle og kliniske ernæringsfysiologer .....      | 31 |
| 4.1.2 | Rammer for tverrfaglig samarbeid og uttesting i HeltOm 2.0.....                | 31 |
| 4.2   | Arbeid og endringer i prosjektperioden .....                                   | 32 |
| 4.2.1 | Ulikheter mellom enhetene .....  | 32 |
| 4.3   | Evaluerings- tverrfaglig samarbeid og organisering i HeltOm 2.0 .....          | 32 |
| 4.3.1 | Mer helhetlige tjenester og riktig rekkefølge på tiltak.....                   | 33 |
| 4.3.2 | Kortere responstid.....  | 33 |
| 4.3.3 | Faste terapeuter og fagansvarlige sykepleiere i ny rolle øker kvaliteten ..... | 33 |
| 4.3.4 | Forberedelse av tverrfaglige tavlemøter.....                                   | 33 |
| 4.3.5 | Forbedringer av tverrfaglig tavle og dokumentasjon i journal.....              | 34 |
| 4.3.6 | Gjennomføring av tverrfaglige tavlemøter .....                                 | 34 |
| 4.3.7 | Henvisning til andre kommunale tilbud .....                                    | 34 |
| 4.3.8 | Tverrfaglige hjemmebesøk.....  | 34 |
| 4.3.9 | Utfordringer med hybridmodellen.....   | 35 |
| 4.4   | Oppsummering, vurderinger og anbefalinger opp mot tverrfaglig arbeid .....     | 36 |
| 4.4.1 | Valg av modell – hybrid eller integrert?.....                                  | 37 |
| 5.0   | Et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse .....                        | 39 |
| 5.1   | Et todelt arbeid – tiltak på system og individ nivå .....                      | 39 |
| 5.2   | Utfordringsbildet - fagansvarlig sykepleier i tradisjonell organisering .....  | 39 |
| 5.3   | Om delprosjektet i Fana/Ytrebygda enhet.....                                   | 40 |
| 5.3.1 | Lokal prosjektgruppe .....   | 40 |
| 5.3.2 | Informasjonsmøter i øvrige HeltOm 2.0 enheter .....                            | 41 |
| 5.3.3 | Felles workshop på tvers av enheter.....                                       | 41 |
| 5.3.4 | Arbeidsgruppe- avdelingsleder rollen i endring .....                           | 41 |
| 5.4   | Den innledende fasen av arbeidet med fagansvarlig rollen.....                  | 41 |
| 5.4.1 | Bemanningsstatus ved oppstart.....   | 42 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 5.4.2 | Risiko og endringer .....   | 42 |
| 5.4.3 | Utarbeidelse av undervisning og kompetanse-materiell .....                  | 42 |
| 5.5   | Modell ved oppstart uttesting.....  | 43 |
| 5.6   | Evaluering av delprosjekt ny rolle fagansvarlige sykepleiere.....           | 44 |
| 5.6.1 | Selvstendige team og nye oppgaver for helsefagarbeidere på dagtid.....      | 44 |
| 5.6.2 | Personlig egnethet og kvalifikasjoner .....                                 | 45 |
| 5.6.3 | Kvalitet i tverrfaglige tavlemøter og primærgruppemøter .....               | 45 |
| 5.6.4 | Spesielt om avdelingsleder-rollen og sykepleiefaglig konsulent.....         | 45 |
| 5.6.5 | Endringer i tilganger i elektronisk pasientjournal system.....              | 46 |
| 5.6.6 | Arbeid på helg.....   | 46 |
| 5.6.7 | Sykepleiere i HT .....  | 46 |
| 5.6.8 | Organisering som «fagteam» i HT .....                                       | 47 |
| 5.6.9 | Dimensjonering av fagansvarlige og arbeid i andre enheter .....             | 47 |
| 5.7   | Undervisning, opplæring og kompetanseplaner i HeltOm.....                   | 48 |
| 5.7.1 | Kartlegging av kompetansekrav i OT og HT.....                               | 48 |
| 5.7.2 | Arbeid med undervisningsmaterieill, opplæring og kompetanseplan.....        | 48 |
| 5.7.3 | Tema i opplæring og kompetanseplan, grunnpakke 1.....                       | 49 |
| 5.7.4 | Evaluering av arbeid med undervisning, opplæring og kompetanse .....        | 49 |
| 5.8   | Oppsummering, vurderinger og anbefalinger - fag og kompetansearbeid .....   | 50 |
| 6.0   | Endring av primærkontaktsystemet i HeltOm.....                              | 53 |
| 6.1   | Primærkontaktsystemet i HeltOm 2.0.....                                     | 54 |
| 6.2   | Evaluering av nytt primærkontaktsystem .....                                | 54 |
| 6.2.1 | Helsefagarbeidere og faste assistenter kan fylle rollen .....               | 55 |
| 6.2.2 | Veiledende rolle sykepleiere i HT .....                                     | 55 |
| 6.3   | Oppsummering, vurderinger og videre anbefalinger primærkontaktsystemet..... | 55 |
| 7.0   | Samlet oppsummering og vurdering av prosjekt HeltOm 2.0.....                | 56 |
| 7.1   | De viktigste suksessfaktorene i HeltOm 2.0 .....                            | 57 |
| 7.2   | De viktigste nyvinningene i HeltOm 2.0 .....                                | 57 |
|       | Oversikt vedlegg i sluttrapporten:.....                                     | 58 |

## Sammendrag

Hjemmebaserte tjenester er bærebjelken i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og en forutsetning for at innbyggere skal få kunne bo hjemme og klare seg selv, lengst og best mulig.

Rapporten er skrevet med det formål at den skal svare ut oppdragsnotatet<sup>1</sup> til Etat for hjemmebaserte tjenester (EHBT), og være et verktøy for nye enheter som skal innføre HeltOm, samt andre kommuner som eventuelt ønsker å gjøre tilsvarende organisatoriske endringer. Rapporten skal også synliggjøre suksessfaktorer, forbedringsområder og restanser.

Gjennom prosjektperioden er det gjort viktige erfaringer knyttet til en prosjekttilnærming, som involverer, skaper tillit og engasjement hos ansatte. Prosjekt HeltOm 2.0 har vært vellykket og levert på oppsatte leveranser, jf. kap. 2.2.2. Arbeidet har hatt en høy grad av gevinstrealisering og innovasjon. Løsningene i prosjektet svarer ut krav om økonomisk bærekraft og effektivitet i hjemmebaserte tjenester.

HeltOm modellen har gitt:

- et redusert behov for antall sykepleiere
- et redusert lederspenn, sammenliknet med tradisjonell organisering
- høyere grad av trivsel og motivasjon, sammenliknet med tradisjonell organisering
- ansatte med ny og økt kompetanse
- mer selvstyrte team
- mer effektiv utnyttelse av ansatte med videreutdanning i tjenesten

Kommunens brukerundersøkelse viser ingen signifikante endringer før og etter omorganiseringen. Omorganiseringen har ikke medført flere avvik.

Gevinstrealisering er en pågående prosess. Prosjektet har hatt fokus på de «lavt-hengende» gevinstene» tidlig i arbeidet. Å hente ut de store gevinstene må sees i et langtidsperspektiv. Arbeidet med gevinstrealisering vil strekke seg utover prosjektperioden for HeltOm 2.0. Det er sannsynlig at EHBT vil oppnå ytterligere positive resultater når ny organisering og rollefordeling har fått etablert seg i tjenesten, primærkontaktsystemet og det tverrfaglige samarbeidet styrkes, samt videreføring og arbeidet med kompetansehevende tiltak er fullt ut utviklet.

---

<sup>1</sup> Vedlegg 1. Oppdragsnotat fra byrådsavdelingen til EHBT om videreføring av HELTOM.

I prosjekt HeltOm 2.0 har vi:

- implementert og videreutviklet grunnleggende HeltOm teamorganisering i enhetene Årstad og Bergenhus. Implementeringsprosessen har vært vellykket, men krevende. Prosjektet har gjort seg flere nyttige erfaringer, blant annet hvordan modellen fungerer i en enhet der team ikke er samlokalisert, og i forhold til dimensjonering av team.
- testet ut en ny modell for tverrfaglig samarbeid og organisering, der terapeuter er ansatt og har deler av stillingen sin i en annen etat enn hjemmebaserte tjenester (heretter kalt hybridmodell). Prosjektet anbefaler at modellen videreutvikles for å sikre ytterligere gevinstrealisering. Blant annet kreves et økt søkelys på tiltak som kan styrke pasientene sin mestring, egenomsorg og funksjon i dagliglivet.
- jobbet systematisk og målrettet med kompetanse. I prosjektet har vi klarlagt kompetansekrav til ansatte som skal jobbe i omsorgsteam (OT) og helsetjenesteteam (HT). Basert på dette er det utviklet en opplærings- og kompetanseplan, med tilhørende undervisningspakker og opplæringsmateriell. Dette skal bidra til at ansatte føler seg trygg i nye roller, utøver tjenester av høy kvalitet og har en felles forståelse av arbeidet i HeltOm.
- gjennomført et delprosjekt i enheten Fana/Ytrebygda. I dette delprosjektet har vi testet ut funksjonelle og organisatoriske endringer opp mot rollen til fagansvarlige sykepleiere.<sup>2</sup> Delprosjektet har ført til økt læring hos ansatte, frigjort ressurser til faglig utvikling, samt ført til mer selvstyrte team og en mer økonomisk bærekraftig lederstruktur.
- utviklet en ny tilnærming til primærkontaktsystemet tilpasset oppgaveforskyvningen og organiseringen i en HeltOm-kontekst. I HeltOm 2.0 har helsefagarbeidere og assistenter i OT fått tildelt primært og sekundært ansvar for egne pasienter.

---

<sup>2</sup> Tidligere stillingsbenevnelse: assisterende gruppeleder

## 1.0 HeltOm - modellen

Prosjekt HeltOm 2.0 baserer seg på arbeid i piloten HELTOM, som pågikk i hjemmebaserte tjenester (EHBT) i Fana/Ytrebygda i 2020/2021.

HeltOm er innovasjon. Vi organiserer faggrupper på nye måter og etablerer nye former for samhandling mellom disse. Dette for å bruke helsepersonellressursene mer effektivt, og for å styrke det tverrfaglige arbeidet rundt pasienter som mottar tjenester fra hjemmesykepleien.

I HeltOm-modellen jobber helsefagarbeidere og assistenter i omsorgsteam (OT), mens sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog, danner kjernen i helsetjenesteteteam (HT). Med HeltOm, organiseres hjemmesykepleietjenesten i mindre team i stedet for tradisjonelle avdelinger. Fastlagte kriterier sorterer hvilke pasientoppdrag som skal utføres av OT og HT. Teamene samarbeider tett. Eksterne og interne samarbeidspartene forholder seg til kriteriene.

Den nye organiseringen medfører en oppgaveforskyvning fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter. Den enkelte ansatte får, uavhengig av faglig tilhørighet, økt ansvar og tillit i egen yrkesutøvelse. Kjernen i det tverrfaglige samarbeidet er ukentlige tavlemøter i teamene.

HeltOm er forankret i [tillits- og faglighetsreformen](#), samt Bergen kommune sin plan for helse og omsorgstjenestene 2019-2029 - [En alderdom med mening, mestring og trygghet](#).

Bergen kommune har besluttet at HeltOm organiseringen skal være det foretrukne valget for organisering av hjemmesykepleien i fremtiden. I de resterende enhetene Fyllingsdalen/Laksevåg og Arna/Åsane etableres derfor HeltOm 3.0 som et nytt prosjekt i 2023/2024.

### 1.1 Rapportens formål og oppbygging

Denne rapporten oppsummerer de viktigste erfaringene og arbeidet i prosjekt HeltOm 2.0. Rapporten er skrevet med det formål at den skal svare ut oppdragsnotatet fra byrådsavdelingen til EHBT og være et verktøy for enheter som skal innføre HeltOm modellen, samt andre kommuner som eventuelt ønsker å gjøre tilsvarende organisatoriske endringer. Rapporten skal synliggjøre læringspunkt og suksessfaktorer i HeltOm 2.0, samt restanser og forbedringsområder for prosjekt HeltOm 3.0.

Første del av rapporten omtaler prosjektets generelle gjennomføring og organisering, samt målindikatorer og gevinster. Deretter behandles de ulike fokus og delprosjektområdene som det er jobbet med i prosjektet. De viktigste erfaringene og anbefalingene fra de ulike arbeidsområdene i prosjektet oppsummeres etter hvert hovedkapittel i rapporten.

Det forutsettes at leser har kjennskap til kommunale helse og omsorgstjenester, [tidligere arbeid i HELTOM](#), samt relevante nasjonale- og kommunale føringer og styringsdokumenter.

## 2.0 Om prosjekt HeltOm 2.0

Prosjekt HeltOm 2.0 bygger på arbeid og erfaringer fra pilot HELTOM. Prosjektet tar utgangspunkt i anbefalingene i sluttrapporten og oppdragsnotatet fra byrådsavdelingen til Etat for hjemmebaserte tjenester (EHBT) om videreføring den 16.12.21.

Sluttrapporten fra piloten konkluderte og anbefalte at:

- det opprettes helsetjenesteteteam (HT) og omsorgsteam (OT) i alle byområder.
- fysioterapeuter og ergoterapeuter organiseres i Etat for vurdering og rehabilitering, men tilstreber å jobbe i tråd med Fana-modellen.
- kommunen jobber videre med å utvikle selvstyrte team og en struktur med færre ledere.
- kommunen vurderer å endre fagansvarligrollen. Det anbefales å se på hvordan kompetansen kan utnyttes på tvers av team, og vurdere om arbeidsoppgaver kan delegeres til andre ansatte som har kompetanse.
- sykepleiere i HT får ansvar for sine geografiske områder og knyttes opp mot OT i dette området.
- det settes av tilstrekkelig tid til kompetanseheving av helsefagarbeidere, slik at de blir trygge i nye roller.

I oppdragsnotatet fra byrådsavdelingen 2022, fikk Etat for hjemmebaserte tjenester (EHBT) i oppdrag å innføre HeltOm som prosjekt i ett nytt byområde.

Notatet presiserte at:

- prosjektet skal sikre at HeltOm modellen er bærekraftig.
- prosjekt skal ha spesielt søkelys på kompetanseutvikling.
- det utvikles indikatorer som skal overvåke at flere pasienter får hjelp som bedrer deres funksjons- og mestringsevne.

### 2.1 Mål og gevinster prosjekt HeltOm 2.0

Bergen kommune har som overordnet mål at pasientene skal få leve meningsfulle og aktive liv, der de kan bo hjemme lengst og best mulig. Det har vært, og er fortsatt behov for å dreie de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fra kompenserende til mer forebyggende, tverrfaglig og rehabiliterende hjelp.

Bergen får i fremtiden langt flere eldre. Dette, kombinert med begrenset tilgang på fagressurser, fordrer at en må tenke nytt rundt bruk og organisering av tjenestene og tilgjengelig helsepersonell.<sup>3</sup>

Hensikten med prosjekt HeltOm 2.0 har vært å møte dette utfordringsbildet, med en innovativ og bærekraftig driftsmodell for hjemmesykepleien.

Prinsippene i tillits- og faglighetsreformen er lagt til grunn for tilnærming til prosjektarbeidet.

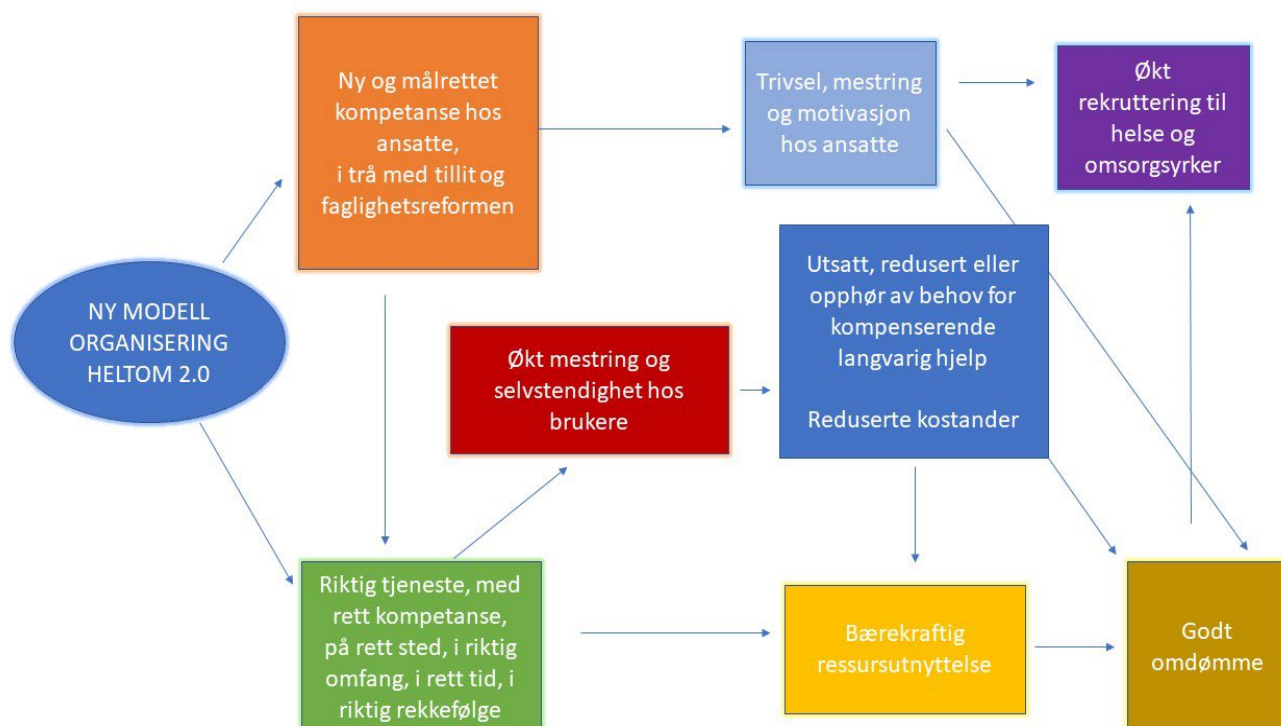
---

<sup>3</sup> Jamfør [NOU 2023: 4, Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#)



I revidert mandat til HeltOm 2.0 utarbeidet prosjektet et gevinstrealiseringskart (figur 1) for arbeidet. Kartet skisserte ønskede gevinster for arbeidet i prosjekt. Kartet viser rekkefølgen og sammenhengen mellom de ulike gevinstområdene.

Prosjektet har hatt fokus på de «lavt-hengende gevinstene» tidlig i arbeidet. Å hente ut de store gevinstene må sees i et langtidsperspektiv, da den nye organiseringen og rollefordelingen må få tid til å etablere seg i tjenesten. En har lagt til grunn at arbeidet med gevinstrealisering ville måtte strekke seg utover den avsatte prosjektperioden for HeltOm 2.0.



Figur 1: viser gevinstrealiseringskart for arbeid i HeltOm 2.0 (Kartet leses fra venstre mot høyre)

## 2.2 Prosjektgjennomføring HeltOm 2.0

Dette kapittelet omhandler de overordnede rammene for arbeidet i prosjekt HeltOm 2.0.

HeltOm 2.0 har vært et implementeringsprosjekt basert på team-modell fra piloten HELTOM. Prosjekt HeltOm 2.0 har pågått i enhetene Bergenhus og Årstad. Samtidig har HeltOm 2.0 vært et videreutviklingsprosjekt, hvor en har jobbet med ulike forbedringsområder i modellen, samt hatt et fokus på et systematisk og målrettet arbeid med kompetansehevende tiltak.

To prosjektledere har fulgt opp implementeringsarbeidet i hver sin enhet. Prosjektlederne har videre fordelt prosjektoppgaver seg imellom, basert på kompetanseområder.

### 2.2.1 Økonomiske rammer

Det var bevilget seks millioner kroner til prosjekt HeltOm 2.0. Midlene skulle brukes til prosjektledelse og kompetansehevende tiltak. Våren 2022 besluttet styringsgruppen at eget prosjektbudsjett ikke skulle utarbeides. Enhetene skulle føre regnskap på utlagte kostnader knyttet til prosjektet.

### 2.2.2 Prosjektorganisering

Etat for hjemmebaserte tjenester har vært prosjekteier av HeltOm 2.0. Prosjektet har hatt en styringsgruppe med deltakere fra byrådsavdeling, etatsledelse i Etat for vurdering og rehabilitering (EVR) og EHBT, tillitsvalgte, Eldreråd, enhetsledere i de tre enhetene som deltok i prosjektet, samt prosjektledere.<sup>4</sup> Styringsgruppen har hatt månedlige møter, foruten i fellesferien.

#### Lokale prosjektgrupper.

Arbeidet i lokale prosjektgrupper har vært initiert fra hovedprosjektet og forbedringsområder har blitt diskutert, koordinert og evt. tilpasset lokale forhold. Det har vært ulik sammensetning og møtehyppighet i de lokale prosjektgruppene ute i enhetene.

