



Sluttrapport

Prosjekt HeltOm 3.0

Prosjektledere:
Gurli Følstad
Helene Forberg Lefevr
Dato: 30.06.24

Innhold

Forord.....	6
Forklaring av forkortelser og begreper.....	7
1 Sammen drag	8
2 HeltOm-modellen i utvikling	9
2.1 Rapportens formål og oppbygging	10
3 Om prosjekt HeltOm 3.0.....	11
3.1 Prosjektgjennomføring	11
3.2 Prosjektorganisering	12
3.2.1 Lokale prosjektgrupper og statusmøter.	12
3.2.2 Delprosjekt- og arbeidsgrupper	12
3.2.3 Diverse samarbeidsmøter	12
3.3 Hovedleveranser fra HeltOm 3.0	13
3.4 Viktige milepæler.....	13
3.5 Usikkerhet og endringshåndtering	14
3.5.1 Spesielt om risikohåndtering	14
3.5.2 Workshops	15
3.5.3 Peptalk-er.....	15
3.6 Hospitering, erfaringsdeling og omdømme.....	15
3.6.1 Tik Tok videoer og rekrutteringsarbeid.....	16
3.6.2 Nyhetsbrev.....	16
3.7 Følgeforskning.....	16
4 Økonomi, avvik og kvalitet	16
4.1 Brukerundersøkelse og måleindikatorer.....	16
4.2 Spesielt om økonomi	17
4.2.1 Selvkost	17
4.2.2 Bruksrate.....	18
4.2.3 Produksjon – antall timer.....	18
4.3 Sykefravær	19
4.3.1 Registrering av uønskede hendelser og avvik	20
4.4 Oppsummering og vurdering fra prosjektgjennomføring.....	22
5 «Implementering av HeltOm i nye enheter».....	22
5.1 Sammenfatning av implementeringsprosjektet.....	22
5.2 Implementering av HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg og Arna/Åsane	23
5.3 Erfaringer og vurderinger fra planleggingsfasen.....	30
5.3.1 Valg av modell ved oppstart omorganisering.....	30
5.3.2 Team dimensjonering.....	30

5.3.3	Utskifting av avdelingsledere	30
5.3.4	Flytting og nye lokaler	30
5.3.5	Opplæring og undervisning.....	30
5.4	Erfaringer og vurderinger fra implementeringsfasen	30
5.4.1	Kritisk oppstart i videreutviklet HeltOm modell.....	30
5.4.2	Sykepleiere i HT	31
5.4.3	Spesielt om primærkontaktsystemet	31
5.4.4	Samhandling OT og HT	32
5.4.5	Utfordringer i journalsystem i videreutviklet modell	32
5.4.6	Høy grad av trivsel og motivasjon hos ansatte i HeltOm	32
5.4.7	Økt kjøretid på noen team	32
5.4.8	Innfasing av tverrfaglig samarbeid	32
5.4.9	Antall medisinerom pr. lokalisasjon	32
5.4.10	Økt behov for antall biler	32
5.5	Viktige anbefalinger og konklusjoner fra implementeringsprosjektet.....	33
5.6	Leveranser fra implementeringsprosjektet.....	33
6	Delprosjekt «Roller i endring»	33
6.1	Oppsummering av delprosjekt «Roller i endring»	33
6.2	Kapittelets oppbygging	33
6.2.1	Aktuelle begrep og definisjoner	34
6.3	Bakgrunn.....	34
6.3.1	Viktige avgrensinger og endringer i delprosjektet	35
6.3.2	Tilnærming til delprosjektet.....	36
6.4	Innsiktsarbeid	36
6.4.1	Oppsummering og vurdering av innsiktsarbeid	36
6.4.2	Ulik praktisering av HeltOm-modellen.....	37
6.5	Tillits- og faglighetsreformen - grunnlag for HeltOm	37
6.5.1	Delkonklusjon.....	37
6.6	Motstand mot innføring av videreutviklet HeltOm modell	38
6.6.1	Delkonklusjon.....	39
6.7	Bærekraft i videreutviklet HeltOm modell.....	39
6.7.1	Delkonklusjon.....	39
6.8	Bærekraft - rekruttering og beholde ansatte	39
6.8.1	Delkonklusjon.....	40
6.9	Om roller i endring under HeltOm.....	40
6.10	Spesielt om lederrollen.....	40
6.10.1	Tillitsbasert ledelse med fokus på fag.....	41