Tillits- og faglighetsreformens prinsipp 7, sier at ledelse og engasjerte medarbeidere skal fremme innovasjon. For at medarbeiderne skal bli engasjert må de involveres. Prosjektet har erfart at det er viktig at alle roller som er berørt av omorganiseringen, samt tillitsvalgte og verneombud, deltar i lokale prosjektgrupper, sammen med enhetsleder og sykepleiefaglig konsulent. Dette sikrer bred involvering og best mulig forankring av endringsprosessene. Tema i disse møtene har vært status i den enkelte enhet, arbeidsfordeling, forbedringsområder, koordinering og lokale tilpasninger. Vi har erfart at de lokale prosjektgruppene ikke bør overstige 15 deltakere. I Bergenhus har alle hovedtillitsvalgte (HTV) deltatt på prosjektgruppemøtene, da det har vært ansett som stor risiko at teamene ikke har vært samlokaliserte.

Det har blitt holdt utvidede lokale prosjektgruppemøter med jevne mellomrom, som fysio- og ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog har deltatt i.

#### Arbeidsgrupper.

Kombinert med lokale prosjektgrupper har prosjektet hatt egne arbeidsgrupper. Disse har jobbet med spesifikke oppgaver eller delleveranser i en mindre avgrenset tidsperiode. En kan her nevne: måleindikatorer, tverrfaglig samarbeid og organisering, spesifikke undervisningspakker og avdelingslederrollen.

#### Diverse samarbeidsmøter

Etatsdirektør har hatt ukentlige samarbeidsmøter med prosjektledere og involverte enhetsledere. Dette har vært nyttig for å utveksle erfaringer og koordinere arbeid. Vi har erfart det kan være hensiktsmessig å ha separate møter med enhetene, slik at det blir bedre

---

<sup>4</sup> Jamfør vedlegg 2: Oversikt deltakere i styringsgruppen, lokale prosjektgrupper og arbeidsgrupper HeltOm 2.0

tid til at enhetene kan ta opp og drøfte lokale utfordringer og problemstillinger i prosjektarbeidet. Dessuten har det vært avholdt jevnlige møter mellom prosjektledere og etatsdirektør i forkant av styringsgruppemøter.



Figur 2: viser prosjektstruktur HeltOm 2.0

### 2.2.3 Hovedleveranser

De viktigste og største leveransene som ble satt for prosjekt HeltOm 2.0 i mandatet var:

- implementering av HeltOm modellen i enhetene Årstad og Bergenhus.
- forslag til ny modell for tverrfaglig team organisering i Etat for hjemmebaserte tjenester, samt rutiner knyttet til løsning og organisering i Årstad, Bergenhus og Fana/Ytrebygda.
- opplæring og kompetanseplan for ansatte i HeltOm 2.0.
- verktøy og parameter for kostnadskontroll og måling av gevinster.
- ny organisering og rolle for fagansvarlige sykepleiere i HeltOm.
- sluttrapport for prosjekt HeltOm 2.0.

### 2.2.4 Viktige milepæler

Det ble satt en milepælsplan for prosjektet som tok utgangspunkt i fasene til implementeringsprosjektet i Årstad og Bergenhus.

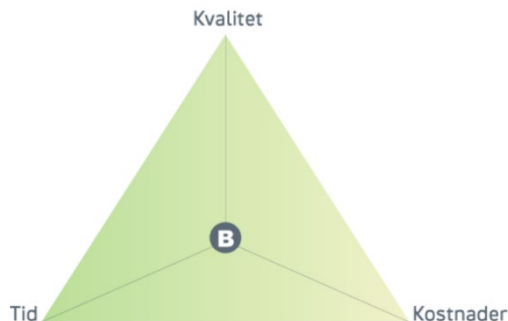
Figur 3 viser prosjektets milepæler med planlagt dato, faktisk oppnådd dato og beskrivelse av årsak til avvik, i de tilfeller hvor oppnådd dato ikke samsvarer med opprinnelig plan.

Figur 3: viser de viktigste milepælene i prosjekt HeltOm 2.0

| MP   | Milepæl  | Planlagt dato | Faktisk milepælsdato                       | Årsak til avvik   |
|------|--|---------------|--|---|
|      | <b>KONSEPTFASEFASE</b>   |               |  |   |
| M1   | Prosjekt oppstart  | 02.02.22      | 02.01.22                                   |   |
| M2   | Modell ergo og fysio HeltOm 2.0 besluttet  |               | 05.04.22                                   |   |
|      | <b>PLANLEGGINGSFASE</b>  |               |  |   |
| M3   | Dimensjonering av team Årstad og Bergenhus ferdigstilt.  | 31. 05.22     | 30.06.22                                   | Dimensjonering mer tidkrevende prosess enn forutsett.   |
| M4   | Undervisning og kompetanseplan ansatte HeltOm 2.0 ferdigstilt  | 31.05.22      | 31.05.22                                   |   |
| M5   | Oppstart uttesting modell Fana/Ytrebygda, delprosjekt  | 01.06.22      | 15.09.22                                   | Overdimensjonerte OT og utskiftinger enhetsledelse.   |
| M6   | Implementeringsplan HeltOm for Årstad og Bergenhus 2.0 ferdigstilt   | 01.06.22      |  |   |
| M7   | Kompetansehevende tiltak grunnpakke 1 ferdigstilt i nye enheter  | 30. 08.22     | 10. 09.22                                  | Utvidet grunnet ferieavvikling i enheter  |
|      | <b>IMPLEMENTERINGSFASE</b>   |               |  |   |
| M8   | HeltOm 2.0 organisering oppstart   | 01.05.22      | 13.09.22-<br>Bergenhus<br>20.09.22- Årstad | Forberedelser utover det vi kunne forutse, blant annet «ikke samlokalisering» i Bergenhus utgjorde stor risiko ved tidlig oppstart før ferie. |
| M9   | Midtevaluering   | 01.12.22      | Avlyst 11.01.2023                          | «Pep-taks»- og Forms ga tilstrekkelig og løpende informasjon om status i prosjekt.  |
| M 10 | Implementering Bergenhus og Årstad ferdigstilt. Arbeid overført til drift.<br><br>Uttesting av ny modell i Fana/Ytrebygda ferdig stilt. Arbeid overført til drift. | 31.12.22      | 28. 02.23                                  |   |
|      | <b>STØTTE OG VEDLIKEHOLDSFASE</b>  |               |  |   |
| M 11 | Sluttrapport HeltOm 2.0 med  | 31.03.23      | 23.05.23                                   | Sykdom i prosjektledelse.   |

## 2.3 Usikkerhet og endringshåndtering

Det har vært viktig å legge til rette for en god usikkerhets- og endringshåndtering, som involverer ulike tiltak. Det overordnede formålet har vært bedre kontroll, reduserte kostnader og mer nytte for hver krone.



Figur 4: Illustrerer sammenheng mellom kvalitet, tid og kostnader

Der det har oppstått behov for å gjøre endringer underveis i prosjektperioden har disse blitt håndtert av prosjektet og enhetene i henhold til etablerte prosesser i kommunen. Det som har ligget innenfor prosjektets kontroll har blitt ivaretatt av prosjektet, mens det som har ligget utenfor prosjektet har vært rapportert og håndtert i drift og/eller prosjektets styringsgruppe.

Prosjektet har gjennom et arbeid med risikovurderinger jobbet jevnlig for å identifisere, analysere, behandle og overvåke usikkerheten i prosjektet slik at prosjektets gevinster og målsetninger nås.

Usikkerhet i prosjektet har blitt forstått som ikke å vite fremtidige konsekvenser av en aktivitet. I prosjektet HeltOm 2.0 har en først og fremst tenkt på følgene av ny organisering. Planleggingen i prosjektet har vært bygget på ulike antakelser om konsekvenser. En har forventet at det er mulig å påvirke grunnlaget for mulige konsekvenser.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i balansen mellom tid, kostnad og kvalitet i arbeidet. Implementeringsfasens varighet ble utvidet fra 3,5 måneder til 5,5 måneder. Endring på tid kom på bakgrunn av utførte risikovurderinger. Dette har gitt bedre kvalitet på leveransene, ført til høyere gevinstrealisering og redusert risiko i prosjektet.

### 2.3.1 Spesielt om risikovurderinger

Gjennom hele planleggings- og implementeringsfasen har det vært utført risikovurderinger i enhetene Bergenhus og Årstad. Risikovurderingene har vært utført løpende og behandlet i BkKvalitet<sup>5</sup> sin risikomodul. I prosjektets siste del er rest-risikoer overført til enhetene å følge opp videre. Ansatte på flere nivå har medvirket i risikovurderingene, blant annet gjennom jevnlig risikomøter med verneombudene.

<sup>5</sup> BkKvalitet er Bergen kommune sitt elektroniske kvalitetssystem.

Risikovurderinger har blitt utført på:

- innretning av team (antall, roller, oppdrag og geografi)
- samlokalisering kontra ikke samlokalisering
- logistikk rundt medisinerom og legemiddelhåndteringsprosessen
- mulige lokaler for HT (Bergenhushus)
- endringer av turnus
- utfordringer knyttet til stasjonering av ergo- og fysioterapeuter
- forsinket oppstart opplæring
- oppstarts-uke (Bergenhushus)

På bakgrunn av skisserte risikoer ble oppstartsdatoen 01.05.22 flyttet til 13.09.22 for Bergenhushus og 20.09.22 for Årstad.

Fagansvarlig sykepleier fra alle tidligere avdelinger skulle organiseres i HT fra oppstart av omorganisering i Bergenhushus og Årstad. Enhetene opplevde dette som en stor risiko, spesielt der en ikke var samlokalisert. Endringen ble utsatt fra oppstartsdato omorganisering i de ulike enhetene til 12.12.22.

I delprosjekt *Fagansvarlig sykepleier* i Fana og Ytrebygda, ble det utført risikovurdering av nytt innhold i rollen i starten av delprosjektet.

Ved omorganisering hadde prosjektet nye risikoer knyttet til faglig forsvarlighet grunnet:

- endringer av pasientoppdrag i Profil<sup>6</sup>
- mangel på fagdekning i OT og HT grunnet rekrutteringsutfordringer helsefagarbeidere og sykepleiere i Årstad
- spesielt mange innleide vikarer i OT
- transport av medisiner mellom HT og OT (Bergenhushus)
- innhold i nye roller for helsefagarbeidere og fagansvarlige
- manglende rutiner for team som ikke var samlokaliserte (Bergenhushus)
- innfasing av fysio- og ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiologer (KEF)
- forsinket leveranse av flere biler
- arbeidsmiljø- relaterte risikoer

### 2.3.2 Pep talks og Forms undersøkelser

Det har vært viktig for prosjektet å sikre god kontroll over status og aktivitet i implementeringsfasen i enhetene. Å involvere og lytte til de ansatte, som til daglig stod i omorganiseringsprosessen, ble sett på som viktig for å skape engasjement og bidra til gode løsninger.

Styringsgruppen besluttet derfor at prosjektlederne skulle teste ut å ha jevnlig samtaler med noen ansatte i hvert team i hver enhet. Samtalene tok utgangspunkt i prosjektets

---

<sup>6</sup> Profil: kommunens elektroniske pasient-journalsystem

målsetninger og risikoområder. Tema i samtaler har vært samhandling mellom OT og HT, vaktkoordinatorrollen, primærkontaktrollen, opplæring, informasjon, medisinhandling, stress og kollegial støtte. På den måten fikk prosjekt og drift hyppige målinger på utviklingsarbeidet. Prosjektet fikk fanget opp eventuelle forandringer, som det var behov for å forsterke eller korrigere. Samtalene ble kalt for «pep-talks», da en ønsket det skulle oppleves som noe positivt og oppmuntrende for ansatte som var berørt av omorganiseringen.

Prosjektet erfarte at samtalene ble godt mottatt og var særs verdifullt for arbeidet. Ansatte følte seg sett og delaktige, og prosjekt og drift fikk raskt viktige tilbakemeldinger på status og forslag til nye løsninger eller forbedringsområder. Gjennom samtalene ble prosjektet bedre kjent med ansatte i team og deres opplevelse av omorganiseringen. Som metode viste det seg at pep-talks var svært nyttig for hyppige tilbakemelding fra ansatte. Her var det mulighet for oppfølgingsspørsmål og samtalene var lette å dokumentere. Prosjektledere kunne skifte fokus i samtaler til neste runde, samt se utvikling over tid.

Med utgangspunkt i målsetninger i prosjektet og risiko, ble det også laget en spørreundersøkelse i Forms<sup>7</sup>. Dette skjedde i nært samarbeid med forskerne i NORCE. Undersøkelsen hadde standard spørsmål og ble sendt til aktuelle ledere, fagansvarlige, terapeuter og KEF i implementeringsperioden.

Første Forms og pep-talks ble gjennomført i november 2022. Forms-undersøkelser ble sendt ut to ganger, siste i februar 2023. Pep-talks ble gjennomført minst en gang i måneden i alle team i enhetene Årstad og Bergenhus, men etter hvert også i Fana og Ytrebygda, til og med februar 2023. Ergo- og fysio- terapeutene og KEF ble inkludert underveis. Oftest var det tre til fire medarbeidere som deltok fra hvert team. Forms spørreundersøkelse var mer tidkrevende og ga mindre informasjon enn pep-talks. Prosjektet valgte derfor å fokusere og vektlegge pep-talks ut implementeringsperioden.

Samlet sett vurderte prosjektet at pep-talks og Forms ga god og utfyllende informasjon om status i team og enheter. Resultat ble delt med lokale prosjektgrupper og i lokale nyhetsbrev. De viktigste momentene ble også formidlet til prosjekteier og prosjektets styringsgruppe.

### Resultat fra pep-talks og Forms

Resultatene fra pep-talks og Forms viste at helsefagarbeidere stort sett mestret den nye vaktkoordinatorrollen godt, at hele implementeringsperioden var preget av høy grad av kollegial støtte og trivsel mellom ansatte. Dessuten skåret prosjektet høyt på å nå ut med informasjon til ansatte. De viktigste forbedringsområdene som pekte seg ut var samhandling mellom OT og HT, tverrfaglig samarbeid og organisering, dokumentasjon og behov for flere konkrete tiltak i EHBT, da relatert til pasienten sin mestring og funksjon i dagliglivet.

Funn fra pep-talks og Forms var sammenfallende med funn fra kommunens brukerundersøkelser og følgeforskningen til NORCE, jf. kap. 2.4.5 og vedlegg nr. 6.

---

<sup>7</sup> Forms er en nettbasert spørreundersøkelse, og en del av Office 365.

### 2.3.3 Brukerundersøkelser, målinger og indikatorer

Oppdragsnotat til Etat for hjemmebaserte tjenester 2022 presiserte at det skulle utvikles valide økonomiske måleindikatorer for teamorganiseringen etter pilot HELTOM. Det ble også stilt forventninger til en plan for tiltak som skulle ivareta prosjektets ulike perspektiv på gevinstrealisering. Dette skulle være løpende og fungere som utgangspunkt for sluttrapport.

Det ble videre opprettet en egen arbeidsgruppe som bestod av representanter fra EHBT og byrådsavdelingen. Arbeidsgruppen skulle utvikle indikatorer for å overvåke og måle effekter i prosjekt HeltOm 2.0. En ønsket å finne måleparametere som ikke skulle gi vesentlig ekstraarbeid. Derfor skulle en ta utgangspunkt i det kommunen allerede hadde og som lett kunne fremskaffes,<sup>8</sup> med en ekstra vektlegging av økonomiske måleparametere. Dette hadde ikke hatt tilstrekkelig søkelys i pilot HeltOm.

De utviklede måleparametere ble gjennomført innenfor perspektivene økonomi, bruker, medarbeider og kvalitet. Oppfølgingen av indikatorene ble lagt til EHBT. Enhetslederne i Årstad og Bergenhus har rapportert jevnlig i drift til etat og til styringsgruppen gjennom prosjektet.

#### Spesielt om de økonomiske indikatorene

Regnskapet viser at selvkosten har økt noe fra august 2022. I hele perioden har det vært et stort forbruk av innleide vikarer, og mange av vikarene kommer fra byrå som påvirker selvkosten. Selvkosten var høyest i februar og mai måned, i måneder da helligdagstillegget ble betalt ut for jul, nyttår og påske. Tar man hensyn til dette er selvkost tilnærmet uendret.

Etaten måler hvor mye tid som brukes direkte på pasientrettet arbeid hver uke. Tallene hentes fra kommunaldatabase Datasjø månedlig. Vi ser at det har vært en nedgang i tid per bruker per uke i kategorien som får tjenester mindre enn 1,5 timer per uke i april og mai. Det er for tidlig å konkludere om dette er en systematisk nedgang eller om det er tilfeldige variasjoner. Ellers ser en ingen endringer i bruksrate.

Brukerrettet tid på arbeidslistene har blitt redusert i implementeringsperioden med 0,3 t. I perioden har det vært mye opplæringsaktivitet samt administrativt arbeid for mange av våre medarbeidere. Dette er en indikator som følges tett videre i HeltOm 3.0.

En ser en økning i kjørte kilometer i HeltOm, noe som bekrefter antagelser om noe mer bilbruk under en HeltOm organisering. De to enhetene har til sammen økt bilparken med tre biler i omorganiseringen. Videre ser en ingen store endringer i bemanningsstrukturen, men andel assistenter har økt noe i implementeringsperioden, mens andel sykepleiere har gått tilsvarende ned.

I starten av implementeringsperioden for HeltOm 2.0 hadde enhetene samme sykefravær som resten av EHBT, men siden starten av 2023 har sykefraværet vært noe lavere enn totalt for tjenesten. Sykefraværet vurderes fremdeles til å være for høyt.

For ytterligere informasjon viser en til vedlegg 3: *Vedr. økonomiske indikatorer i HeltOm 2.0.*

---

<sup>8</sup> Eksempler på dette er medarbeiderundersøkelser, brukerundersøkelse, Datasjø m.m



### Brukerundersøkelsen 2022.

I mai 2022 gjennomførte Bergen kommune en brukerundersøkelse i hjemmesykepleien. 1 462 brukere (37 prosent) benyttet seg av denne muligheten. Resultatene viste det jevnt over var små forskjeller mellom denne undersøkelsen og tilsvarende undersøkelse som ble gjennomført før prosjekt HeltOm startet opp i 2019. Forskjellene mellom de bydelene som hadde innført HeltOm, og de som fremdeles hadde tradisjonell hjemmesykepleieorganisering, var i de fleste tilfeller små.

### Uønskede hendelser og avvik før og etter oppstart HeltOm.

Antall registrerte uønskede hendelser og avvik i enhetene Bergenhus og Årstad før og etter oppstart omorganisering HeltOm 2.0 har vært stabilt. Kvalitetssystemet BkKvalitet viser at HeltOm ikke skapte flere uønskede hendelser og avvik, hverken når vi sammenlikner med året før, eller de andre enhetene som fremdeles jobbet tradisjonelt. Det er heller ikke en endring på alvorlighetsgraden av hendelsene.

For mer inngående informasjon viser vi til vedlegg 4: *Registrering av uønskede hendelser og avvik før og etter oppstart HeltOm 2.0.*

### Medarbeiderperspektivet

Medarbeiderundersøkelsen viser stort sett de samme resultatene som før omorganisering, men en liten bedring. I pep-talks i prosjektet rapporterer ansatte at de opplever en høyere trivsel og motivasjon under HeltOm, dette sammenliknet med tradisjonell organisering.

### Spesielt om indikatorer knyttet til funksjon og mestringsevne.

Prosjektet vurderer at det ikke ble utviklet gode nok indikatorer som fanget opp at flere pasienter skulle få tiltak som styrket deres funksjon og mestringsevne. I HeltOm 2.0 har en i forholdt seg til det pasientene selv har rapportert i brukerundersøkelsen. Bruk av funksjonstester har ikke blitt gjennomført. Dette er et arbeid som må videreutvikles og står i restanse til HeltOm 3.0. Prosjektet anbefaler enhetene starter opp med å registrere tiltak knyttet til mestring og funksjon, samt henvisninger til andre rehabiliterende tjenester og aktivitetstilbud, jf. kap. 4.3.7.

| Perspektiv                         | Måleparametere  |
|------------------------------------|---|
| <b>Arbeidsprosess-perspektivet</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tjenestene jobber målrettet og mot felles mål</li> <li>2. Deltjenestene gir et helhetlig tilbud til brukerne i hjemmet</li> <li>3. Tjenestene er faglig forsvarlige</li> </ol>  |
| <b>Økonomi-perspektivet</b>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bruksraten for tjenestene HSY (inkl. PBP) har ikke økt i prosjektperioden.</li> <li>2. Andel med høyskoleutdanning i teamene Bergenhus og Årstad har ikke økt i prosjektperioden.</li> </ol> <p>FØLGENDE BLE BESLUTTET FOR HeltOm 2.0</p> <p>Tiltak 1. Måling av selvkost per team</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etaten innførte rapportering på selvkost for alle enheter og avdelinger fra mai mnd. 2022</li> <li>○ Vi avgrensner selvkost til å være lønnskostnader (netto lønn) inkl. innleie av vikarer (art 127030) delt på antall timer hentet fra SiO rapport inkl. timer til psykisk helse og TTU.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kategori modell/Bruksrate <ul style="list-style-type: none"> <li>Kategorimodellen definerer grad av ansiktstid</li> </ul> </li> <li>- Kategorimodellen definerer gjennomsnittstid timer per uke per kategori</li> </ul> <p>Tiltak 2. Måling av tid på arbeidslister (ansiktstid)</p> <p>Tiltak 3. Måling - bruk av biler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antall biler i enhet</li> <li>○ Registrering av km. pr mnd.</li> </ul> <p>Tiltak 4. Måling av andel sykepleier versus helsefagarbeider/assistent i lønnskroner</p> <p>Tiltak 5. Måling av sykefravær</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kort- og langtidsfravær - Hentes fra BK styring</li> </ul> <p>Tiltak 6. Måling av turnover</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Turnover – tall hentes fra HR-styringsdata, kvartalsvis</li> </ul> |
| <b>Bruker-perspektiv</b>           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunens brukerundersøkelse; 2019 vs 2022 vs 2024</li> <li>2. Kommunens brukerundersøkelse i Fana og Ytrebygda med fokus på endring under pilot <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gjennomført høsten 2022</li> </ul> </li> </ol>  |
| <b>Medarbeider-perspektiv</b>      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gjennomføre 10-faktorundersøkelse (medarbeiderundersøkelse)</li> <li>2. «Løpende temperaturmålere» fra hver avdeling i implementeringstiden - sikrer at vi får hyppigere målinger og fanger opp ev endringer i HeltOm arbeidet. Gjennom: pep talks, Forms, skjema</li> <li>3. Prosjektgruppemøter ute i enhetene hvor avdelingsledere rapporterer</li> <li>4. INCA</li> </ol>   |
| <b>Kvalitets-perspektiv</b>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spørreskjema og tilbakemeldinger fra INCA prosjektet</li> <li>2. Prosjektgruppemøter ute i enhetene rapporterer gjennom prosjektledere inn til styringsgruppen</li> <li>3. Registrering av avvik, tilsyn og klager</li> <li>4. Funksjonstester</li> </ol>   |

Figur 5: viser perspektiv og indikatorer utarbeidet av egen arbeidsgruppe i prosjekt HeltOm 2.0

## 2.4 Intern og ekstern kommunikasjon og erfaringsutveksling

Det ble utarbeidet en kommunikasjonsplan for prosjektet som skulle ivareta kommunen sin overordnede strategi for kommunikasjon, samt konkretisere prosjektets kommunikasjon og samarbeid opp mot interne og eksterne interessenter.

### 2.4.1 Nyhetsbrev og informasjon

I tillegg til pep-talks, Forms og lokale prosjektgrupper, ble det skrevet og sendt ut digitalt nyhetsbrev til alle involverte enheter fra prosjektet etter hvert styringsgruppemøte. Nyhetsbrev ble også lagt ut på Allmenningen, som er kommunens intranett og tilgjengelig for alle ansatte. Informasjonen i nyhetsbrevene var av en generell karakter, og tok opp de store overordnede linjene og utviklingen i prosjekt HeltOm 2.0. Prosjektet hadde også lokale nyhetsbrev for hver enkel enhet, hvor status og informasjon som gjaldt denne enheten ble kommunisert.

Prosjektet erfarte det var viktig at avdelingsledere gikk igjennom nyhetsbrevene med ansatte. Prosjektet skåret godt på å nå ut med informasjon til ansatte i Forms-undersøkelsene, jf. kapittel 2.3.2.

### 2.4.2 Logo

I tett samarbeid med et eksternt kommunikasjonsbyrå fikk prosjektet utviklet sin egen logo. HELTOM ble endret til HeltOm og med tilleggsteksten «forandring som betyr noe!». Prosjektet ønsket å få frem den todelte betydningen ved organiseringen med forkortelsen av helsetjenesteteam og omsorgsteam, samt den store snuoperasjonen HeltOm-organiseringen representerer. Det ble videre vektlagt at endringen skulle presenteres som noe positivt og motiverende. En forandring for brukere og ansatte som kom fra «hjertet» i organisasjonen.

Fargen lilla ble valgt da den kunne assosieres med noe som var edelt eller rent. Valgt farge var i tråd med Bergen kommune sin fargepalett. Logo og ny forkortelse ble vedtatt i prosjektets styringsgruppe våren 2022.

Prosjektet har deltatt på stands- og informasjonsdag for lærlinger i Bergen kommune. Det har også vært en positiv omtale av prosjektet i fagbladet [Helsefagarbeideren](#).

### 2.4.3 Omdømme og hospitering fra andre kommuner

Prosjektet jobbet aktivt med å bygge et godt omdømme og gjøre prosjektet kjent i og utenfor kommunen.

Kommunen har opplevd en jevn pågang av andre kommuner som er interessert i å høre om HeltOm samt hospitere.

Etter oppstart av omorganisering høsten 2022 opplevde etaten at enhetene etter hvert kom godt inn i ny drift og var klar til å ta imot besøk. Basert på ønsker fra kommunene som meldte sin interesse jobbet prosjektet frem to former for informasjons- og hospiteringspakker. Den ene var fysisk og strakte seg over to dager. Den andre var digital og strakte seg over fire timer med ulike innlegg som hadde de samme tema som den fysiske.

Pakkene inkluderte informasjon om HeltOm, tillits- og faglighet reformen, besøk i en HeltOm enhet, samt informasjon om Bergen kommune sitt øvrige arbeid med tverrfaglige team blant annet vurderingsteam. I begge variantene ble det lagt til rette for læring og informasjonsutveksling mellom kommunene.

Prosjektet erfarte at begge informasjons- og hospiteringspakkene<sup>9</sup> fungerte bra. Av hensyn til ressursbruk konkluderte etaten med at den for fremtiden ønsket å satse på den digitale tilnærmingen, der det heller ble åpnet opp for videre kontakt og dialog mellom partene på e-post eller telefon i etterkant.

I prosjektperioden ble det avholdt fem hospiteringsbesøk og to informasjonsmøter i andre kommuner om HeltOm 2.0.

#### 2.4.4 Læring mellom enheter - workshops og hospitering

I prosjektet ble det lagt til rette for erfaringsutveksling mellom ansatte i Fana/Ytrebygda og de nye HeltOm enhetene Årstad og Bergenhus.

Våren 2022 arrangerte prosjektet en samling som en del av forberedelsen av oppstart av ny organisering i Årstad og Bergenhus. Ledergruppen i alle de tre enhetene deltok. Tema for samlingen var «HeltOm 2.0 – Forandring som betyr noe», «Inspirasjon til endring - ingen tribune plass», «Ledelse av ansatte og arbeid i HeltOm-modellen», «Sammen er vi best, den kompetente medarbeider» og «Hvordan legge til rette for en god implementeringsprosess». Samlingen ble gjennomført i form av undervisning og workshops.

Det har i tillegg vært gjennomført tre workshops på tvers av alle HeltOm 2.0 enhetene. En omhandlet ny rolle for fagansvarlige sykepleiere, en omhandlet tverrfaglig samarbeid og organisering (her deltok også involverte fysio- og ergoterapeuter), og en workshop handlet om bruk av kriteriene. Samlingene ble opplevd som positive og nyttige. Det ble ytret ønske om at disse måtte videreføres i prosjekt HeltOm 3.0, for å bidra til læring, kompetanseoverføring og felles forståelse på tvers av alle enheter og aktører.

#### 2.4.5 Samarbeid med forskningsmiljø og høyskoler

NORCE forsker på innføringen av HeltOm i Bergen kommune, og prosjektet har hatt et tett samarbeid med dem i det treårige forskningsprosjektet [INCA](#). Forskerne har intervjuet prosjektlederne en gang i måneden, og bistått med å utarbeide spørsmål i formsundersøkelse til ledelsen. De har hatt innlegg på ledersamlingen om temaene «Tillits- og faglighetsreformen- ledelse av ansatte og arbeid i HeltOm-modellen» og «Hvordan legge til rette for en god implementeringsprosess?». NORCE har også deltatt som observatører på styringsgruppemøtene og gitt oppsummering av funn til styringsgruppen.

---

<sup>9</sup> Vedlegg 5: Program hospitering HeltOm i Bergen kommune

Foreløpige tilbakemeldinger fra følgeforskning<sup>10</sup> viser mye av de samme funn og forbedringsområder som prosjektet har fanget opp gjennom pep-talks og Forms undersøkelser.

Prosjektet har også samarbeidet med VID vitenskapelige høgskole og Høgskulen på Vestlandet om faget «Innovasjon og ledelse» på bachelornivå i sykepleie. Prosjektet og etaten har hatt to studentgrupper i praksis. Samarbeidet har vært positivt for begge parter.

## 2.5 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger fra prosjektgjennomføring

Prosjekt HeltOm 2.0 har hatt en god og vellykket prosjektgjennomføring, med høy grad av involvering og deltakelse fra ansatte, god erfaringsoverføring mellom enheter.

Prosjektet har hatt en svært god usikkerhets- og endringshåndtering, der spesielt gjennomføringen av pep-talks og lokale prosjektgrupper har blitt vurdert som viktige suksessfaktorer. Prosjektet anbefaler derfor at pep-talks videreføres i drift, etter prosjektets avslutning, som en del av støtte og vedlikeholdsarbeidet. Det anbefales videre at det startes opp med pep-talks før oppstart omorganisering i nye enheter i prosjekt HeltOm 3.0. Pep-talks vil da kunne brukes som et verktøy til å få informasjon om status frem mot oppstart implementering av HeltOm.

Prosjektet har hatt en god kommunikasjon med interne og eksterne interessenter, som har bidratt til læring og erfaringsutveksling, prosjektets målsetting og et positivt omdømme av kommunen.

---

<sup>10</sup> Vedlegg 6: Forskningsprosjekt INCA: aktivitet og tilbakemeldinger til HeltOm

## Prosjektgjennomføring HeltOm 2.0

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gode risikovurderinger gjennom hele prosjektet, spesielt viktig der det ikke samlokaliseres</li> <li>- Pep-talk, en ny og svært nyttig som metode for hyppige tilbakemeldinger fra ansatte, den er lett dokumenterbar og gir mulighet for oppfølgingsspørsmål</li> <li>- Utviklet felles indikatorer for etaten på økonomi-, medarbeider-, bruker og kvalitetsperspektivet</li> </ul>  |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Høy grad av ansatt-involvering gjennom pep-talks og lokale prosjektgrupper</li> <li>- God informasjon og kommunikasjon</li> <li>- Læring på tvers – fellessamlinger, hospitering og workshops</li> </ul>   |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjennomføre pep-talks i alle team i nye enheter x 1 i måneden før oppstart og under hele implementeringsfasen etter utarbeidet mal</li> <li>- Enheter som skal inn i HeltOm bør opprette egen risikogruppe med alle roller representert tidlig i planleggingsfasen, samt har møter med verneombud</li> <li>- Opprette lokale prosjektgrupper i enheter som skal inn i HeltOm</li> <li>- Samlinger for ansatte i enhetene med workshops for å ha dialog rundt fagtema, mulighet for å samkjøre oss på tvers av enhetene og mulighet for hospitering og besøk mellom HeltOm enhet og nye i HeltOm 3.0</li> <li>- Oppfølging og videreutvikling av indikatorer</li> </ul> |

Figur 6: Viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra prosjektgjennomføring HeltOm 2.0.

### 3.0 Implementering av team i enhetene Bergenhus og Årstad

I oppdragsnotatet til Etat for hjemmebaserte tjenester 2022, fikk etaten i bestilling å innføre HELTOM i en ny bydel. Arbeidet skulle ta utgangspunkt i erfaringene fra pilot i Fana/Ytrebygda, og anbefalingene fra sluttrapporten. En ville gå fra en organisering med tradisjonelle avdelinger til mindre team, og pasientoppdrag skulle fordeles mer på fagkompetanse.

Etaten besluttet å videreføre HeltOm modellen i enhetene Årstad og Bergenhus. Avdelingene i Årstad enhet var samlokalisert, mens avdelingene i Bergenhus lå spredt.

Prosjektperioden ble satt til ett år fra 02.01.22- 31.12.22, men ble høsten 2022 utvidet med to måneder og gikk til ut februar 2023.

Prosjektet ble gjennomført etter en fasemodell. Konseptfasen ble i hovedsak benyttet til å ferdigstille mandat og øvrige prosjektdokumenter, kartlegge kompetansebehov hos ansatte, samt utarbeide ny modell for tverrfaglig samarbeid og organisering, jf. kapittel 4.

Planleggingsfasen innbefattet aktiviteter som skulle sikre best mulig oppstart for ansatte og brukere, med innføring av ny modell i enhetene Årstad og Bergenhus. Det ble iverksatt forberedende og kompetansehevende tiltak overfor ansatte, det ble jobbet med å dimensjonere teamene, og det ble ansatt nye avdelingsledere. I tillegg utviklet prosjektet nye rutiner og diverse andre verktøy for teamene.

I implementeringsfasen var det viktigste å følge med og overvåke arbeidet i enhetene, for å sikre ønsket gevinstrealisering. Prosjektet jobbet aktivt med å identifisere og iverksette forbedringstiltak løpende, i takt med meldte behov og erfaringer i enhetene, jf. kap. 2.3.2 og 2.3.3.

Støtte og vedlikeholdsarbeidet ble overført til drift i mars 2023.

### 3.1 Spesielt om arbeid i planleggingsfasen

#### 3.1.1 Om dimensjonering team

Det lå som en føring for HeltOm 2.0 at ny organisering skulle ha et mindre lederspenn enn tradisjonelle avdelinger. Prosjektet vurderte ved oppstart at OT ikke burde overstige ti arbeidslister på en dagvakt i ukedagene.

Anbefalt størrelse på HT stod som en restanse fra pilot, men etaten forventet at direkte brukerrettet tid i brukers hjem, skulle være høyere enn i piloten HELTOM. Det var også en forventning at HT skulle være tilstrekkelig robust for å kunne håndtere et oppsving i antall pasienter, ha en buffer og håndtere fravær ved sykdom. HT skulle være økonomisk bærekraftig, sammenliknet med tradisjonell organisering. Fordelingen av pasientoppdragene til OT og HT skulle ta utgangspunkt i kriteriene fra pilot.

Utgangspunktet for dimensjoneringen av team og antall team baserte seg på tallmateriale om brukeroppdrag hentet fra Profil. Pasientoppdrag fikk koder i Profil (PBP<sup>11</sup> og HSY<sup>12</sup>) tilpasset organisatorisk tilhørighet i OT eller HT.

Arbeidet med dimensjonering der oppdrag skulle fordeles på PBP og HSY skulle vise seg å bli krevende og det tok mer tid enn først antatt. Oppstartsdato for omorganisering i enhetene ble derfor forskjøvet fra 1.mai, til 13. september i Bergenhus og 20. september i Årstad.

Enhetene Årstad og Bergenhus ønsket at kartlegging av tidsbruk i HT fra pilot HELTOM ble kvalitetssikret. Nye enheter i HeltOm 2.0 var usikker på om de to ukene som ble brukt i Fana/Ytrebygda i piloten i tilstrekkelig grad fanget opp endringer som hjemmesykepleien kan ha over tid. Dette var knyttet til antall brukere og variasjon i pleietyngde. Det var enighet i enhetene om at arbeidslister alene ikke kunne ligge til grunn for antall årsverk i HT.

Det ble sett på som en kritisk faktor for prosjektet å sikre en hensiktsmessig størrelse og gode estimat for tidsbruk på ulike oppgaver i HT før oppstart omorganisering. Derfor ble det utført en ny og tilsvarende kartlegging i Årstad enhet. Kartleggingen konkluderte med at funn i Årstad stort sett var sammenfallende med de tall en hadde fått i piloten HELTOM.

På bakgrunn av det samlede arbeidet ble det videreutviklet en beregningsmodell for tids- og ressursbruk opp mot ulike arbeidsoppgaver i HT. Beregningen viste en stor effektivisering av sykepleierressurser i HT på 23, 4% i HeltOm 2.0, sammenliknet med første pilot HELTOM, jf. figur 7. Det ble besluttet at beregningsmodellen fra Årstad og Bergenhus skulle legges til grunn for dimensjonering av HT.

---

<sup>11</sup> Praktisk bistand person

<sup>12</sup> Hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemmet

- Beregningsmodellen medførte at Årstad enhet reduserte behovet for antall sykepleiere med 15 årsverk, sett opp mot tradisjonell organisering. Ved inngangen til prosjektet var dette nærmest sammenfallende med det reelle antall sykepleiere enheten manglet. Enheten kom derfor ikke i en overtallighetssituasjon. I Bergenhus ble det utført to beregninger av behov for sykepleiere. Den første beregningen viste at enheten hadde overtallighet. Endelig beregning viste ikke overtallighet.
- Bergenhus og Årstad konkluderte med at de kun ønsket ett HT i hver av enhetene fra oppstart av ny organisering. HT ble større enn OT i begge enheter. Enhetene mente at dette var den mest bærekraftige og hensiktsmessige løsningen fordi sykepleierkompetansen ble samlet på ett sted
- Mer effektiv håndtering og oppbevaring av medisiner. HT skulle bistå rundt 70% av alle pasientene i enhetene med legemiddelhåndtering og det var en fordel at medisiner ble oppbevart på ett sted. Dette krevde tilpassede og store nok arealer.

| BEREGNING HELSETEAM (HeltOm 2.0)               |              |   | Med forutsetninger som i Fana/Ytebygda (HeltOm 1.0) |
|--|--------------|---|---|
| Forutsetninger:                                | Årstad       |   |   |
| Snitt antall timer per liste                   | 5            |   | 3,6   |
| Antall lister per årsverk per uke              | 5            |   | 5   |
| Totalt antall minutter                         | 28 822       | Fra Profil  | 28 822  |
| - Antall minutter LMH                          | 5 761        | Fra Profil  | 5 761   |
| = Sum antall minutter ex. LMH                  | 23 061       | Fra Profil  | 23 061  |
| Timer ex. LMH                                  | 384,35       | Forklaring: antall minutter ex. LMH / 60  | 384,35  |
| Lister ex. LMH                                 | 76,87        | Forklaring: timer ex. LMH / snitt antall timer per liste (5)                    | 106,76  |
| Årsverk ex LMH                                 | 15,37        | Forklaring: Lister ex. LMH / antall lister per årsverk per uke (5)              | 21,35   |
| + Adm  | 3,07         | Forklaring: 20% av årsverk ex. LMH (prosentats fra kartlegging pilot)           | 4,27  |
| = Årsverk ex LMH inkl adm                      | 18,45        | Årsverk ex LMH + Adm  | 25,62   |
| Antall timer LMH                               | 96,02        | Forklaring: Antall minutter LMH / 60  | 96,02   |
| Antall lister LMH                              | 19,20        | Forklaring: timer LMH / snitt antall timer per liste (5)                        | 26,67   |
| Årsverk LMH                                    | 3,84         | Forklaring: Antall lister LMH / antall lister per årsverk per uke (5)           | 5,33  |
| <b>Totalt ÅV basert på Profil</b>              | <b>22,29</b> | <b>Forklaring: Årsverk ex LMH inkl adm + årsverk LMH</b>                        | <b>30,96</b>  |
| + Årsverk E-meldinger                          | 2,00         | Samtlige e-meldinger, inkl. e-meldinger LMH (lokal kartlegging av tid i Årstad) | 2,00  |
| + Årsverk leder                                | 1,00         | Avdelingsleder HT   | 1,00  |
| + Årsverk ansvarsvakt                          | 1,80         | 9 vakter i uken (7 kvelder + dag lørdag og søndag)                              | 1,80  |
| + Årsverk vikarmidler (variabel lønn)          | 2,61         | 10% av årsverk uten leder   | 3,48  |
| <b>= Sum årsverk HT</b>                        | <b>29,70</b> |   | <b>39,23</b>  |
| Effektiveringsprosent i forhold til HeltOm 1.0 |              |   | 24,3 %  |

Figur 7: viser beregningsmodell for HT og effektiviseringsprosent for HeltOm 2.0

### 3.1.2 Geografiske endringer og lokalisasjoner

Kombinert med et arbeid med å vurdere tidsbruk hos pasientene ble det jobbet med geografiske grenser og størrelse på team i forhold til gitte føringer og enhetenes pasientoppdrag. I prosessen med å sikre rett størrelse på OT flyttet begge enheter på noen geografiske grenser.

Årstad ønsket å videreføre samlokalisering, der alle avdelingene i enheten allerede var samlet på ett plan i Kanalveien. I Bergenhus ble det mer komplisert fordi det ikke var mulig å samlokalisere enheten. Avdelingsledere med erfaring fra første pilot formidlet at det var



større risiko knyttet til å ha et OT alene, enn to samlet. Derfor ble to og to OT samlokalisert, mens HT ble lokalisert alene.

### 3.1.3 Fra avdelinger til team

Etter at dimensjoneringsarbeidet var avsluttet gikk enhetene Bergenhus og Årstad hver fra fem avdelinger til fire OT og ett HT. Størrelsen på HT ble tilnærmet lik i begge enhetene.

### 3.1.4 Bemanning i team og turnus

Det ble gjennomført drøftingsmøter i Årstad og Bergenhus, og enhetsleder hadde samtaler med alle avdelingslederne, for å høre deres ønsker for hvilket team de ville lede. Deretter ble beslutning knyttet til avdelingsledere i nye team tatt. Også ansatte fikk uttale seg om hvor de ønsket å være. Prosjektet opplevde det var gode prosesser i enhetene.