6.10.2	Delkonklusjon.....	41
6.11	Faren for ett A-lag og B-lag av ledere i videreutviklet modell?	41
6.11.1	Delkonklusjon:.....	42
6.12	Fagansvarlige sykepleiere	42
6.12.1	Delkonklusjon.....	42
6.13	Spesielt om sykepleiere i HT	43
6.13.1	Delkonklusjon.....	44
6.14	Helsefagarbeidere og assistenter.....	44
6.14.1	Delkonklusjon.....	45
6.15	Spesielt om klinisk avansert sykepleie	45
6.15.1	Delkonklusjon.....	45
6.16	Organisatoriske rammer for roller i endring	46
6.16.1	Bemanningsutfordringer	46
6.16.2	Begrensinger i journalsystem for HT	46
6.16.3	Mulighet for fleksibilitet knyttet til publikum/bruker telefon?	47
6.16.4	Dimensjonering av teamstørrelser.....	47
6.16.5	Dimensjonering av antall fagansvarlige fordelt på antall team	47
6.17	Faktorer som kan påvirke oppgavedeling- og forskyving.....	47
6.18	Vurderinger, de viktigste anbefalingene og konklusjon	49
6.18.1	Leveranse	50
7	Delprosjekt «Ansvarsvakt versus vaktkoordinator».....	50
7.1	Bakgrunn for delprosjektet.....	50
7.1.1	Prosjektgjennomføring og endringer	50
7.2	Resultat fra innsiktsarbeid	51
7.2.1	Opplevd ansvar i vaktkoordinatorrollen i OT.....	51
7.2.2	Opplevd ansvar i ansvarsvaktrollen i HT.....	51
7.2.3	De sykepleiefaglige konsulentenes opplevelse av dagens vaktkoordinatorrolle.....	52
7.2.4	Prosjektets oppsummering av innsikt	53
7.2.5	Samlokalisering versus ikke samlokalisering	53
7.3	Vurderinger, anbefalinger og konklusjon	54
7.3.1	Leveranser:.....	56
8	Delprosjekt «Veileder til kriteriene HSY (Hjemmesykepleie) og PBP (Praktisk bistand person)»	56
8.1	Bakgrunn.....	56
8.2	Prosjektgjennomføring	57
8.2.1	Vurderinger i arbeid med veilederen	57
8.3	Oppsummering, anbefaling og konklusjon	57
8.3.1	Leveranse:	57

9	Delprosjekt og pilot «Mål og tiltak i Profil»	58
9.1	Bakgrunn.....	58
9.2	Prosjektgjennomføring og tilnærming.....	58
9.2.1	Resultat fra uttesting i pilot.....	59
9.2.2	Vurdering, anbefaling og konklusjon.....	59
9.2.3	Leveranser:.....	59
10	Delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse».....	59
10.1	Bakgrunn.....	59
10.2	Oppsummering av delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse»	60
10.2.1	Kapittelets oppbygging.....	61
10.3	Mandat, tilnærming og endring i delprosjektet.....	61
10.4	De viktigste avveiningene rundt ny rutine for tverrfaglige tavlemøter.....	62
10.4.1	Aktuelle kandidater for tverrfaglige tavlemøter.....	62
10.4.2	Målsetting for rutine til tverrfaglige tavlemøter	62
10.4.3	Tavle i sikker sone	63
10.4.4	Ansvarliggjøring av primærkontakter i tavlemøter	63
10.4.5	Utvidet forståelse av hensikt med tverrfaglige tavlemøter.	63
10.4.6	Valg av kartleggingsverktøy for funksjon	63
10.5	Evaluering av samarbeid og ny rutine for tverrfaglige tavlemøter.....	64
10.5.1	Tettere tverrfaglig samarbeid og gode pasientforløp.....	64
10.5.2	Styrking av primærarbeidet og kompetanseoverføring mellom faggrupper	64
10.5.3	Like tverrfaglige vurderinger og hjemmebesøk	64
10.5.4	Oppmelding av pasienter og ressurseffektivitet.	64
10.5.5	Felles lunsj og fast avsatt tid i team før og etter tavlemøter.	65
10.5.6	Forbedringsområder	65
10.6	Vurderinger og anbefalinger	65
10.6.1	Konklusjon.....	66
10.6.2	Leveranser.....	66
11	Prosjektets vurdering av gevinstrealisering og måloppnåelse i HeltOm	66
	Oversikt vedlegg i sluttrapport HeltOm 3.0.....	70

Forord

HeltOm representerer en stor omstilling i kommunens helse- og omsorgstjenester. I dette prosjektet har mange nivå og ansatte vært involvert og engasjert. Til tider har det vært krevende prosesser, men vi har klart det sammen. Gjennom HeltOm har vi skapt nye løsninger for fremtiden; for våre ansatte og for kommunens innbyggere. Vi har vist at tillits- og faglighetsreformen kan fungere som et verktøy som fremmer innovasjon og engasjement. Prinsippene i reformen er en god rettesnor for å bygge organisasjon og skape motivasjon hos ansatte.

Ved avslutningen av prosjektet er det mange som skal takkes. Uten et tett samarbeid mellom etatene i Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering og rehabilitering, tillitsvalgte, vernetjenesten, ledere og ansatte i alle ledd, ville HeltOm aldri blitt like vellykket.