Hvert team fikk sin tildelte fagansvarlige sykepleier, men unntak av HT i Bergenhus. Enheten så her til HT i Fana, og lyttet til erfaringer hvor HT fungerte uten egen fagansvarlig. En erfarte imidlertid at fagansvarlig rollen var en kritisk faktor i omorganiseringsprosessen, jf. kap 3.2.1.

Ved omorganisering ble det utarbeidet nye turnuser for ansatte i alle team. En fulgte retningslinjene for turnusarbeid i kommunen. I Bergenhus valgte de å ta i bruk årsturnus uten langvakter i alle team fra 12.12.22. Også HT Årstad startet opp med årsturnus uten langvakter.

### 3.1.5 Opplæring- og kompetansehevende tiltak før oppstart

I planleggingsfasen ble det utarbeidet en opplærings- og kompetanseplan, samt tilpasset temabasert undervisnings- og opplæringsmateriell.

Prosjektet erfarte at det tok tid å utvikle planverk og undervisningsmateriale. Ved oppstart omorganisering hadde ca. 60-70% av alle ansatte i enhetene som var en del av prosjektet fått undervisningen som lå i opplæring og kompetanseplan grunnpakke 1, jf. kap. 5.7.3.

Ulik organisering og lokalisering i enhetene medførte ulik tilnærming til hvordan opplæringen ble gjennomført. I Bergenhus samlet prosjektet flere opplæringspakker i en undervisningsbolk, og tok ut ansatte med samme roller fra flere avdelinger, til en lengre opplæring på inntil tre timer. Prosjektet i Årstad gjennomførte enkeltstående undervisningspakker på 30-45 minutter i Lunsjen i fellesområdet. Undervisningen favnet alle faggruppene samtidig.

I tillegg til å gjennomføre kompetansehevende tiltak i Årstad, hadde prosjektet god erfaring med hospiteringsbesøk og informasjonsmøter med ansatte som allerede jobbet HeltOm. Dette var før oppstart omorganisering.

For mer utfyllende informasjon om kompetansearbeidet i prosjekt HeltOm 2.0 vises det til kapittel 5.0.

### 3.1.6 Støtte prosesser- endringer i elektronisk pasientjournal og biler

Omorganiseringen medførte at prosjektet måtte iverksette et omfattende arbeid med endringer i kommunens elektroniske journalsystem. Endringene gjaldt pasientoppdrag i forhold til avdelingstilhørighet, endringer i personellmodul, organisatorisk tilganger for ansatte og endringer i funksjonsgruppe.

Ny organisering skapte også et behov for flere biler enn tidligere på grunn av at sykepleiere i HT ivaretok et større geografisk område enn tidligere, jf. kap. 2.3.3.

### 3.2 Spesielt om arbeid i implementeringsfasen

For prosjektet var det i implementeringsfasen av HeltOm viktig å være tett på enhetene og ansatte i team. Dette ble blant annet ivare tatt gjennom pep-talks, Forms-undersøkelser, lokale prosjektgruppemøter og samarbeidsmøter.

Det var krevende for enhetene og skulle drifte og utvikle samtidig.

Det ble meldt om høy grad av negativt stress i stab og i alle team rundt selve flyttingen og oppstart av omorganisering. Spesielt i HT i Bergenhus, hvor sykepleiere fra fem ulike grupper som ikke kjente hverandre fra tidligere skulle jobbe sammen i ett HT, og alt som knyttet seg til medisinrom og logistikk av medisiner var nytt. Også i Årstad var mange sykepleiere nye for hverandre som samarbeidende kolleger, men de visste hvem de andre var og hadde møttes tidligere, i felles kantine og garderobe på grunn av samlokalisering.

OT i Bergenhus måtte fungere uten å kunne kjenne på tryggheten ved å ha sykepleiere lokalisert sammen med seg fysisk. Læringskurven i OT i Bergenhus ble derfor bratt. Ansatte i OT måtte raskt lære å fungere selvstendig.

Samtidig som ansatte kjente på negativt stress ved omorganisering, fikk prosjektet tilbakemeldinger om stor kollegial støtte og trivsel blant de ansatte, noe som var svært positivt. Dette var likt i Årstad og Bergenhus. Helsefagarbeidere i alle OT, både i Årstad og Bergenhus, mestret den nye rollen som vaktkoordinator bra, men det var noe individuelle forskjeller på hvor raskt ansatte ble trygg i nye arbeidsoppgaver.

#### 3.2.1 Funksjoner knyttet til HT ved oppstart

Bergenhus og Årstad gjorde noen ulike avveininger i planarbeidet opp mot oppstart av ny organisering, som resulterte blant annet i ulikhet mellom de to enhetene i hvilke funksjoner som var knyttet til HT ved oppstart HeltOm.

HT i Bergenhus hadde ikke egen fagansvarlig sykepleier ved oppstart, og staben var fysisk fjern fra driften i enheten. Årstad hadde en fagansvarlig i HT ved oppstart og valgte å ha to ansvarsvakter i HT, mens Bergenhus hadde én.

Bergenhus så behov for å ansette to fagansvarlige sykepleiere i midlertidige stillinger litt lengre ut implementeringsfasen, da de så at disse rollene representerte en kritisk faktor i omorganiseringsarbeidet.

#### 3.2.2 Rutiner for samhandling, medisinrom og logistikk

I takt med erfaring måtte Bergenhus utarbeide et vedlegg til prosedyrer/rutiner for medisinbehandling, elektroniske meldinger, transport av legemiddel og samarbeid mellom OT og HT i implementeringsperioden. Det var ikke alle forhold en hadde forutsett.

Begge enheter erfarte at det var utfordrende å få sykepleiere til og forholde seg til endrede rutiner knyttet til medisinbehandling ved oppstart.

### 3.2.3 Utfordringer med å dekke fagkompetanse i team

Rekruttering er en utfordring i hjemmetjenesten generelt. I hele implementeringsperioden har det vært store utfordringer med å skaffe nok fagkompetanse. Enhetene har vært avhengige av å leie inn sykepleiere og helsefagarbeidere fra byrå. Omfanget av vikar innleie var litt mindre i Bergenhus.

Ved prosjektets slutt var vikarbehovet redusert i begge enheter. Parallelt med innfasing av ny organisering hadde enhetene jobbet godt med rekruttering og bemanning, men enhetene opplever fremdeles at det er utfordrende å rekruttere nok fagkompetanse.

### 3.2.4 Innfasing av tverrfaglig samarbeid og organisering

Terapeutene og KEF skulle være en del av HeltOm modellen sin bemanning ved oppstart omorganisering. Dette ble utsatt da enhetene måtte holde fullt fokus på ny organisering, og en vurderte det som en risiko å tilføre et ytterligere moment med innfasing av terapeuter samtidig.

Terapeuter og tverrfaglig samarbeid ble faset inn tre til fire uker etter oppstart, men enhetens fokus på å komme inn i nye roller og teamorganisering gikk på bekostning av det ønskede fokuset på tettere tverrfaglig samarbeid. Prosjektets arbeid og erfaringer med tverrfaglig samarbeid og organisering er nærmere beskrevet i kapittel fire.

### 3.2.5 Behov for endringer i primærarbeidet

Prosjektet så behov for å tilpasse og endre primærarbeidet til en HeltOm-kontekst etter oppstart omorganisering. Dette arbeidet er omtalt i kapittel seks.

| Bergenhus   | Årstad  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppstart 13.09.22</li> <li>• Fagansvarlig stasjonert i OT fire dager i uken, sammen i HT onsdager</li> <li>• Opplæring rettet mot enkeltstående faggrupper</li> <li>• Team ikke samlokalisert</li> <li>• Administrasjonen var ikke lokalisert sammen med team</li> <li>• Samhandling mellom OT og HT utfordrende når ikke samlokalisert -kommunikasjon mellom teamene og transport av dosetter</li> <li>• Tverrfaglig samarbeid mer utfordrende i en ikke samlokalisert løsning</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppstart 20.09.22</li> <li>• For få sykepleiere</li> <li>• Fagansvarlig samlokalisert med OT og HT</li> <li>• Opplæring på tvers av faggrupper</li> <li>• Samlokaliserte team – OT og HT</li> <li>• Ledelsen var samlokalisert med team</li> <li>• Samhandlingen mellom team fløt lettere</li> <li>• Tverrfaglig samarbeid lettere i en samlokalisert løsning</li> </ul> |

Figur 8: viser ulikheter mellom enhetene i omorganiseringsprosessen, prosjekt HeltOm 2.0

## 3.3 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger fra implementeringsarbeidet

Implementeringen av HeltOm modellen har til tross for krevende prosesser og ulike forutsetninger i enhetene vært vellykket. Prosjektet har svart ut bestillingen og anbefalingene fra sluttrapport HELTOM, samt videreutviklet modellen i takt med erfaring.

Prosjektet vurderer det er en fordel at fagansvarlige sykepleiere er tett på HT ved oppstart av omorganisering, og at det kan være en fordel med to ansvarsvakter i ett HT som server fire OT. Dette for å sikre god nok responstid og opplevd tilgjengelighet på henvendelser fra OT. Bergenhus er fornøyd med å ha en ansvarsvakt og ønsker å fortsette med dette. En har heller opprettet «områdetelefoner» som blir håndtert av sykepleiere i HT. Vaktkoordinatoren i OT på kveld og helg kan ringe disse telefonene ved spørsmål.

Fagansvarlige har en viktig rolle i opplæring og kompetansearbeidet i forkant og under omorganiseringsprosessen. Prosjektet har erfart at også sykepleiere og ledere kan ha behov for kompetansehevede tiltak, jf. kapittel fem.

Det bør legges til rette for gode felles prosesser mellom ansatte som skal jobbe sammen i forkant av ny organisering, særlig i team med ansatte som ikke kjenner hverandre og har jobbet sammen før.

I tillegg til et godt og systematisk arbeid med kompetansehevede tiltak og opplæring i nye roller, erfarer prosjektet at hospiteringer eller besøk fra andre enheter som jobber med HeltOm kan ha en trygghetsskapende effekt. Samlet legger dette det beste grunnlaget for en god opplevelse av omorganiseringsprosessen hos ansatte.

Det tverrfaglige samarbeidet har kommet litt i skyggen av enhetenes fokus på å komme inn i ny organisering. En bør vurdere en enda senere innfasing av terapeuter og tverrfaglig samarbeid i HeltOm 3.0.

### 3.3.1 Samlokalisering versus ikke samlokaliserte team

Samlokalisering av HT og OT ble nevnt som en suksessfaktor i piloten HELTOM. Det å ikke være samlokalisert har vist seg å være en stor risiko i HeltOm modellen. Spesielt gjør dette seg gjeldende opp mot samhandling mellom OT og HT, transport av dosetter mellom team, og mulighet for effektiv utnyttelse av ergo- og fysioterapeutressurser. Geografisk avstand mellom team setter begrensninger for den fysiske kontakten. Erfaringen er at det kan påvirke trygghet og samhandling i negativ retning.

Dersom en ikke samlokaliserte teamene i HeltOm 3.0, må prosjektet kompensere ved å ha et spesielt fokus på og utvikle en opplevelse av trygghet blant de ansatte i teamene (psykologisk trygghet) før omorganiseringen. I tillegg vil team kunne ha behov for ekstra støtte.

Erfaringene tilsier at der team ikke samlokaliseres krever det ekstra solide samarbeidsstrukturer, og at en må være forberedt på større usikkerhet og flere endringer underveis i arbeidet.

### 3.3.2 Teamdimensjonering

Ny beregningsmodell for dimensjonering av HT i HeltOm 2.0 er velfungerende og bærekraftig. Prosjektet vurderer at teamstørrelsen med ti arbeidslister i OT på en dagvakt i ukedagene ikke bare er hensiktsmessig, men en kritisk suksessfaktor i HeltOm modellen.

Det har vært et spørsmål om en kan si noe om fordelingen av helsefagarbeidere og assistenter i OT i HeltOm. Prosjektet har her valgt å ikke legge noen eksakte føringer i HeltOm 2.0, men ser at det bør være en overvekt av helsefagarbeiderkompetanse i OT.

Videre erfarer prosjektet at fire OT tilknyttet ett HT kan fungere som en god regel, under forutsetning at størrelsen på OT er relativt konstant. Det er viktig at HT ikke blir for stort geografisk og med hensyn til antall pasienter. Det handler også om en kapasitet til å kunne håndtere elektroniske meldinger.

### 3.3.3 Positive arbeidsmiljø og mer variasjon i hverdagen

Ansatte sier i pep-talk-samtaler at de opplever å gi mer helhetlige tjenester enn før HeltOm modellen ble innført. De formilder også at HeltOm-modellen gir dem mer variasjon i arbeidsoppgaver fordi ansatte ruller på oppgaver inne og ute på liste ute hos pasientene. Dette gir mindre fysisk belastning. Ansatte forteller nå om et arbeidsmiljø med høy grad av trivsel og kollegial støtte.

Samlet sett vurderer prosjektet at dette i fremtiden kan gi lavere sykefravær og turnover, og gjøre det lettere å rekruttere.

### 3.3.4 Usikkerhet og endringshåndtering

Prosjektet sitt fokus på løpende tilbakemeldinger i pep-talks og et målrettet arbeid med usikkerhet og endringshåndtering har fungert bra. Åpenhet og involvering rundt endringsprosesser har gitt mindre motstand enn forventet. Prosjektarbeidet har vært preget av godt samarbeid mellom ansatte og stor kollegial støtte.

Det er ikke blitt rapportert om flere avvik i Årstad eller Bergenhus i implementeringsfasen, sammenliknet med før omorganisering.

Prosjektet erfarer at ny organisering er godt implementert ved avslutningen av prosjektet. Alle involverte faggrupper formidler at de ikke vil tilbake til tradisjonell organisering. De rapporterer om flere fordeler knyttet til kvalitet og opplevd god organisering under HeltOm modellen.

## Implementering teamorganisering- HeltOm 2.0

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vellykket omorganisering HeltOm i Bergenhus og Årstad</li> <li>- Nytt primærkontaktsystem, jf. kap. 6.</li> <li>- Nye samarbeidsrutiner OT og HT, samlokalisert og ikke samlokalisert enhet</li> <li>- Nye endringer i Profil tilpasset HeltOm kontekst</li> </ul>   |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Team er samlokaliserte</li> <li>- God kultur og rutiner for samhandling HT og OT</li> <li>- Enhetsledelsen er stasjonert på samme sted som team</li> <li>- Egne fagansvarlige knyttet tett til alle team før og ved omorganisering</li> <li>- Når en ikke er samlokalisert, må fagansvarlig være stasjonert i OT de fleste dagene frem til teamet har «satt seg»</li> <li>- Når en ikke er samlokalisert, må en ha egen «støttegruppe» til praktisk arbeid ved omorganiseringen i dagene før og ukene etter omorganiseringen</li> <li>- Primærkontaktsystem på plass før omorganisering</li> <li>- Systematisk og målrettet opplæring i nye roller og fag før oppstart omorganisering, jf. kap. 5</li> <li>- Riktig dimensjonering av team</li> <li>- God nok fagdekning i OT og HT</li> </ul>   |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HT må ha fagansvarlig-ressurser tilgjengelig</li> <li>- Om enheten ikke samlokaliseres, må ansatte i hvert enkelt team samles før omorganisering med hensikt å skape større psykologisk trygghet i teamet</li> <li>- Om enheten ikke samlokaliseres, bør det opprettes en gruppe med ansatte som er behjelpelig i HT med aktuelle gjøremål i forbindelse med omorganiseringen</li> <li>- Det er viktig at en kommer så tidlig som mulig i gang med fordeling av pasientoppdrag PBP og HSY mellom OT og HT</li> <li>- Ved ledighet i sykepleierstillinger i planleggingsfasen, bør det vurderes om disse skal omgjøres til helsefagarbeiderstillinger</li> <li>- Teamstørrelsen er vurdert til akseptabel for OT med 10 arbeidslister per team på dagvakt</li> <li>- Maksimum fire OT tilknyttet ett HT</li> <li>- Opplæring tilpasses enhetens organisasjonsform</li> <li>- Innføre systematisk arbeid med mål og tiltak for ansatte i profil som en del av planlegging og dokumentasjon av sykepleie</li> <li>- Videreutvikle primærkontaktsystemet i alle enheter</li> <li>- Se videre på mulige endringer i Profil som kan understøtte mer selvstendige team</li> </ul> |

Figur 9: viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra implementeringsarbeidet

### 4.0 Delprosjekt tverrfaglig samarbeid og organisering

Hjemmebaserte tjenester er en viktig bærebjelke i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Innbyggere skal kunne bo hjemme og klare seg selv, lengst og best mulig. Å sikre en organisering som gir mer helhetlige og tverrfaglige tilnærminger til brukerbehov, med et økt fokus på pasienten sine ressurser og hverdagsmestring er

essensielt. Dette kan forebygge behovet for eller redusere omfanget av kompenserende hjelp. Et vellykket arbeid vil være en gevinst for den enkelte pasient, men også for kommunen og velferdsstaten. Derfor har prosjekt HeltOm 2.0 vært opptatt av å gi ansatte i EHBT økt forståelse av tiltak som bevarer eller øker pasienten sin evne og mulighet til mestring og egenomsorg. Prosjektet har sett viktigheten av å prøve å bygge ned de organisatoriske og profesjonelle skottene som lett oppstår mellom faggrupper som er organisert i ulike kommunale etater eller tjenester. Et viktig tiltak i denne sammenheng har vært å sette i system et tettere samarbeid og involvering mellom ulike faggrupper i hjemmebaserte tjenester. I piloten HELTOM ble dette testet ut opp mot fysioterapeuter og ergoterapeuter, mens en i HeltOm 2.0 har utvidet konseptet og tatt inn kliniske ernæringsfysiologer.

Kjernen i det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm er ukentlige tverrfaglige tavlemøter. På møtene har ulike profesjoner diskutert tiltak for å ivareta pasienten sin funksjon i dagliglivet. De har også gjort felles vurderinger av tiltak som skal møte pasienten sine individuelle behov.

Ved oppstart av HeltOm 2.0 var ikke modellen for tverrfaglig samarbeid og organisering besluttet, men det forelå noen anbefalinger og føringer fra piloten.

Det ble opprettet en tverrfaglig arbeidsgruppe som bestod av ulike fagområder og tillitsvalgte i HeltOm 2.0.<sup>13</sup> Flere hadde erfaring fra Fana- eller Ytrebygda-modellen. Arbeidsgruppen fikk et eget mandat fra styringsgruppen. Det var en uttalt forventning om at en i prosjekt HeltOm 2.0 skulle presentere en løsning for organisering og samarbeid som kunne gjenspeile de positive erfaringene fra samarbeidet i Fana modellen i pilot.

På bakgrunn av dette kom arbeidsgruppen tilbake med en samlet innstilling til styringsgruppen i april 2022. Arbeidsgruppen til prosjektet anbefalte en hybridløsning. Den var å anse som et kompromiss mellom de to ulike tilnærmingene fra første pilot HELTOM.<sup>14</sup> Terapeuters tilknytning til eget fagmiljø ble vektlagt. Hybridmodell ble godkjent i styringsgruppen, og skulle gjennomføres i løpet implementeringsfasen i HeltOm 2.0, og deretter evalueres.

#### 4.1 Hybridmodell for tverrfaglig samarbeid i HeltOm 2.0

I hybridmodellen skulle faste terapeuter være knyttet til OT- og HT-teamene, og samtidig være del av sitt eget fagmiljø, og ansatt i egen etat (Etat for vurdering og rehabilitering). Terapeuter skulle ha fast oppmøte i HeltOm-enhetene en til to dager i uken og delta i tverrfaglige tavlemøter. Fysisk base og arbeidssted for terapeuter i HeltOm skulle ligge i HT. Dette ble omtalt som tilstedeværelse og skulle skape gode rammer for det tverrfaglige samarbeidet. Terapeuter skulle videre ha mulighet til å jobbe med pasienter som ikke hadde tjenester fra OT og HT de dagene de hadde oppmøte ute i enhetene.

---

<sup>13</sup> Jf. vedlegg 2: *Oversikt deltakere i styringsgruppen, lokale prosjektgrupper og arbeidsgrupper HeltOm 2.0*

<sup>14</sup> Integriert modell: terapeuter ansatt i etat for hjemmebaserte tjenester, lik Fana modell i piloten HELTOM. Hybrid modell: terapeuter ansatt i egen etat (EVR) men jobber deler av stillingen sin i EHBT og HeltOm.

Omfang og fordeling av terapeutressurser tok utgangspunkt i antall team i den enkelte EHBT enhet. Teamstørrelsen på OT og HT ble ansett som relativt konstante, basert på anbefalinger og retningslinjer for dimensjonering av team, jf. kapittel 3.3.2.

Prioriteringsnøkkelen<sup>15</sup> skulle gjelde for å unngå at samme pasientgrupper i ulike tjenester i kommunen ble behandlet forskjellig.

#### 4.1.1 Spesielt om fagansvarlige sin rolle og kliniske ernæringsfysiologer

Fagansvarlige fikk ansvar for å forberede, lede og koordinere gjennomføringen av de tverrfaglige tavlemøtene, i tråd med endring av rolle i HeltOm 2.0.<sup>16</sup> Dette var en endring fra piloten, hvor sykepleiere eller terapeuter i HT hadde hatt oppgaven.

Som nevnt var det også nytt at kliniske ernæringsfysiologer ble innlemmet i det tverrfaglige samarbeidet. Disse var ansatt i Etat for hjemmebaserte tjenester, i staben, men hadde faste dager hvor de jobbet og satt ute i tildelte enheter i hjemmebaserte tjenester.

#### 4.1.2 Rammer for tverrfaglig samarbeid og uttesting i HeltOm 2.0

Før oppstart ble det utarbeidet forslag til rutine for tverrfaglig tavlemøte. Rutinen beskrev målsetting, prioritering av pasienter, gjennomføring av tverrfaglig tavlemøter og oppfordret til bruk av hjelpespørsmål for et rehabiliterende pasientfokus, også kalt «gullspørsmålene»:

Hva kan pasienten klare bedre selv med:

- trening
- støtte
- hjelpemidler
- tilrettelegging
- motivasjon og støtte
- endret eller bedret ernæringsstatus
- bruk av nettverk og interesser?

Inkluderingskriteriene for pasienter til tverrfaglig tavlemøte og skisse til oppsett tverrfaglig tavle ble beholdt fra pilot ved oppstart HeltOm 2.0. Alle terapeuter og ansatte i OT og HT fikk samme undervisning om målsetting for tverrfaglig samarbeid i HeltOm, opplæring i grunnleggende tverrfaglig samarbeid og rehabiliteringstankegang, jf. kapittel 5.7.

---

<sup>15</sup> Prioriteringsnøkkelen er et veiledende verktøy for fysio- og ergoterapeuter og brukes i flere av landets største kommuner. Det er utarbeidet av et nasjonalt fagnettverk. ASSS-prioriteringsnøkkel skal hjelpe terapeuter å prioritere mellom ulike pasientsaker, der ressursituasjonen tilsier en ikke kan ta alle saker fortløpende.

<sup>16</sup> Jf. vedlegg 7: *Forslag til ny stillingsbeskrivelse fagansvarlig sykepleier, fra delprosjekt i EHBT Fana/Ytrebygda*



## 4.2 Arbeid og endringer i prosjektperioden

Perioden for uttesting varte kun i fire måneder. Derfor besluttet styringsgruppen at midtevalueringen gikk ut. I stedet ble pep-talks med terapeuter og kliniske ernæringsfysiologer, og to Forms-undersøkelser brukt som evalueringsverktøy.

Det ble ikke vurdert å være for stor risiko ved hybridmodellen ved oppstart. Arbeidsgruppen for tverrfaglig samarbeid og organisering hadde kommet med noen klare forventninger knyttet til egnede arbeidsstasjoner for terapeutene når de var i OT og HT-enhetene. Noen terapeuter var bekymret for transporttid og logistikk, spesielt i enheten Bergenhus. Dette fordi terapeutene var avhengige av å bruke kollektivtransport og hadde ikke egne biler.

Oppfølgingen av modellen i den enkelte enhet ble fordelt mellom de to prosjektlederne. På grunn av begrensede prosjektpressur, fikk ikke prosjektet fulgt opp det tverrfaglige arbeidet i Fana/Ytrebygda like tett som de enhetene som var en del av implementeringsarbeidet i Årstad og Bergenhus.

Det ble bestemt at den nye tverrfaglige modellen i Bergenhus og Årstad skulle fases inn en stund etter oppstart omorganisering høsten 2022. Enheten Fana og Ytrebygda startet også opp med ny modell i samme tidsrom. I Fana/Ytrebygda hadde ergo- og fysioterapitjenesten, i perioden april og september, tatt over sakene som stod i restanse fra piloten, og tatt et stort ansvar for gjennomføring av tavlemøtene i påvente av nytt prosjekt. De gjennomførte arbeidet her med en liten fast tilstedeværelse i enheten. Ved oppstart HeltOm 2.0 var det kun fire terapeuter igjen som hadde erfaring fra første pilot, 1 i Fana og 3 i Ytrebygda.

Av ulike årsaker ble det ikke gjennomført hospiteringsbesøk fra Årstad og Bergenhus til Fana/Ytrebygda, med fokus på tavlemøter, før oppstart av tverrfaglig samarbeid i nye enheter.

### 4.2.1 Ulikheter mellom enhetene

Enhetene testet ulike tilnærminger til gjennomføring av de tverrfaglige tavlemøtene med utgangspunkt i gitte rammer og lokale behov. Dette resulterte i ulikt antall tavlemøter per uke, ulikt tidspunkt for gjennomføring av tavlemøtet (i lunsj eller som eget møte), tidspunkt for gjennomføring av tavlemøtet, samt utforming og bruk av tverrfaglig tavle som verktøy.

Prosjektet fikk ikke testet ut strukturer for samhandling mellom ledelsen for EHBT og terapeuter under en hybridmodell, dette må eventuelt gjennomføres i HeltOm 3.0.

Informasjon som har kommet frem i andre fora, utenom pep-talks og Forms-undersøkelser, kan tyde på noe ulik praktisering i enhetene knyttet til hvordan terapeutene har tolket og latt prioriteringsnøkkelen være veiledende opp mot pasientsaker i HeltOm. Det er viktig en får på plass en lik praksis i HeltOm 3.0.

## 4.3 Evaluering - tverrfaglig samarbeid og organisering i HeltOm 2.0

Ved implementeringsperiodens slutt ble det utarbeidet en delrapport som evaluerte det tverrfaglige samarbeidet og organiseringen i HeltOm 2.0. I det følgende presenteres de viktigste funnene fra denne evalueringen.

#### 4.3.1 Mer helhetlige tjenester og riktig rekkefølge på tiltak

Ansatte i begge etater evaluerte det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm 2.0 stort sett som godt og positivt, men en ser klare forbedringsområder. Både ansatte og ledere (i begge etater) fremhevet at et tettere samarbeid var nyttig og ønskelig. Spesielt viktig vurderte de samarbeidet for pasienter som hadde behov for tverrfaglige tjenester som følge av ALS og kreft. Det ble opplevd som lærerikt og utviklende for alle involverte faggrupper å samarbeide tettere.

Ansatte i hjemmebaserte tjenester meldte i pep-talks at det tverrfaglige samarbeidet hadde bidratt til mer helhetlige tjenester. De mente at pasienten fikk et tjenestetilbud, hvor tiltak på tvers av faggrupper i større grad skjedde i riktig rekkefølge. Et eksempel var en underernært bruker, som samtidig ønsket fysioterapi. På det tverrfaglige tavlemøtet ble en enige om å jobbe med ernæringsstatus før en startet opptrening. Resultat var at pasienten fikk bedre effekt av treningen.

#### 4.3.2 Kortere responstid

Ansatte i OT og HT opplevde, både i piloten og i HeltOm 2.0, at det tok kortere tid før de fikk svar på henvendelser til fysio- og ergoterapeutene. De erfarte også at ansatte på tvers av etater fikk til et raskere samarbeid, sammenlignet med tradisjonell organisering, selv om prioriteringsnøkkelen ble brukt. Trolig kan dette skyldes at det gjennom tverrfaglige diskusjoner i tavlemøtene ble lettere å danne seg bilde av pasient sine behov, stille oppfølgende spørsmål og få svar «over bordet». Ansatte i EHBT synes det det var positivt de ofte slapp ventetiden som følger med en henvisning.

#### 4.3.3 Faste terapeuter og fagansvarlige sykepleiere i ny rolle øker kvaliteten

Alle som deltok på tavlemøtene fremhevet at det var svært positivt at fagansvarlige sykepleiere ledet og planla tavlemøtene, fordi det økte faglig kvalitet og tilførte kontinuitet på tavlemøtene. Ledelsen i EVR ønsket likevel at en burde åpne opp for at terapeutene kunne planlegge og lede tavlemøtene, da en hadde gode erfaringer fra dette i Fana/Ytrebygda. En mente dette blant annet kunne føre til et større eierskap til arbeidet i HeltOm hos involverte terapeuter. EHBT hadde også gode erfaringer med at klinisk ernæringsfysiolog hadde testet ut å ha denne oppgaven. En vil se nærmere på dette i HeltOm 3.0.

Det ble videre vurdert av ansatte i begge etater som positivt at det var faste terapeuter knyttet til HeltOm.

#### 4.3.4 Forberedelse av tverrfaglige tavlemøter

Etter hvert som nytt primærkontaktsystem ble satt i system, erfarte prosjektet at det var en fordel at primærkontaktene til de pasientene som skulle diskuteres i tavlemøtene deltok, jf. kapittel seks. Dette fordi tiltakene og arbeidet rundt pasientene da i større grad kunne bli forankret og fulgt opp i etterkant av tavlemøtene. Primærkontaktene hadde dessuten best forutsetning for å presentere pasienten på det tverrfaglige tavlemøtet.

I en workshop ble enhetene enige om å utarbeide en sjekklister som skulle hjelpe primærkontaktene med å forberede pasientsakene før de ble behandlet for første gang i

tavlemøtet. Dette skulle styrke grunnlaget for å gjøre gode vurderinger og få kunnskapsbaserte diskusjoner i tavlemøtene. Dette står som restanse til HeltOm 3.0.

#### 4.3.5 Forbedringer av tverrfaglig tavle og dokumentasjon i journal

I Årstad hadde en gode erfaringer med å teste ut en digital variant av tverrfaglig tavle.

På en workshop kom det frem at enhetene så et behov for å revidere oppsett på tverrfaglig tavle og bruke et felles oppsett. De ønsket en tavle som i større grad tok i bruk og satte søkelys på aktiviteter i dagliglivet (ADL), uavhengig om enheten hadde en fysisk eller digital variant. Ansatte mente også at det var viktig å få rutiner for dokumentasjon i Profil om felles HeltOm-pasienter, slik at en unngikk at informasjonen kun fantes skriftlig på en tavle, som ikke var knyttet til pasienten sin journal.

#### 4.3.6 Gjennomføring av tverrfaglige tavlemøter

Evaluering viste ingen forskjeller på opplevd kvalitet på tavlemøtene ut fra om det ble gjennomført i lunsjtid i team eller som separat møte. Alle enheter var fornøyd med sin variant. Prosjektet mener imidlertid at det ikke anbefales tavlemøter i lunsjtiden, dersom team er overdimensjonert med et for stort antall lister. Dette skyldes at ansatte da ikke klarer å være fokusert. Dessuten kan ansatte ha behov for å slappe av når de kom inn for å spise lunsj.

Erfaringen fra prosjektperioden tilsier at det er nødvendig å holde tverrfaglig tavlemøte minimum én gang i uken i hvert team. Der det er blitt holdt ett tverrfaglig tavlemøte i uken, har en kompensert med å utvide møtetiden fra 15 minutter til 30 minutter. Dette meldes å være hensiktsmessig.

Enhetene hadde ulike oppfatninger om hvor behovet for tverrfaglige tavlemøter var størst, i HT eller OT.

Ansatte og fagansvarlige mente videre at det å systematisk bruke og stille «gullspørsmålene», jf. kapittel 4.1.2, ga bedre kvalitet på diskusjonene i tavlemøtene.

#### 4.3.7 Henvisning til andre kommunale tilbud

Evalueringene viste at enhetene kan bli bedre på å henvise pasienter til øvrige kommunale tilbud, som har til hensikt å bygge opp under pasienten sin rehabilitering, mestring eller aktivitet i hverdagen. Spesielt gjaldt det tilbud i egen etat, som lå under enheten «Aktivitet og mestring». Enhetene hadde også forbedringspotensial til å sette flere mål og tiltak for pasienter, for at de skal kunne gjenvinne eller bevare/ opprettholde sin funksjon i dagliglivet.

Evalueringen tyder på det er behov for å bygge ytterligere tverrfaglig kompetanse og forståelse i tjenestene.

#### 4.3.8 Tverrfaglige hjemmebesøk

I evalueringssamtaler fremkom det at enhetene burde tilstrebe flere hjemmebesøk hos pasientene sammen med terapeuter, enn det som er gjennomført i prosjektperioden. Ledere i fysio- og ergoterapitjenesten vurderte at dette kunne ha en kompetanseoverførende effekt og bidra til lettere samarbeid.

#### 4.3.9      *Utfordringer med hybridmodellen*

Evalueringen av organiseringen i en hybridmodell viste at ansatte i Etat for hjemmebaserte tjenester var mer fornøyde med det tverrfaglige samarbeidet og organiseringen enn ansatte i Etat for vurdering og rehabilitering. Terapeuter kunne i pep-talks gi uttrykk for et visst krysspress i jobbhverdagen, hvor omfang av arbeidsoppgaver og forventinger kunne komme i konflikt. Spesielt knyttet dette seg til de lange ventelistene i fysio- og ergoterapitjenesten, som også favner pasienter utenfor EHBT.

Både terapeuter og ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde en felles opplevelse av at ansatte i OT og HT burde kontakte terapeutene oftere når terapeutene hadde oppmøte og tilstedeværelse ute i enhetene til OT og HT. Det var ulik opplevelse mellom ansatte i EHBT og EVR i hvilken grad omfanget av tilstedeværelse i enhetene var hensiktsmessig, utover det tverrfaglige tavlemøtet. Terapeuter foreslo derfor at fast oppmøte i enhetene kunne gå ut, og at en heller fikk en fast tilstedeværelse i enhetene en time før og etter tavlemøtene, hvor de var tilgjengelig for spørsmål fra ansatte i teamene. Ansatte i EHBT ønsket at omfanget av tilstedeværelse av terapeuter i HeltOm skulle opprettholdes etter prosjektets avslutning.

Evalueringen viste imidlertid flere grunner til utfordringen med å optimalisere det tverrfaglige samarbeidet, utover de tverrfaglige tavlemøtene. Den viktigste barrieren kunne være at ansatte i ergo- og fysioterapitjenesten og ansatte hjemmebaserte tjenester hadde ulike arbeidstidsordninger. Terapeuter begynte seinere på jobb, og ansatte i OT og HT hadde dratt fra basen, og ut til pasientene når terapeutene startet arbeidsdagen.

I Årstad og Bergenhus stod enhetene i en krevende omorganiseringsprosess, samtidig som de skulle etablere et nytt tverrfaglig arbeid. Enhetene i EHBT erkjente at terapeutene burde ha blitt kontaktet oftere, utover tavlemøtene, men meddelte at ansatte hadde brukt mye tid og ressurser på å komme inn i ny organisering. Dette medførte at det tverrfaglige arbeidet hadde kommet litt i skyggen. Enhetene vurderte dette ville bli bedre når ny organisering hadde fått satt seg. Etat for hjemmebaserte tjenester ønsket derfor et fortsatt oppmøte av terapeuter i HeltOm-enhetene.

Prosjektet vurderer at det fremover blir viktig å kommunisere tydeligere en forventning om et felles ansvar for å ta initiativ til kontakt og tverrfaglig samarbeid.

På den andre siden viste evaluering at terapeuter kunne ha et forbedringspotensial i å utnytte det mulighetsrommet og fleksibiliteten som lå i hybridmodellen, og jobbe med andre saker som ikke nødvendigvis lå til HeltOm de dagene de har oppmøte i enhetene.

Arbeidsstasjoner for terapeuter i enhetene til EHBT ble vurdert av terapeuter til ikke å være gunstige eller tilfredsstillende.

Bekymringen knyttet til transport og logistikk i Bergenhus, der terapeuter måtte bruke mye tid på å forflytte seg fra team til team viste seg å være reell. Det var også ulikt mellom enhetene hvor godt terapeutene følte seg integrert i arbeidsmiljøet.

Til tross for opplevde utfordringer meddelte terapeutene at de foretrakk å være organisert i Etat for vurdering og rehabilitering, og jobbe videre med å forbedre samarbeidet innenfor rammen av en hybridmodell i HeltOm, fremfor en integrert løsning.

Noen terapeuter etterlyste en tydeligere konkretisering av hvilke pasientgrupper kommunen ønsker å spisse det tverrfaglige samarbeidet mot i HeltOm. Prosjektet mener at mål i

prosjektets mandat og forslag til rutine for tverrfaglige tavlemøter i HeltOm svarer dette ut tilstrekkelig. En må forvente at de ulike faggruppene i HeltOm skal kunne utøve faglig skjønn og selv vurdere hvilke pasienter som er mest aktuell å samarbeide om.

#### 4.4 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger opp mot tverrfaglig arbeid

Prosjektet vurderer at kommunen gjennom HeltOm 2.0 har kommet godt i gang med et tettere tverrfaglig samarbeid og har nådd flere av målene for arbeidet. Det er et godt grunnlag å bygge videre på. En kan på generelt grunnlag si det tverrfaglige arbeidet fungerer greit under en hybridmodell, men det er klare forbedringsområder. Det er behov for justeringer på ansatt- og tjenestenivå. Evaluering viser det er lokale forskjeller, innad i den enkelte enhet og mellom enheter i hvor godt det tverrfaglige samarbeidet fungerer, og i hvilken grad terapeuter føler seg integrert. Det er særskilte utfordringer der enhet ikke er samlokalisert.

Det kan virke som om implementeringsarbeidet av HeltOm i seg selv har tatt mye av de ansatte i hjemmebaserte tjenester sin oppmerksomhet. Dette har trolig gått utover fokuset på hensikten og de tiltak kommunen ønsker skal komme ut av et tettere samarbeid på tvers av tjenester og faggrupper i HeltOm, samt påvirket i hvilken grad en har fått til en god nok integrering terapeuter i arbeidsmiljøet i EHBT, og utnyttet terapeutenes tilstedeværelse optimalt.

I den pågående utviklingen av HeltOm-modellen, der ansatte i team ruller på arbeidsoppgaver inne på dagtid, taler videre for at flere ansatte i OT og HT har mulighet til å ta kontakt med eller kan bli kontaktet av terapeuter, også utenom tavlemøtene. Enhetene i Etat for hjemmebaserte tjenester støtter denne vurderingen.

Terapeutene kan på sin side bli noe bedre på å bruke mulighetsrommet de har til å jobbe med andre pasientsaker, som ikke er HeltOm, de dagene de har oppmøte ute i enhetene. Dette gjelder spesielt i EHBT hvor enhet er samlokalisert, og terapeuter ikke bruker mye tid til å forflytte seg mellom team.

Prosjektet mener det er viktig at alle involverte har en felles erkjennelse av at ting tar tid. Det å ha en relativt høy grad av tilstedeværelse av terapeuter i EHBT, som i prosjektperioden, er spesielt viktig for et tettere samarbeid. Et nytt tankesett og en tettere tverrfaglig organisering må også få tid til å sette seg i tjenestene.

Prosjektet mener at vi kan bli bedre på å skape gode tverrfaglige diskusjoner og få på plass enkle tiltak i hjemmet som har til hensikt å bygge opp under pasienten sin mestring og egenomsorg/funksjon i dagliglivet. HeltOm-enhetene kan også i en større grad henvise pasienter til andre kommunale rehabiliterende tilbud, samt vurdere å få inn punkter om tverrfaglig samarbeid i HeltOm i stillingsbeskrivelser.

Skal kommunen sikre fokus og en ytterligere dreining fra kompensere til mer rehabiliterende hjelp, anbefaler prosjektet at enhetene i EHBT starter med å registrere

oppstart av tiltak knyttet til funksjon i dagliglivet og henvisninger til andre rehabiliterende tilbud, samt tar i bruk funksjonstester<sup>17</sup>.

I hvilken grad team jobber etter ny modell for fagansvarlig rollen (jf. kapittel fem), har fått på plass et nytt primærkontaktsystem (jf. kapittel seks), har en hensiktsmessig dimensjonering av OT (jf. kapittel 3), har et søkelys på ADL og tilstreber gode forberedelser av pasientsaker, påvirker også kvaliteten og tiltakene som skapes i det tverrfaglige samarbeidet.

Det kan være behov for å se på særskilte løsninger i det tverrfaglige samarbeidet i en HeltOm-organisering der OT og HT ikke er samlokalisert.

Det er videre et behov for å etablere en god beslutnings- og ledelsesstruktur for tverrfaglig samarbeid på ledernivå under en eventuell fortsatt hybrid. Dette bør følges opp av drift, og ikke ligge under prosjektet. Rutine for tverrfaglig tavlemøte bør revideres i takt med erfaringer. Under en fortsatt hybridløsning er det behov for å sikre at en har en omforent forståelse av bruken av prioriteringsnøkkelen i HeltOm, jf. kapittel 4.2.1.

Prosjektet understreker at flere av forbedringstiltakene som her er skissert, må tas tak i under HeltOm 3.0, uavhengig av hvilken organisatorisk modell kommunen velger for terapeuter. Arbeidet som står som en restanse. Prosjektledelsen anbefaler derfor det opprettes et eget delprosjekt i HeltOm 3.0, med særskilt fokus på tverrfaglig samarbeid og organisering.