Tusen takk til alle for et godt og produktivt samarbeid. Og lykke til med det videre med HeltOm!

Bergen 28.06.24

Prosjektledere for HeltOm

Gurli Følstad og Helene Forberg Lefevr

Prosjekteier og etatsdirektør Etat for hjemmebaserte tjenester

Berit Breistein

Forklaring av forkortelser og begreper

Forkortelse	Forklaring
HBT	Hjemmebaserte tjenester
HSY	Hjemmesykepleien
HT	Helsetjenesteteteam
OT	Omsorgsteam
VK	Vaktkoordinator
Peptalk	Uformell samtale for økt informasjonsutveksling, -flyt og læring
KAS	Klinisk avansert sykepleie
INCA	Innovasjon i kommunale hjemmetjenester (Innovation in municipal home-based healthcare services)
PBP	Praktisk bistand person
VO	Verneombud
IP	Individuell plan
NSF	Norsk sykepleierforbund
KS	Kommunesektorens organisasjon
ALS	Amyotrofisk lateral sklerose
MS	Multipel Sklerose
KOLS	Kronisk obstruktiv lungesykdom

1 Sammendrag

HeltOm er tjenesteinnovasjon. HeltOm er en ny driftsmodell, for det som tidligere ble kalt hjemmesykepleien.

HeltOm arbeidet har vært et vellykket prosjekt, fordelt på tre prosjektrunder. Ved prosjektets avslutning er HeltOm implementert i alle byområder i Bergen kommune.

Arbeidet i HeltOm har hatt en høy grad av gevinstrealisering, god endringskapasitet og bidratt ulike innovasjoner. Prosjektet har vekslet på å utvikle løsninger og implementere disse i takt med erfaring.

I prosjektrunde HeltOm 3.0 har de to største enhetene Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane blitt omorganisert.

Vi ser det er ulik praktisering av HeltOm-modellen. Tre enheter praktiserer original modell fra første pilot HELTOM, mens to enheter har innført videreutviklet HeltOm-modell. Prosjektet anbefaler den videreutviklede HeltOm-modellen. Løsningen svarer best ut prosjektets overordnede målsetting om bærekraft, mest mulig selvstyrte team og prinsippene i tillits- og faglighetsreformen. Arbeidsoppgaver kan i denne modellen løses på et lavest mulig omsorgsnivå, og funksjon til fagansvarlige sykepleiere er endret. Vi erfarer at strukturelle endringer virker som en katalysator på, og fremmer, oppgavedeling og oppgaveforskyving mellom ulike faggrupper og roller. I den videreutviklede HeltOm-modellen kan flere dele på, eller utføre, de samme arbeidsoppgavene. Dette gir teamene en økt fleksibilitet og effektivitet.

Kriteriene for fordeling av pasientoppdrag mellom omsorgsteam og helsetjenestetteam (HT) har ikke endret seg siden oppstart i første pilot HELTOM. Når modellen får etablert seg ser vi at vaktkoordinatorer (VK) i omsorgsteam (OT) tar et stadig større faglig ansvar.

Arbeidet i HeltOm-modellen kan utfordre den tradisjonelle forståelsen av ledelse i organisasjonen. Prosjektet vurderer at i HeltOm-modellen trenger vi mer hybridledelse. Vi trenger avdelingsledere som i større grad kan balansere personell og økonomiledelse med sykepleierfaglig ledelse. Prosjektet har identifisert faktorer som kan virke til å fremme eller hemme oppgavedeling- og forskyvning. Det anbefales at kommunen vektlegger disse faktorene i sitt videre arbeid med modellen.

I HeltOm er det utarbeidet strukturer for et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse, som skal sikre tjenester av god kvalitet. Gjennom HeltOm tar kommunen et større ansvar for at ansatte blir tilført ny kompetanse og kan utføre tildelte arbeidsoppgaver.

I HeltOm 3.0 har vi fokusert på restanser og forbedringsområder fra HeltOm 2.0. Erfaringer og evaluering fra Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg viser at det tverrfaglige samarbeid kan fungere meget godt under en hybridorganisering. Det er jobbet frem, og testet ut en ny rutine for tverrfaglige tavlemøter. Prosjektet anbefaler at rutinen implementeres, uavhengig av videre valgt organisering av terapeuter opp mot HeltOm. Det står som en restanse til drift å gjøre en evaluering av tverrfaglig samarbeid i alle HeltOm-enheter.

I HeltOm 3.0 har det blitt utarbeidet en veileder og metodikk for hvordan vurdere pasientoppdrag, som kan ligge i «gråsonen» mellom et OT og HT. Og i en ny pilot i Arna har vi testet ut hvordan tjenesten bedre kan arbeide etter sykepleieprosessen, og heve kvaliteten på dokumentasjon, gjennom innføring av INCP¹. Prosjektet anbefaler erfaringer fra pilot videreføres og implementeres i alle enheter.