#### 4.4.1 Valg av modell – hybrid eller integrert?

Det er prosjektet sin videre anbefaling at det på det nåværende tidspunkt vil være for prematurt å ta stilling til om hybridmodellen skal være det foretrukne valget i en fremtidig HeltOm organisering. De viktigste argumentene knytter seg til tidspunktet for uttesting (stor pågående omorganiseringsprosess for EHBT). Videre har tiden for uttesting av en hybrid vært relativt kort. Dersom det er vilje til å ta ansvar og initiativ i begge tjenester, vil terapeutene sitt oppmøte ute enhetene, trolig bygge ned barrierer, øke muligheten for kompetanseoverføring og stimulere til et ytterlig godt samarbeid.

Hybridmodellen vil være den mest fleksible og økonomisk bærekraftige måten å utnytte terapeutressursene på for kommunen som helhet. Og terapeuter ønsker fortsatt å være organisert i EVR. At det kommer på plass lederstrukturer under en hybrid modell, hvor ansvaret for å finne de gode løsningene eies av driften, vil trolig virke positivt. Prosjektet vurderer at kommunikasjonen på den måten blir mer direkte mellom partene, og at forventningene til resultat og gevinstrealisering i en større grad forankres hos tjenestene selv.

På ett tidspunkt må byrådsavdelingen i samråd med berørte etater velge en modell for samarbeid og organisering av fysio- og ergoterapeuter i HeltOm-modellen. Enten en integrert modell, hvor terapeutressurser overføres til Etat for hjemmebaserte tjenester, eller en fortsatt

---

<sup>17</sup> Funksjonstester kan være verktøy eller tester som måler en pasient sin grad av funksjon i dagliglivet. Funksjonstester kan følge en pasient sin utvikling over tid. Eks: balanse eller gangfunksjon.

hybrid. Etatsdirektører, tillitsvalgte og verneombud i de to etatene har etter oppdrag fra kommunaldirektør utarbeidet en oversikt over "pro aut contra" for de to ulike modellene.

Argumenter og hensyn i en slik avgjørelse bør være basert på en samlet helhetsvurdering, og ulike tiltak bør derfor først være tilstrekkelig testet ut.

## Tverrfaglig samarbeid og organisering HeltOm 2.0

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny og bærekraftig modell for tverrfaglig samarbeid og organisering (hybrid) i HeltOm</li> <li>- Bedre helhetlige og tverrfaglige tjenester</li> <li>- Økt tverretatligsamarbeid</li> <li>- Økt kompetanseoverføring mellom faggrupper</li> <li>- Økt fokus på pasienten sine ressurser og funksjon i dagliglivet</li> <li>- Revidert oppsett tverrfaglig tavle</li> <li>- Uttesting av digital tverrfaglig tavle</li> </ul>  |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles forståelse av mål for tverrfaglig samarbeid i HeltOm og ansvar</li> <li>- Faste terapeuter og fagansvarlige sykepleiere knyttet til tverrfaglig arbeid i HeltOm</li> <li>- Ansvarliggjøring og deltakelse av primærkontakter i tverrfaglige tavlemøter</li> <li>- Gode forberedelser av pasientsaker som skal opp i tavlemøter, der fagansvarlige sykepleiere forbereder og leder møtene.</li> <li>- God dimensjonering av team</li> <li>- God ledelsesforankring</li> <li>- God integrering og tilrettelegging for terapeuter i HeltOm</li> </ul>  |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opprettes et eget delprosjekt som jobber videre med gevinstrealisering og koordinering av tverrfaglig samarbeid i alle HeltOm enhetene i HeltOm 3.0</li> <li>- Beslutte organisasjonsmodell for terapeuter i HeltOm 3.0</li> <li>- Utvikle en velfungerende lederstruktur for samarbeid mellom EVR og EHBT under en evt. hybridmodell</li> <li>- Vurdere å revidere stillingsbeskrivelser</li> <li>- Revidere rutine tverrfaglig tavlemøte</li> <li>- Sikre en felles forståelse knyttet til bruk av den veiledende prioriteringsnøkkelen på tvers av enheter under en evt. hybrid modell</li> <li>- Utarbeide forberedende sjekklister for tverrfaglig tavlemøte</li> <li>- Styrke den tverrfaglige kompetansen</li> <li>- Bruke et felles oppsett tverrfaglig tavle i alle HeltOm enheter</li> <li>- Måle henvisninger og tiltak med fokus på funksjon i dagliglivet i tavlemøtene</li> <li>- Innføre mer bruk av funksjonstester</li> <li>- Se på mulighet for at terapeuter og ernæringsfysiologer kan planlegge, lede og ha ansvar for tverrfaglige tavlemøter</li> <li>- Utarbeide rutiner for tverrfaglig dokumentasjon i pasientjournal</li> <li>- Fase inn terapeuter tidligst 2 mnd. etter oppstart omorganisering i nye HeltOm enheter</li> </ul> |

Figur 10: viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra arbeid med tverrfaglig samarbeid og organisering HeltOm 2.0

## 5.0 Et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse

### 5.1 Et todelt arbeid – tiltak på system og individ nivå

I HeltOm tar nye roller og strukturer form. Det er viktig at ansatte føler seg trygg i ny arbeidskontekst, og at kommunen fortsatt sikrer forsvarlige og gode tjenester selv om det skjer en oppgaveforskyving på tvers av faggrupper. Kommunen ønsker at den enkelte ansatte får utnytte sin kompetanse til det fulle, og at kommunen får benytte sine HR-ressurser optimalt. Gjennom pilot HELTOM erfarte etaten at dette fordrer en aktiv involvering fra kommunen som arbeidsgiver. I oppdragsnotatet til Etat for hjemmebaserte tjenester 2022, ble det derfor presisert at ekstra tildelte midler hovedsakelig skal gå til kompetansehevende tiltak.

I prosjekt HeltOm 2.0 har en svart ut bestillingen med kompetansehevende tiltak på to måter:

1. å iverksette endringer opp mot de fagansvarlige sykepleierne på systemnivå, slik at det skjer en dreining fra administrasjon og ledelse, over til fag, kvalitet og opplæring. Gjennom et delprosjekt i Fana/Ytrebygda enhet, har prosjektet testet ut en alternativ modell for organisering og innhold i rollen til fagansvarlige sykepleiere. Fagansvarlige sykepleiere er trukket ut fra sine stillinger i team (avdelinger) og er nå organisert i HT. Fagansvarlige har fått tildelt team som de har et spesielt ansvar for å følge opp. Arbeidsoppgaver som tidligere har vært tillagt fagansvarlige sykepleiere, er nå overført til avdelingsledere, andre ansatte i team og øvrige sykepleiere i HT, jf. kapittel 5.3- 5.6.
2. å kartlegge og å oversikt over de kompetansekrav som stilles til ansatte i OT og HT. Med utgangspunkt i dette har prosjekt laget en opplærings- og kompetanseplan for ansatte, og utviklet undervisningsmaterieell, samt gjennomført opplæring og undervisning med ansatte i alle HeltOm team, jf. kapittel 5.7. I HeltOm 2.0 har en hatt et spesielt fokus på den generelle grunnleggende kompetansen som etaten ønsker at alle ansatte i tjenesten besitter, med en vektlegging på helsefagarbeidere og assistenter.

Samlet har arbeidet med kompetansehevende tiltak bidratt til å forbedre og effektivisere HeltOm modellen.

### 5.2 Utfordringsbildet - fagansvarlig sykepleier i tradisjonell organisering

Bakgrunnen for arbeidet med ny struktur og rolle til fagansvarlige sykepleiere er sammensatt. Det handler ikke bare om HeltOm-organiseringen. Det tar utgangspunkt i et arbeid som Etat for hjemmebaserte tjenester som ble startet i 2017/2018. Det som tidligere ble kalt assisterende avdelingsleder byttet den gang navn til fagansvarlig sykepleier. Dette var fordi etaten ønsket at stillingen skulle jobbe mer med fag i avdelingene.

Til tross for navneendringen førte det ikke til en reell endring av praksis. Arbeidsoppgavene forble i høy grad de samme, og det var lite tid til nye faglige oppgaver, som for eksempel opplæring. De fagansvarlige fortsatte å fordele arbeidslister, svarte på telefonhenvendelser, tok imot nye pasienter, leste, korrigererte og fulgte opp rapporter, og var den ansatte konfererte med i sykepleierfaglige spørsmål. I realiteten kretset det meste av aktiviteten i avdelingene rundt de fagansvarlige. Konsekvensen ble at kompetansen og læringen hos de



ansatte i avdelingene ble begrenset. Kunnskapen de fagansvarlige satt på til drift og pasienter, samt flere administrative ferdigheter i Profil, ble ikke delt med andre ansatte i avdelingen. Den fagansvarlige fungerte også som vikar for avdelingsleder ved sykdom eller ferie. Avdelingene opplevde derfor å være sterkt avhengige av den fagansvarlige i det daglige.

Sykepleiefaglig konsulent, som er en stabsfunksjon i hver enhet, var den som tradisjonelt hadde hatt ansvar for kvalitets- og undervisningsarbeid, men én stilling har ikke mulighet til å følge opp alle ansatte i en enhet. Denne stillingen jobber derfor på systemnivå.

Etter pilot HELTOM ble avdelingene mindre, men lederstrukturen i OT forble den samme som i tradisjonell organisering. Fagansvarlige sykepleiere ble regnet som en del av lederstrukturen. Første pilot i Fana/Ytrebygda ga flere team enn antall avdelinger og medførte flere ledere.

### 5.3 Om delprosjektet i Fana/Ytrebygda enhet

På oppdrag fra etatsdirektør arrangerte Fana/Ytrebygda høsten 2021 en samling og workshop med [Smart Omsorg](#). Enheten ble bedt om å se på lederstrukturen i teamene. Avdelingsledere i enheten erfarte de under en HeltOm-organisering hadde fått mer tid til ledelse. Tiden var moden for at de fagansvarlige skulle få jobbe mer med fag og utvikling. På bakgrunn av workshop besluttet styringsgruppen i HeltOm 2.0 et nytt delprosjekt i enheten Fana/Ytrebygda. Delprosjektet fikk et eget mandat. Arbeidet ble satt fra april 2022 til ut februar 2023.

Mandat:

*«I tråd med overordnet mandat for prosjekt HeltOm 2.0, og tillit og faglighetsreformen, skal EHBT i Fana/Ytrebygda, som eget delprosjekt, teste ut en bærekraftig og alternativ organisering av fagansvarlige sykepleiere inn mot OT og HT. Fagansvarlige skal tre ut av sin nåværende rolle. Omorganiseringen og piloteringen skal styrke kvaliteten på produserte tjenester, vektlegge brukerrettet ansiktstid, samt bidra til å forbedre samhandling internt og opp mot eksterne samarbeidspartnere»*

#### 5.3.1 Lokal prosjektgruppe

Etter vedtaket i styringsgruppen ble det opprettet en lokal prosjektgruppe som i oppstarten hadde møter hver 14. dag.<sup>18</sup> Utover i prosjektperioden ble dette redusert til månedlige samlinger.

Delprosjektet rapporterte fremdrift og aktivitet til styringsgruppen, samt inn i de ukentlige samarbeidsmøtene. I samarbeidsmøtene fikk de andre enhetslederne informasjon, og kunne stille spørsmål eller gi innspill til arbeidet. På den måten sørget prosjektet for at de andre

---

<sup>18</sup> Jamfør vedlegg 2: Oversikt deltakere i styringsgruppen, lokale prosjektgrupper og arbeidsgrupper HeltOm2.0

enhetene i HeltOm 2.0 ble involvert i arbeidet. Dette var en styrke, da de ulike enhetene kunne ha ulike perspektiv på hva som var viktig.

Arbeid og progresjon i delprosjektet ble også delt i ledermøtene i enheten Fana/Ytrebygda, og gjennom det lokale nyhetsbrevet for HeltOm 2.0 i enheten.

### 5.3.2 Informasjonsmøter i øvrige HeltOm 2.0 enheter

Høsten 2022 ble det holdt informasjonsmøter i enhetene Årstad og Bergenhus. Møtene var viktige fordi de fagansvarlige i disse enhetene kjente på usikkerhet knyttet til det som ble jobbet med i delprosjektet i Fana/Ytrebygda.

Det var en klar forventning fra etatsdirektør at de andre enhetene i HeltOm 2.0 skulle gjøre den samme organisatoriske endringen, og trekke fagansvarlige ut fra sine respektive team på organisasjonskartet, og legge dem under HT fra og med desember 2022.

### 5.3.3 Felles workshop på tvers av enheter

For å koordinere arbeidet mellom enhetene i prosjektet, med ny rolle fagansvarlige sykepleiere, ble det i slutten av prosjektperioden avholdt en heldags workshop. Det var behov for å oppnå en felles forståelse og tilnærming til arbeidet. Prosjektet vurderte at det var viktig at ansatte fikk diskutere endringene og utfordringer med andre i tilsvarende stillinger. Workshopen fikk positive tilbakemeldinger, og enhetene ytret ønske om nye tilsvarende samlinger etter hvert som enhetene kom videre i arbeidet.

### 5.3.4 Arbeidsgruppe- avdelingsleder rollen i endring

En arbeidsgruppe i enheten jobbet med å se på hvordan endringene hos de fagansvarlige påvirket rollen til avdelingslederne og driften i teamene.<sup>19</sup> Gjennom arbeidsgruppen opplevde avdelingsledere å bli lyttet til og involvert i endringene.

Arbeidsgruppen jobbet frem et dokument som presenterte den nye differensieringen mellom de to rollene. Bidraget ble behandlet i den lokale prosjektgruppen, og delt med de andre enhetene i felles workshop.

## 5.4 Den innledende fasen av arbeidet med fagansvarlig rollen

Under visjonen «*Verdens beste hjemmesykepleie*» ble delprosjektet innledet med en fellessamling i enheten Fana/Ytrebygda, hvor prosjektleder presenterte arbeidet sitt mandat. Ansatte fikk komme med forslag på hvilke arbeidsoppgaver som kunne delegeres til andre roller, slik at fagansvarlige skulle få mer tid til fag og utvikling. De fikk også gi innspill til hvilke nye arbeidsoppgaver de fagansvarlige kunne ta ansvar for. Samlingen jobbet også med hva som kjennetegner en hjemmesykepleietjeneste med høy kvalitet.

---

<sup>19</sup> Jamfør vedlegg 2: Oversikt deltakere i styringsgruppen, lokale prosjektgrupper og arbeidsgrupper HeltOm 2.0

Prosjektgruppen arbeidet videre med innspillene fra fellessamlingen, og det ble utarbeidet en skisse til modell for oppstart omorganisering av fagansvarligrollen, jf. kapittel 5.5.

Prosjektgruppen reviderte stillingsbeskrivelsen til fagansvarlige, slik at den ble mest mulig tilpasset ny modell i delprosjekt

Prosjektet så tidlig at arbeidet måtte ha en stor grad av inkrementell tilnærming, der løsninger ble til underveis. Det var ikke realistisk at de fagansvarlige ble fjernet helt ut fra team fra dag én. Det ble derfor lagt opp til en prosess med gradvis selvstendigjøringen av team og ansatte. I takt med arbeid og erfaring hadde en flere revideringer av stillingsbeskrivelsen underveis i prosjektperiode. Til slutt stod man igjen med en endelig versjon, som enheten ville anbefale etaten og ta utgangspunkt i etter prosjektperioden.<sup>20</sup>

#### 5.4.1 Bemanningsstatus ved oppstart

Ved oppstart av prosjektet hadde enheten fire fagansvarlige, hvorav en hadde erfaring som fagansvarlig fra tidligere, mens de andre kom fra stillinger som sykepleiere.

I første del av prosjektet besluttet enheten at den fagansvarlige i demensarbeidslaget ble holdt utenom piloten. Denne avdelingen jobbet etter «gammel» organisasjonsmodell. Dette erfarte en var lite hensiktsmessig for enheten, og den fagansvarlige i demensarbeidslaget ble etter hvert innlemmet i prosjektarbeidet.

#### 5.4.2 Risiko og endringer

Uttesting av ny modell ble utsatt til etter sommerferien 2022. Enheten opplevde flere omveltninger samtidig. Det var mye usikkerhet knyttet til innlemming av en ny avdeling i enheten, som hittil hadde stått utenfor HeltOm-organiseringen i pilot og flere utskiftninger på ledersiden. I starten av delprosjektet jobbet derfor de fagansvarlige som i piloten HELTOM.

Avdelingsledere uttrykte bekymring for nok tid til egne arbeidsoppgaver i den innledende delen av prosjektet. Antallet telefonhenvendelser til avdelingene var stort og tidkrevende. To OT viste seg å bli overdimensjonert, med et for høyt antall arbeidslister, blant annet på grunn av en plutselig økning i antall pasienter på Sandsli våren 2022. Arbeidshverdagen var spesielt krevende for ansatte i OT i Ytrebygda. Samlet gjorde dette at tidspunktet og konteksten for uttesting av modell ble noe utfordrende for prosjektet. I den mest krevende perioden måtte OT ha fullt fokus på å sikre forsvarlig drift. Prosjektet fikk ikke den ønskede progresjonen innledningsvis. Det ble lite tid til å prioritere opplæring/ undervisning. Prosjektet gjennomførte undervisningene i grunnpakke 1 høsten 2022, men ikke noe utover dette.

#### 5.4.3 Utarbeidelse av undervisnings- og kompetansemateriell

Siden delprosjektet stod på vent våren 2022, ble de fagansvarlige i Fana/Ytrebygda involvert i arbeidet med å jobbe frem deler av undervisningsmateriellet opp mot «Opplæring og

---

<sup>20</sup> Jamfør vedlegg 7: Forslag til ny stillingsbeskrivelse fagansvarlig sykepleier fra delprosjekt EHBT Fana/Ytrebygda.

kompetanseplan, grunnpakke 1» jf. punkt 5.7. De hadde et vesentlig bidrag til kompetansepakken.

Fagansvarlige utviklet også det de kalte en «Fagmeny»<sup>21</sup>, som var en oversikt over hva de fagansvarlige kunne tilby til ansatte og avdelingsledere, samt «flashcards»<sup>22</sup>. Dette var små kunnskapskort som ansatte kunne ha i lommen, med de viktigste punktene fra hver temabasert undervisningspakke, samt et kompetansekartleggingsverktøy. Ansatte og ledere ga gode tilbakemeldinger på dette materialet.

## 5.5 Modell ved oppstart uttesting

Prosjektet begynte uttesting av første skisse til modell høsten 2022. Oppstarten tok spesielt hensyn til at avdelingsledere ikke skulle bli overbelastet. Enheten jobbet samtidig med tiltak for å redusere unødige telefonhenvendelser, og iverksatt tiltak for å kompensere for overdimensjonerte OT.

Fagansvarlige fikk ansvar for å følge opp hvert sitt omsorgsteam. De startet dagen i hvert sitt OT, leste og fulgte opp rapport, svarte på telefoner, registrerte nye pasienter og fordelte arbeidslister. Etter kl. 11.30 var det «fagansvarlig tid». Telefonen ble da overlatt til avdelingsleder eller en helsefagarbeider som satt inne. Hvilke helsefagarbeidere som satt inne i team etter lunsj rullerte. De som kom inn fikk avsatt tid til primærarbeid (jf. kap.6), jobbet eventuelt med å fordele lister og svare på telefonhenvendelser.

En dag i uken samlet fagansvarlige seg som fagteam, og hadde fokus på eget utviklingsarbeid. De hadde da faste møter med sykepleiefaglig konsulent, noe som gjorde at aktiviteten til de fagansvarlige i team alltid var godt forankret opp mot stab og enhetsledelse. Prosjektet erfarte at det var nyttig at de fagansvarlige fikk veiledning av sykepleiefaglig konsulent i faglige spørsmål og undervisning siden dette var nye oppgaver for de fleste fagansvarlige.

For å møte krav til direkte brukerrettet tid, og for være tett på praksis, lå det som en føring at fagansvarlige skulle jobbe hver fjerde helg. Dette medførte at fagansvarlige hadde fri en torsdag eller mandag i forbindelse med helgevakter. Det ble laget en såkalt «telefonturnus», som var en oversikt over når fagansvarlige var på jobb. Oversikten synliggjorde når fagansvarlige skulle ha ansvar for å besvare telefonen. Utenom disse tidene, måtte telefonen besvares av avdelingsledere eller andre ansatte i teamet. Oversikten ble oppdatert hver 14. dag i ledermøtene.

Fagansvarlige fikk også et eget telefonnummer hvor nye pasienter til team skulle meldes.

De fagansvarlige sin egentid (etter lunsj og hver onsdag) skulle benyttes til å kartlegge, planlegge, utarbeide og gjennomføre kompetansehevende tiltak i enheten. Arbeidet skulle

---

<sup>21</sup> Jamfør vedlegg 8: «Fagmeny» fra delprosjekt i EHBT i Fana/Ytrebygda

<sup>22</sup> Jamfør vedlegg 9: Bilde «flashcards» fra delprosjekt i EHBT Fana/Ytrebygda

skje i samarbeid med avdelingsledere, ansatte i team eller sykepleierfaglig konsulent. Tiltak ble rettet både mot enkeltstående ansatte, mindre grupper og team.

Fagansvarlige fikk også ansvar for å planlegge, lede og gjennomføre tverrfaglige tavlemøter og primærgruppemøter, samt være kontaktperson for terapeuter i HeltOm.

Funksjonen som stedfortreder for avdelingsleder ble avviklet. Fra sommeren 2022 ble avdelingsledere stedfortredere for hverandre ved ferieavvikling.

Personalansvar for fagansvarlige ble tillagt leder i HT.

## 5.6 Evaluering av delprosjekt ny rolle fagansvarlige sykepleiere

Delprosjektet vurderes å være vellykket, til tross for en krevende start og prosess. Delprosjektet har svart ut mål og bestilling i mandat, gitt flere innovasjoner og god gevinstrealisering.

### 5.6.1 Selvstendige team og nye oppgaver for helsefagarbeidere på dagtid

Våren 2023 var det ikke lenger behov for at fagansvarlige hadde en funksjon opp mot tradisjonell administrativ drift i OT. Gradvis hadde de fagansvarlige trukket seg ut. Fremdeles hadde de fagansvarlige utpekte team de har et spesielt ansvar for å følge opp med opplæring og kompetansearbeid, men ikke på samme måte som i den innledende fasen av prosjektet. Fagansvarlige hadde fått frigjort tid til å jobbe med fag, kompetanse og opplæring, samtidig som OT hadde blitt mer selvstendige.

Ansatte i OT klarte å drifte team sammen med avdelingsleder uten hjelp fra fagansvarlig som følge av at de hadde fått grundig opplæring i sine nye roller og arbeidsoppgaver. Endringen av fagansvarlig rollen kan derfor sies å ha bidratt sterkt til en økt selvstendigjøring av team og den enkelte helsefagarbeider, men også ført til styrking av primærarbeidet sammenliknet med tradisjonell organisering.

Prosjektet erfarer at prinsippene i tillits- og faglighetsreformen gjennomsyrrer forventningene som den enkelte ansatte har til seg selv, men også måten ledere tenker og forstår drift. Dette har også videre vært positivt for endringsarbeidet i prosjektet.

Prosjektet vurderer at det har vært en vesentlig suksessfaktor i delprosjektet at helsearbeidere har hatt erfaring med rollen som vaktkoordinator fra tidligere HeltOm-arbeid.

Arbeidet med å skape selvstendige team har vært ressurskrevende. Mye opplæring har foregått en til en, eller i mindre grupper. Prosjektet og enheten har vurdert at dette var nødvendig for å skape selvstendige team. Ved prosjektets slutt avlaster helsefagarbeidere avdelingsledere med å besvare telefonhenvendelser etter lunsj, og de synes at det å rullere på administrative oppgaver i team fungerer bra. Helsefagarbeidere forteller at arbeidshverdagen har blitt mer variert. De er spesielt fornøyde med å få avsatt tid til primærarbeid. Det er imidlertid en kritisk faktor at OT ikke overstiger ti lister når avdelingsleder er igjen alene i OT. I OT der antall lister overstiger tolv lister, er erfaringen at avdelingsleder trenger å ha en helsefagarbeider inne hele dagen.

Antall telefonhenvendelser er redusert gjennom flere tiltak:

- telefonløsning som sorterer ulike typer henvendelser.
- bevisstgjøring av ansatte om hva som er nødvendig å ringe inn til kontoret om.
- bedre informasjon til pasienter og pårørende, med det resultat at stadig flere pasienter bruker meldingstjenesten på Helse Norge.

OT har etter hvert selv ansvar for telefoner og elektroniske meldinger knyttet til nye pasienter. Kombinert med et nytt primærarbeid har dette ført til at de ansatte i OT opplever at de har mer eierskap til tjenesten, og mer kunnskap om pasientene i teamet enn tidligere.

### 5.6.2 Personlig egnethet og kvalifikasjoner

Innholdet i ny rolle som fagansvarlig sykepleier, medfører at enheten nå etterspør noen andre egenskaper og kvalifikasjoner ved nyansettelser. Istedenfor ledelseserfaring har delprosjektgruppen vurdert at veiledning, pedagogikk, eller annen relevant faglig videreutdanning er mer hensiktsmessig i den nye rollen som fagansvarlig. Viktige personlige egenskaper er evnen til å være fleksibel, strukturert, initiativrik, og at en liker å gjøre andre god. Som følge av erfaringer i delprosjektet har vi nå endret stillingsbeskrivelsen for fagansvarlige sykepleiere lokalt i Fana/Ytrebygda enhet.

### 5.6.3 Kvalitet i tverrfaglige tavlemøter og primærgruppemøter

I pep-talks og Forms-undersøkelser fremkommer det at flere terapeuter og teamansatte synes at tavlemøtene fungerer bedre og har en høyere kvalitet enn i pilot HELTOM, som følge av at fagansvarlige forbereder, leder og gjennomfører møtene. Det samme gjelder primærgruppemøtene.

Terapeuter synes det er fint å vite konkret hvem de kan kontakte i EHBT.

### 5.6.4 Spesielt om avdelingsleder-rollen og sykepleiefaglig konsulent

Samarbeidet mellom avdelingsledere og fagansvarlige fungerer godt. Avdelingsledere sier at arbeidshverdagen i team stort sett fungerer, selv om fagansvarlige har trukket seg ut av daglig administrativ drift. Avdelingsledere sier at de selv måttet ta et større ansvar for å følge opp den sykepleierfaglige ledelsen i teamet. Nå er avdelingslederne tetttest på de ansatte. Delprosjektet erfarer teamene har blitt mer avhengige av at avdelingsledere har tett dialog og følger med på kompetansebehovet hos den enkelte ansatte når den fagansvarlige ikke er fysisk til stede og tett på teamet som tidligere.

Arbeidsgruppen i enheten mener det er viktig at avdelingsledere i OT har sykepleiekompetanse hvis de skal kunne avdekke kompetansebehov hos de ansatte i det daglige. Det er også viktig når det er dialog mellom OT og HT på hva som er rett omsorgsnivå for en pasient. De mener at likevekt i kompetansenivå ved faglige vurderinger og diskusjoner mellom avdelingsledere i team er viktig, og at helsefagarbeidere vil kunne mangle vurderingsevne når det gjelder behandling og tolking av epikriser.

Fremdeles er det avdelingsledere som hovedsakelig klargjør og fordeler arbeidslister i OT, men en ser at også flere helsefagarbeidere mester dette etter hvert som de blir mer kjent

med arbeidslistene og pasientene i sitt OT. Fordeling av arbeidslister oppleves mer overkommelig i et mindre OT enn i en større avdeling i tradisjonell organisering.

Uttestingen sommeren 2022, der avdelingsledere gikk inn og avløste hverandre i ferien, fungerte bra. Erfaringene med at avdelingsledere stepper inn for hverandre ved sykdom i prosjektperioden er også gode.

Sykepleiefaglig konsulent er veldig fornøyd med å ha fått fagansvarlige som kan være tettere på de ansatte og teamene. Ikke minst understreker hun betydningen av å ha noen som kan følge opp ansatte etter teoretisk opplæring og undervisning. Prosjektet ser det som verdifullt at fagansvarlig har ansvar for å hjelpe ansatte til å omsette undervisning til praksis og at de fagansvarlige har blitt viktig i pasientbunden opplæring i OT.

#### 5.6.5 Endringer i tilganger i elektronisk pasientjournal system.

Nye arbeidsoppgaver til helsefagarbeidere og assistenter har også medført at tilganger i Profil har blitt endret. Prosjektet anbefaler at det i det videre avklares og gjøres endringer i tilganger i Profil som understøtter prosessen med mer selvstyrte team. Det bør også vurderes om det kan gjøres endringer i mobil-omsorg<sup>23</sup> opp mot HeltOm sin satsning på økt kvalitet i dokumentasjon.

#### 5.6.6 Arbeid på helg

De fagansvarlige jobber fremdeles helg, men ikke som vanlig sykepleier i HT, slik de gjorde i starten av delprosjektet. I helgene følger de opp ansatte i OT, ute hos pasientene. Dette gjelder spesielt ansatte i deltidsstillinger. De fagansvarlige selv ønsker en annen ordning, hvor de heller jobber en kveld i uken. Dette mener de skaper mer kontinuitet i arbeidsoppgavene i ukedagene.

Terapeuter hevder det vil bli mer kvalitet i arbeidet om alle fagansvarlige er på jobb samtidig i ukedagene. Terapeuter knyttet til HeltOm forteller de merker en klar forskjell på kvaliteten på de tverrfaglige tavlemøtene når de fagansvarlige ikke er til stede, hvis de fagansvarlige har hatt fri etter helg.

Styringsgruppen til prosjektet er imidlertid tydelig på at det er viktige at de fagansvarlige forsetter å jobbe helg for å være tett på den praktiske delen av tjenesten.

#### 5.6.7 Sykepleiere i HT

Sykepleiere i HT ønsker kompetanseheving. De mener at også de kan ha nytte av tilbudene til fagteamet i en større grad enn det som har blitt testet ut i delprosjektperioden, hvor hovedfokuset har vært på OT.

---

<sup>23</sup> Mobil omsorg: elektronisk pasientjournal system og arbeidsfordeling på de ansattes mobiltelefon.

I pep talks sier sykepleiere at fagansvarlige bør fortsette med å bruke og spille på kompetansen til sykepleiere med videreutdanning i enheten når de jobber med sine kjerneområder opp mot fag og undervisning.

Det har gjennom pilot og nytt delprosjekt skjedd en forskyvning av oppgaven med å kvalitetssikre og følge opp rapportene som blir skrevet i OT. Av tidshensyn er avdelingsledere i OT avhengige av at ansvaret for den faglige oppfølging av rapport ligger i HT. Arbeidet med å lese og eventuelt korrigere rapporter ligger nå hovedsakelig til sykepleiere i HT. Dette fungerer greit, men det er en sterk anbefaling fra prosjektet at avdelingsleder leser rapport daglig. Det å ha en god dialog mellom OT og HT om rapporter er essensielt. Samlokalisering blir trukket frem som en viktig forutsetning for flyt i samarbeidet, samt betydningen av å fortsette å styrke opplæring og kvalitet i dokumentasjon.

#### 5.6.8 Organisering som «fagteam» i HT

Fagansvarlige sykepleiere opplever det som positivt å være organisert under HT, men prosjektet har erfart at de fagansvarlige lett kan gå inn i «dragsuget» som vanlig sykepleier i HT ved sykdom og ferie. Dette har gått utover eget arbeid. Fagansvarlige forteller at de er bekymret for å bli brukt som en vikarpool. De fagansvarlige har forståelse for at de ved enkelte tilfeller må avhjelpe HT. Prosjektet anbefaler at det ligger klare føringer på at dette skal være et unntak, slik at ikke rollen blir utvannet. Dette vil også være med på å sikre en tydeligere differensiering av roller innad i HT.

Fagansvarlige som fungerer i ny modell, synes stillingen er spennende. De liker å jobbe med opplæring, kvalitet og faglig utvikling. Kompetansen og styrkene til de fagansvarlige sykepleierne er forskjellig. Dette er positivt, fordi vi ser de utfyller hverandre og fungerer godt sammen som team. Det er en fordel at de fagansvarlige selv har pekt ut en medarbeider som er kontaktperson for fagteamet utad. Dette er en oppgave som kan rullere i fagteamet.

Ved delprosjektets avslutning i Fana/Ytrebygda omtaler de fagansvarlige seg selv som «fagteamet» og de virker til å ha funnet en ny identitet. Fagansvarlige er som tidligere nevnt ikke lenger en del av ledelse og daglig drift, men har fremdeles tett dialog og samarbeid med team. De har fullt søkelys på opplæring og kvalitet, og de fyller en viktig funksjon opp mot koordinering og samhandlingspunkt i HeltOm modellen. De har fortsatt faste ukentlige møter med sykepleierfaglig konsulent i enheten, og arbeider med og følger et årshjul knyttet til undervisning i teamene.

#### 5.6.9 Dimensjonering av fagansvarlige og arbeid i andre enheter

Antall stillinger fagansvarlig sykepleier er redusert fra åtte til fire ved prosjektets slutt. Ny modell og struktur for fagansvarlige er økonomisk bærekraftig, jf. bestilling i fra byrådsavdelingen til HeltOm 2.0.

Det har vært en avgjørende suksessfaktor at de fagansvarlige har vært til stede i drift og tett på teamene fysisk ved oppstart ny organisering i Årstad og Bergenhus. Prosjektet vurderer at endringen har vært vellykket, fordi endringene er gjort gradvis, og det samtidig er bygget en kultur med tillit.



I HeltOm 3.0 vurderer prosjektet derfor at en bør en la ny grunnleggende HeltOm-organisering få sette seg i nye enheter, før en gjør de store endringene opp mot dimensjonering av fagteam.

Den nye fagansvarligrollen ble innført i de andre HeltOm-enhetene Årstad og Bergenhus i desember 2022. De fagansvarlige jobber i hovedsak her som ved den innledende fasen i delprosjektet i Fana/Ytrebygda. I Årstad og Bergenhus tar de fagansvarlige fremdeles mye ansvar for oppgavene knyttet til daglig drift frem til kl. 11.30. De har en felles dag avsatt til eget arbeid i uken. Spesielt i HT kan det være en tendens til at fagansvarlige fungerer som «assisterende gruppeleder».

Det er en fare for at det kan utvikle seg egne praksiser i de ulike enhetene dersom ikke arbeidet blir holdt tak i videre og koordinert mellom alle HeltOm-enhetene i neste prosjektperiode. Det er også viktig at etaten vurderer forslag til ny stillingsbeskrivelse for fagansvarlige under en HeltOm-organisering med utgangspunkt i erfaringene fra arbeid i prosjekt.

## 5.7 Undervisning, opplæring og kompetanseplaner i HeltOm

Arbeidet med å svare ut bestillingen til kompetansehevende tiltak i prosjektet har vært todelt. Vi har jobbet med ny struktur og endret rollen til fagansvarlige, fra administrasjon og ledelse til fag og utvikling, jf. kapittel 5.0- 5.6. I tillegg har vi definert og jobbet systematisk med kompetansebehovet til ansatte i HeltOm organiseringen.

### 5.7.1 Kartlegging av kompetansekrav i OT og HT

I en HeltOm-organisering jobber ansatte både særfaglig og mer tverrfaglig. Prosjekt 2.0 har definert det som bør være grunnleggende faglige kunnskaper, ferdigheter holdninger til ansatte i team, uavhengig faglig tilhørighet. Arbeidet har sett til erfaringer fra første pilot.

Prosjektet har hatt størst fokus på helsefagarbeidere og assistenter, fordi det er disse gruppene som i størst grad får nye ansvarsområder og oppgaver i HeltOm. I ny organisering forventes det at de gjør mer selvstendige faglige vurderinger, både som vaktkoordinator og primærkontakt.

Det er viktig at alle faggrupper involvert i HeltOm blir tilbudt opplæring og får den samme informasjonen, der det skapes en felles forståelse av organisering og kvalitet i tjenesten før en større omorganisering trer i kraft.

Det har vært en diskusjon i prosjektet i hvilken grad opplæring og kompetansehevende tiltak skal favne en repetisjon av fag eller tema som ligger i grunnutdanningene til sykepleiere eller helsefagarbeidere. Erfaringer fra første pilot og arbeid i HeltOm 2.0 er at det bør velges ut noen fagområder som en gir kompetanseheving i og kvalitetssikrer. Eksempler er ernæring, sår, diabetes og tiltak ved akutt forverret helsetilstand.

### 5.7.2 Arbeid med undervisningsmaterieill, opplæring og kompetanseplan

Med utgangspunkt i kartlegging av kompetansekrav i HeltOm har prosjektet jobbet frem en opplærings- og kompetanseplan, grunnpakke 1. Planen har dannet grunnlaget for utarbeidelse av undervisningspakker og materieill.

Opplæringsmateriellet ble utarbeidet av prosjektet og de fagansvarlige i delprosjektet i Fana/Ytrebygda. Dette har vært et omfattende, men viktig arbeid. Prosjektet har også fått hjelp av sykepleiere med videreutdanning i sårbehandling, samt fra de kliniske ernæringsfysiologene. Noe undervisningsmaterieell baserte seg på kommunens e-læringskurs.

Prosjektet hadde som målsetting å jobbe frem grunnpakke 2, som skulle være for sykepleiere og ledere. Dette står som restanse fra prosjekt HeltOm 2.0.

### 5.7.3 Tema i opplæring og kompetanseplan, grunnpakke 1

Grunnpakke 1 har fokus på det en ønsker skal være den generelle grunnkompetansen hos ansatte før oppstart omorganisering til HeltOm.

I «Opplæring og kompetanseplan, grunnpakke 1» er kompetanseområdene delt inn i ulike temaer, med undertema. Noen undervisningspakker er særskilt rettet mot de nye rollene til helsefagarbeidere og assistenter.

Temaer i enkelte undervisningspakker kan være overlappende eller sammenfallende. En ser at det er hensiktsmessig at gjennomgangen følger en viss struktur.

Opplæringspakkene skal kunne gjennomføres som en 30 minutters undervisning. Den enkelte ansatte og leder skal i forkant, eller i etterkant kunne følge opp undervisningen, da læringsmål/kompetansekrav for den enkelte undervisningspakken er definert i opplæring og kompetanseplanen.

Videre har prosjektet jobbet frem såkalte «flashcards», som er en kort oppsummering av det viktigste innholdet i hver undervisning, som ansatte kan ha med seg som en huskeliste på innerlommen. Basert på individuelle behov hos ansatte eller i henhold til krav i lovverk, har prosjektet erfart at noe av undervisningen kombineres med personlig- og/ eller pasientbunden opplæring i etterkant. De fagansvarlige sykepleierne har her en sentral rolle.

I grunnpakke 1 har undervisningene følgende tema:

*Tema A: ny organisering HeltOm 2.0*

*Tema B: spesielt om rollen som primærkontakt i OT*

*Tema C: spesielt om rollen som vaktkoordinator i OT*

*Tema D: dokumentasjon - mål og tiltak*

*Tema E: tverrfaglig samhandling og rehabiliteringstankegang*

*Tema F: kvalitet og avvik*

*Tema G: spesielle tema fag (ernæring, bruk av utstyrs-sekken og akutt forverret helsetilstand, observasjoner og tiltak (pro ACT), sårstell, diabetes.*

### 5.7.4 Evaluering av arbeid med undervisning, opplæring og kompetanse

I prosjektet har 60-70% av alle ansatte i HeltOm 2.0 enhetene gått gjennom alle undervisningspakkene i grunnpakke 1. Prosjektet har fått gode tilbakemeldinger på undervisningspakkene fra ansatte og ledere. Den veiledende vaktkoordinatorpermen

utarbeidet i Årstad, samt «Fagmeny» og diverse temabaserte «flashcards» utarbeidet av fagansvarlige i pilot Fana/Ytrebygda, har blitt rapportert å være svært nyttige.

Ansvar for opplæring og undervisning har blitt delt mellom prosjektansatte og drift. Sykepleiefaglige konsulenter og fagansvarlige har hatt og vil i fremtiden spille en nøkkeltolle i opplæring og endringsarbeidet i enhetene.

For å føle seg trygge i de nye rollene og arbeidsoppgaver, må helsefagarbeidere og assistenter kunne omsette kunnskap til praksis og øve opp ferdigheter i etterkant av undervisning.

Ansatte som mangler digitale ferdigheter, kan kvie seg for å jobbe i elektronisk pasientjournal i Profil. Erfaringen er at de trenger ekstra veiledning og tid for å komme inn i nye oppgaver.

Før iverksetting av ny organisering er det viktig at ansatte forstår hensikten med ny organisering. Det er også viktig å ruste dem for nye arbeidsoppgaver, og sikre at helsefagarbeidere og assistenter klarer å vurdere forverring av pasienters helsetilstand, iverksette tiltak eller eventuelt melder videre. Andre kompetansehevende tiltak kan skje etter omorganiseringen.

Prosjektet har testet ut og hatt ulike tilnærminger til undervisningen i de forskjellige HeltOm enhetene. Erfaringene tilsier at det er best om undervisningen i grunnpakke 1 gjennomføres på tvers av faggrupper, i stedet for med hver enkelt faggruppe. Dette fordi det har virket positivt for omorganiseringen å møtes på tvers av faggrupper.

Det har vært viktig å formidle at selv om enheten skal organiseres annerledes, skal en fremdeles fungere som én enhet og samarbeide tett rundt pasientene og på tvers av team.

Erfaringen er også at fysisk undervisning fungerer best. Ansatte stiller da flere spørsmål, og den som presenterer kan lettere tilpasse budskap til målgruppen. TEAMS-møter kan likevel være et godt alternativ dersom en har flere lokalisasjoner å forholde seg til, og det er vanskelig å samle alle fysisk.

Prosjektet har også erfart at også sykepleiere kan ha behov for kompetanseheving og opplæring i spesifikke prosedyrer, samt generell digital kunnskapsheving, for eksempel i Profil.

## 5.8 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger - fag og kompetansearbeid

Det samlede arbeidet med kompetanse i prosjektet på system og på individnivå må sees på som en helhet. Det har bidratt til å forbedre og effektivisere HeltOm-modellen. Prosjektet vurderer at å endre organisasjonsstruktur og spisse rollen til de fagansvarlige, kombinert med en målrettet opplæring og undervisningsarbeid, har vært en suksessfaktor for HeltOm-organiseringen. Prosjektet har lagt grunnmuren for et system som gjør at ansatte rustes til å møte jobbkrav i ny organisering, og bidrar til tjenester av høy kvalitet under en organisering med oppgaveforskyvning. Økt vektlegging av kompetansehevende tiltak, er også en forutsetning for at ansatte skal oppleve mestring og trivsel i ny organisering.

Ny modell og struktur for fagansvarlige er økonomisk bærekraftig. Modellen har lagt til rette for at enhetene får frigjort ressurser som kan brukes til å jobbe systematisk og målrettet med fag og kvalitet.

Sykepleiefaglig konsulent har fått noen som kan følge opp opplæring og undervisningsarbeid blant ansatte i team i daglig drift.

OT har helsefagarbeidere og assistenter blitt mer selvstendige og robuste som følge av at de har fått tett faglig oppfølging av de fagansvarlige. Flere ansatte kan gjøre mer av de samme oppgavene, tar mer ansvar for tjenestene de yter og driften av teamet etter omorganiseringen av de fagansvarlige. Arbeidsoppgaver fordeles og ruller mellom ansatte. Dette gjør at erfaringer og kunnskap deles og gjør teamene mindre sårbare.

Riktig dimensjonering av OT og et gradvis arbeid med selvstendigjøring av OT er kritiske suksessfaktorer.

Organiseringen med fagteam gjør det også lettere å utnytte og dele den totale videreutdanningskompetansen som enheten besitter, enten den ligger i HT eller OT.

Prosjektet har fått gode tilbakemeldinger på opplæring og kompetanseplan, samt undervisningspakkene og øvrig utviklet kompetansemateriell. Det har gitt de nye enhetene et bedre utgangspunkt for en vellykket omorganisering, samt bidratt til engasjement og involvering av ansatte i endringsarbeidet. Prosjektet mener det er en fordel å ha undervisningen som omhandler den generelle tverrfaglige kompetansen på tvers av faggrupper. Dette for å sikre en felles forståelse og etablere et miljø for det de ansatte skal samarbeide om i fremtiden.

Gode overganger og samhandling er essensielt for å lykkes med HeltOm. Som følge av ny fagansvarlig rolle er det rapportert om økt kvalitet og flyt i koordinering og samhandling i primærgruppemøter og tavlemøter.

Prosjektet mener at de fagansvarlige i fremtiden kan ha ansvar for gjennomføringen av de fleste av undervisningspakkene. Og at undervisningspakkene bør gjøres lett tilgjengelige for ansatte og ledere gjennom «Fagmenyer», som er en oversikt over de kompetansehevende tiltakene fagteamet kan tilby, og følges videre opp av HeltOm enhetene. Prosjektet vil ha hovedansvaret for gjennomføring av opplæringsmateriell i nye enheter i HeltOm 3.0.

Det er prosjektet sin vurdering at arbeidet med fagansvarligrollen fremdeles blir holdt tak i, koordinert mellom alle enheter og integrert opp mot prosjekt HeltOm 3.0. Staten bør dessuten se på et arbeid spesifikt rettet mot ny rolle avdelingsledere og sykepleiere under prosjekt HeltOm 3.0.

## Delprosjekt ny rolle fagansvarlig sykepleier

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny og innovativ modell for organisering og bruk av fagansvarlige sykepleiere i HeltOm</li> <li>- Nye administrative oppgaver for helsefagarbeidere på dagtid i team</li> <li>- Økonomisk bærekraft, med redusert lederstruktur</li> <li>- Mer selvstendige OT</li> <li>- Økt ansvar og mestringsfølelse hos helsefagarbeidere og assistenter</li> <li>- Bidratt til kompetanse hos ansatte og god kvalitet i tjenesten</li> <li>- Arbeid med fagteam gjør det lettere for enhet å nyttiggjøre seg ansatte med videreutdanning</li> <li>- Bidratt til utvikling av nytt kompetanse og undervisningsmateriell i grunnpakke 1</li> <li>- Sykepleierfaglig konsulent har fått en «forlenga» arm ut i teamene, som er tett på ansatte og kan følge opp etter undervisning.</li> </ul> |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles forståelse av utfordringsbildet og ønske om endring blant involverte ansatte</li> <li>- Prinsippene i tillits- og faglighetsreformen en del av ledere og ansatte sin måte å tenke om eget arbeid og tjeneste</li> <li>- Helsefagarbeidere tidligere erfaring fra vaktkoordinator rollen</li> <li>- Tydelig differensiering av arbeidsoppgaver i nye roller</li> <li>- OT ikke overdimensjonert med for mange lister</li> <li>- Personlig egnethet og kvalifikasjoner tilpasset ny rolle hos fagansvarlige</li> <li>- Sykepleierfaglig konsulent som lokal pådriver og veileder opp mot de fagansvarlige</li> <li>- God og tett dialog mellom avdelingsledere og fagansvarlige</li> </ul>  |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeid videreføres, videreutvikles og koordineres mellom enheter i HeltOm 3.0- unngå utvikling av egen praksis i enheter. Workshop er etterspurt i enheter.</li> <li>- Opprettes egne mindre delprosjekt som ser på de andre rollene som endres – avdelingsledere og sykepleiere i HT jf. endringer fagansvarlig og primærkontaktsystem</li> </ul>   |

Figur 11: viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra delprosjekt - «Ny rolle fagansvarlig sykepleier» i HeltOm 2.0.

## Arbeid med kompetanse og undervisning HeltOm 2.0

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplæring og kompetanseplan, grunnpakke1</li> <li>- Div. temabaserte undervisningspakker</li> <li>- Fagmeny</li> <li>- Flashcards</li> <li>- Veiledende perm – Vaktkoordinator</li> <li>- Forslag ny stillingsbeskrivelse fagansvarlige</li> <li>- Mer selvstendige og robuste OT</li> <li>- Økt kvalitet i tjenesten</li> <li>- Engasjement og mestring hos ansatte</li> <li>- Bedre utnyttelse av kompetanse hos ansatte med videreutdanninger</li> </ul>  |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjennomført grundig kartlegging av kompetansekrav i ny organisering</li> <li>- Involvering av sykepleierfagligkonsulent og fagansvarlige sykepleiere i opplæring og undervisning.</li> <li>- Sykepleierfaglig konsulent som lokal pådriver for kvalitet, kompetanse og undervisningsarbeid i enhet.</li> <li>- Frigjorte ressurser til opplæring, jf. ny rolle fagansvarlige.</li> <li>- Avsatt tid til opplæring og undervisning av ansatte, og forhindre overdimensjonerte team.</li> <br/> <li>- FØR omorganisering:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starte med opplæring i nye roller og oppgaver, før går over på fagspesifikk undervisning/opplæring.</li> <li>• Prioritere oppfølging av undervisning i nye roller en til en eller i mindre grupper.</li> <li>• Gjennomføre felles undervisning på tvers av faggrupper i generell kompetanse.</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeid videreføres, videreutvikles og koordineres mellom enheter i HeltOm 3.0- unngå utvikling av egen praksis i enheter. Workshop er etterspurt i enheter.</li> <li>- Opprettes egne mindre delprosjekt som ser på de andre rollene som endres – avdelingsledere og sykepleiere i HT jf. endringer fagansvarlig og primærkontaktsystem</li> </ul>   |

Figur 12: viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra arbeid i HeltOm 2.0 med kompetanse og undervisning

## 6.0 Endring av primærkontaktsystemet i HeltOm

I prosjektet har en sett at det er behov for å endre og tilpasse primærkontaktsystemet, tidligere kalt primærsykepleiesystemet, til en HeltOm-kontekst.

I pilot HELTOM forble primærkontaktansvaret liggende hos sykepleierne i HT. Dette selv om pasientene tilhørte OT, og det meste av den daglige pasientoppfølgingen og formelle ansvaret for tjenesten lå hos OT. Helsefagarbeidere stod som sekundærkontakt. Assistentene var ikke involvert i primærkontaktoppavene.

Prosjektet vurderte at denne organiseringen var lite hensiktsmessig. Dette hvis prosjektet skulle nå målsettingen om mest mulig selvstyrte team, og redusere antall ansatte som besøkte hver pasient. Det ville også være vanskelig å følge opp et tradisjonelt primærsykepleiesystem der HT og OT ikke var samlokalisert.

Etter oppstarten av HeltOm 2.0 erfarte prosjektet at det var behov for forbedringer i primærarbeidet i alle HeltOm-enhetene. Ikke alle pasienter hadde en primærkontakt, selv om dette var et krav og lå i etaten sine prosedyrer. Ved å ta tak i primærarbeidet under prosjekt HeltOm 2.0, hadde tjenesten en mulighet til å tilpasse primærkontaktsystemet til den nye organiseringsmodellen og få å på plass nye gode rutiner.

Høsten 2022, før oppstart omorganisering i enhetene Bergenhus og Årstad, besluttet prosjektet at helsefagarbeidere i OT og assistenter i faste stillinger kunne være primærkontakter for pasienter i OT. Dette medførte at faggruppene måtte få opplæring og tilstrekkelig kompetanse til å fylle rollen på en god måte. Det representerte også endringer i hvordan sykepleierne i HT skulle følge opp OT. Geografiske ansvarlige sykepleiere i HT og ansatte i OT etablerte faste møter med OT i primærområdemøter. Rollen for sykepleierne i primærarbeidet ble med dette mer veiledende overfor ansatte i OT.

## 6.1 Primærkontaktsystemet i HeltOm 2.0

I takt med endringene har det vært behov for å revidere sjekklisten og prosedyren for primærsykepleiesystemet i henhold til ny praksis. Dette har blitt gjort i tett samarbeid med kvalitetsgruppen i etaten våren 2023.

Ved HeltOm 2.0 sin avslutning har en landet på et primærkontaktsystem som bygger på følgende prinsipp:

- primærarbeidet i HeltOm arbeidet skal være profesjonsnøytralt, og skifter navn fra primærsykepleiesystemet til primærkontaktsystemet.
- ansatte i HT og OT er primær- og sekundærkontakt på sine pasienter.
- ansatte i hvert team organiseres i primærgrupper, hvor de som til daglig følger opp pasienter i et mindre geografisk område møtes. Her diskuteres problemstillinger, mål og tiltak for pasienter.
- ansatte i primærgruppe er primær- og sekundærkontakt for hverandres pasienter.
- noen primærmøter gjennomføres med en eller flere sykepleiere som er geografisk ansvarlig for et OT-område. Ansatte kan da diskutere sykepleierfaglige spørsmål.
- ansatte i OT kan kontakte sykepleiere som er geografisk ansvarlig om generelle faglige spørsmål utover primærområdemøtene.
- akutte oppståtte situasjoner diskuteres med ansvarsvakt i HT fortløpende.
- der tjenesten er usikker på rett omsorgsnivå i OT, eller mener det er behov for et fysisk tilsyn av en sykepleier i HT.

## 6.2 Evaluering av nytt primærkontaktsystem

Endringene i primærarbeidet var ikke ferdigstilt ved oppstart omorganisering i HeltOm 2.0 høsten 2022. Prosessen med å lære opp, tildele primærkontakter og jobbe inn nye rutiner har derfor vært, og er fortsatt en pågående prosess i HeltOm enhetene.

Prosjektet opplever at det å gjøre arbeidet profesjonsnøytralt har vært kontroversielt for mange sykepleiere. Noen sykepleiere har vært skeptiske til om helsearbeidere og assistenter kan ta det ansvar som følger med rollen som primærkontakt.

#### 6.2.1 Helsefagarbeidere og faste assistenter kan fylle rollen

Enhetene erfarer at med god opplæring og støtte fra avdelingsledere og fagansvarlig sykepleiere, fungerer helsefagarbeidere og assistenter i primærkontaktrollen. Flere av de som er ansatt som assistenter i tjenesten er inne i et studieforløp for å bli helsefagarbeidere, eller er studenter på universitet og høyskole, ofte rettet mot helse, som sykepleie eller medisin. Disse assistentene har gode forutsetninger for å ta mer ansvar.

OT har blitt mer selvstendige, og helsefagarbeidere forteller at de nå tar mer ansvar og har mer eierforhold til egne pasienter, sammenlignet med tidligere. De fleste synes dette er positivt, men noen opplever det som utfordrende og trenger tid for å bli trygg.

Helsefagarbeidere i Årstad og Fana forteller at ny organisering av primærarbeidet har gitt dem muligheten til å fylle rollen som primærkontakt på en bedre måte enn før, fordi de nå har avsatt tid til primær oppgaver gjennom den administrative innerollen som rullerer på dagtid etter at fagansvarlige sykepleiere ble trukket ut fra drift. Tidligere var dette noe helsefagarbeidere måtte finne tid til selv og ta innimellom arbeid med arbeidslister ute hos pasientene.

#### 6.2.2 Veiledende rolle sykepleiere i HT

Endringene i primærarbeidet oppleves uvant for endel sykepleiere. Det er en forandring å skulle innta en veiledende rolle.

Skal det nye systemet fungere, fordrer det god kommunikasjon mellom sykepleiere i HT og OT. Det kreves videre god dokumentasjon og helsefagarbeidere og assistenter som kan reflektere selvstendig over egne observasjoner. Der man har kommet lengst med primærområdemøtene i HeltOm, er tilbakemeldingene svært positive. Spesielt ansatte i OT i Ytrebygda forteller de har savnet primærområdemøtene i den første modellen fra pilot HELTOM.

### 6.3 Oppsummering, vurderinger og videre anbefalinger primærkontaktsystemet

Det er fortsatt behov for å følge og evaluere det nye primærkontaktsystemet i HeltOm 3.0. Fremdeles er det noen primær oppgaver som bare sykepleierne kan gjøre.

Sannsynlig vil antall ansatte som går inn til hver pasient reduseres etter hvert som primærgruppene i teamene får satt seg ytterligere. Særlig dersom enhetene klarer å rekruttere personell i heltidsstillinger.

Prosjektet anbefaler at pasientene i de nye enheter som skal inn i HeltOm 3.0 får tildelt primærkontakt før oppstart i ny organisering. Det anbefales videre at de pasientene som får endret primærkontakt og team-tilhørighet blir godt informert i forkant. Videre må det gjennomføres overføringsmøter før omorganisering, i tilfeller der pasienter får ny primærkontakt. Og utkast til ny sjekklister og rutine for primærkontaktsystemet, tilpasset



HeltOm-organisering, er levert fra prosjekt til kvalitetsgruppen og er til behandling i etatens ledelse. En må også se på eventuelle endringer på tilganger i elektronisk pasientjournal for ansatte i OT.

### Arbeid med nytt primærkontaktsystem

|   |   |
|---|---|
| <b>De viktigste gevinstene i arbeidet</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny sjekkliste for primærkontakt og rutine for primærkontaktsystemet tilpasset HeltOm</li> <li>- Mer selvstendige OT</li> <li>- Økt ansvar og mestringsfølelse hos helsefagarbeidere og assistenter</li> </ul>  |
| <b>De viktigste suksessfaktorene i arbeidet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles forståelse av utfordringsbildet og ønske om endring blant involverte ansatte</li> <li>- Prinsippene i tillits- og faglighetsreformen er en del av ledere og ansatte sin måte å tenke om eget arbeid og tjeneste.</li> <li>- God dialog mellom ansatte i OT og geografisk ansvarlige sykepleiere i HT.</li> <li>- Engasjerte avdelingsledere og fagansvarlige sykepleiere i veiledning og opplæring av ansatte i OT.</li> <li>- Godt opplæringsmateriell.</li> <li>- Avsatt tid til primærarbeid.</li> <li>- Ikke overdimensjonerte team – tid til primærarbeid</li> </ul> |
| <b>Anbefalinger for videre arbeid</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- At arbeid med nytt primærkontaktsystem videreføres og koordineres mellom alle enheter i HeltOm 3.0</li> <li>- Kartlegge behov for å gjennomføre endringer i tilganger i elektronisk pasient journal.</li> </ul>  |

Figur 13: viser de viktigste gevinstene, suksessfaktorene og anbefalinger fra HeltOm 2.0 med nytt primærkontaktsystemet

## 7.0 Samlet oppsummering og vurdering av prosjekt HeltOm 2.0

Prosjekt HeltOm 2.0 har vært omfattende. Prosjektet har implementert HeltOm-modellen i to nye enheter, Bergenhus og Årstad. Samtidig har prosjektet forbedret tjenestemodellen og gjennomført flere nyvinninger. HeltOm 2.0 har jobbet systematisk og målrettet med kompetanse.

Vi anser prosjekt HeltOm 2.0 som vellykket. HeltOm 2.0 har gjennomført oppdraget gitt i notatet. Prosjektet har levert på oppsatte leveranser og nådd gevinstmål som ble satt for arbeidet. Prosjektet har innarbeidet anbefalingene fra første pilot HELTOM. Gjennom prosjektperioden er det gjort viktige erfaringer knyttet til en prosjekttilnærming, som involverer, skaper tillit og engasjement hos ansatte.

Løsningene i prosjektet svarer ut krav om økonomisk bærekraft og effektivitet i hjemmebaserte tjenester.

HeltOm modellen har gitt:

- et redusert behov for antall sykepleiere
- et redusert lederspenn, sammenliknet med tradisjonell organisering

- høyere grad av trivsel og motivasjon, sammenliknet med tradisjonell organisering
- ansatte med ny og økt kompetanse
- mer selvstyrte team og hjemmetjenester av god kvalitet
- mer effektiv utnyttelse av ansatte med videreutdanning i tjenesten

Kommunens brukerundersøkelse viser ingen signifikante endringer før og etter omorganiseringen. Omorganiseringen har ikke medført flere avvik.

Det ligger et godt grunnlag for videreføring av prosjektet og utrulling av HeltOm i nye enheter. Gevinstrealisering er en pågående prosess. Det er sannsynlig at EHBT vil oppnå ytterligere positive resultat når den nye organisering og rollefordelingen får etablert seg, primærkontaktsystemet og det tverrfaglige samarbeidet styrkes, samt viderefører et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse blant medarbeidere.

Bergen kommune har vedtatt at HeltOm-modellen skal være den foretrukne organiseringen av hjemmesykepleien, og implementeres gjennom en ny prosjektperiode i 2023-2024 i Fyllingsdalen/Laksevåg og Arna/Åsane. Prosjektet anbefaler at arbeid og erfaringer fra HeltOm 2.0, presentert i denne sluttrapporten, videreføres i neste prosjektrunde.

### 7.1 De viktigste suksessfaktorene i HeltOm 2.0

- Sterk involvering av ansatte gjennom workshops, lokale prosjektgrupper og pep-talks i omorganiseringsprosessen.
- Gradvis endringsprosess i team, hvor trygghet og mestring hos ansatte i nye roller og oppgaver bygges trinnvis.
- Fagansvarlige sykepleiere som får frigjort tid til kvalitets- og opplæringsarbeid og spiller en nøkkelrolle i endringsprosessene.
- Riktig dimensjonering av teamene. OT bør ikke overstige 10-12 lister og HT bør ikke ha flere enn fire OT knyttet til seg.
- Et velfungerende primærkontaktsystem.
- Lokale kulturer som bygger opp under tillit til faglighet og kompetanseoverføring mellom faggrupper, team og enheter.

### 7.2 De viktigste nyvinningene i HeltOm 2.0

- Videreutvikling av HeltOm-modellen med et systematisk og målrettet arbeid knyttet til kompetanse.
- Ny tilnærming og organisering av primærkontaktsystemet tilpasset HeltOm-kontekst.
- Jevnlig gjennomføring av peptalks for ansatte team. Et lederverktøy som kan stimulere til engasjement og løpende forbedringer i organisasjonen.
- «Undervisning og kompetanseplan, grunnpakke 1», HeltOm 2.0
- Flashcards og fagmeny
- Skjema for kartlegging av kompetanse
- Diverse nye sjekklister og prosedyrer
- Digital tverrfaglig tavle
- Undervisnings- og opplæringsmateriell, som svarer ut krav i «Undervisning og kompetanseplan, grunnpakke 1», HeltOm 2.0.

Oversikt vedlegg til sluttrapporten:

1. Oppdragsnotat fra byrådsavdelingen til EHBT om videreføring av HELTOM.
2. Oversikt deltakere i styringsgruppen, lokale prosjektgrupper og arbeidsgrupper HeltOm 2.0
3. Vedr. økonomiske indikatorer i HeltOm 2.0.
4. Registering av uønskede hendelser og avvik før og etter oppstart HeltOm 2.0.
5. Program hospitering HeltOm i Bergen kommune
6. Forskningsprosjekt INCA: aktivitet og tilbakemeldinger til HeltOm
7. Forslag til ny stillingsbeskrivelse fagansvarlig sykepleier fra delprosjekt EHBT Fana/Ytrebygda
8. «Fagmeny» fra delprosjekt i EHBT i Fana/Ytrebygda
9. Bilde «flashcards» fra delprosjekt i EHBT Fana/Ytrebygda



**Etat for hjemmebaserte tjenester**

[etat.hjemmebasertetjenester@bergen.kommune.no](mailto:etat.hjemmebasertetjenester@bergen.kommune.no) | [www.bergen.kommune.no](http://www.bergen.kommune.no)



BERGEN  
KOMMUNE