¹ INCP er et verktøy for dokumentasjon av sykepleiediagnoser/problemer, tiltak og mål i ett og samme system. Det er dekkende for alle deler av sykepleiepraksis, på tvers av spesialiteter, språk, land og kulturer. International Council of Nurses (ICN) er eier og utvikler.

Prosjekt HeltOm 3.0 har vist at:

- videreutviklet HeltOm-modell er den tilnærmingen som best svarer ut prosjektets målsetting om bærekraft, mest mulig selvstyrte team og prinsippene i tillits- og faglighetsreformen.
- HeltOm er økonomisk bærekraftig, fordi pasientoppdrag kan løses på et lavest mulig omsorgsnivå, det er behov for færre sykepleiere og fagansvarlige sykepleiere, og flere ansatte kan dele på og/eller utføre de samme arbeidsoppgavene.
- HeltOm-modellen er bærekraftig fordi den kan representere et konkurransefortrinn i rekruttering, og i det å beholde ansatte. HeltOm gir mer jobbvariasjon, mindre fysisk belastning, samt økt faglighet sammenliknet med tradisjonell organisering.
- I HeltOm ser vi en høy grad av motivasjon og trivsel hos ansatte. Vi har en sterk grad av ansatt involvering.
- HeltOm har bidratt til et godt omdømme av Bergen kommune som en innovativ og fremtidsrettet kommune.
- I HeltOm er det etablert et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse. Vi har etablert strukturer og tiltak som bygger opp under fag, kvalitet, samhandling og god dokumentasjon.
- I HeltOm har den generelle kompetansen hos alle ansatte økt, sammenliknet med tidligere organisering, og vi har styrket primærarbeidet.
- I HeltOm er det jobbet frem måleindikatorer for styring og kontroll som er implementert i drift.
- HeltOm har bidratt til organisatorisk læring og forbedret tjenesten sin risiko og endringshåndtering.
- HeltOm gir bedre kvalitet på tverrfaglig samarbeid, mer helhetlige tjenester, kortere responstid på henvisninger til fysio- og ergoterapitjenesten, gode pasientoverganger, økt tverrfaglig forståelse og høyere kvalitet på tverrfaglige tavlemøter.

2 HeltOm-modellen i utvikling

I HeltOm 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 det vi tidligere kalte hjemmesykepleien.

Prosjekt HeltOm 3.0 baserer seg på arbeid i piloten HELTOM² og prosjekt HeltOm 2.0³. Arbeidet med HeltOm-modellen har utviklet seg i løpet av prosjektrundene, dette for å imøtekomme overordnet målsetting og ønsket gevinstrealisering.

² Jf. Sluttrapport HELTOM.

³ Lenke: Sluttrapport HeltOm 2.0 <https://www.bergen.kommune.no/api/rest/filer/V37722102>

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](#).

I HeltOm jobber helsefagarbeidere og assistenter i omsorgsteam (OT), mens sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog, danner kjernen i helsetjenesteteteam (HT). Med HeltOm, organiseres tjenesten 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. Kriteriene⁴ har holdt seg stabile gjennom alle prosjektrundene og er ikke blitt endret siden første pilot.

Bergen kommune har besluttet at HeltOm organiseringen skal erstatte den tradisjonelle hjemmesykepleien. Mars 2024 var HeltOm implementert i alle byområder i Bergen kommune.

Fordi modellen er i utvikling, ser vi ved prosjektets avslutning at enhetenes praktisering av HeltOm-modellen er noe ulik. Tre enheter jobber etter den originale modellen, utviklet i første pilot. To enheter har innført den videreutviklede modellen som ble jobbet frem under prosjekt HeltOm 2.0.

I den videreutviklede HeltOm-modellen er funksjon, arbeidsoppgaver og organiseringen av fagansvarlige sykepleiere endret. Fagansvarlige sykepleiere i videreutviklet modell, ivaretar kvalitetsarbeid på en annen måte, gjennom en systematisk opplæring og undervisning av ansatte i team, på individ og gruppenivå.

HeltOm representerer oppgaveforskyving og oppgavedeling mellom faggrupper⁵ og roller⁶. I den originale HeltOm-modellen skjedde det hovedsaklig en oppgaveforskyving fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter i OT. I den videreutviklede HeltOm-modellen blir også de andre rollene berørt. Det skjer en ny oppgaveforskyving fra fagansvarlige sykepleiere til avdelingsledere og sykepleiere i HT.

2.1 Rapportens formål og oppbygging

Denne rapporten oppsummerer det viktigste arbeidet i prosjekt HeltOm 3.0. Rapporten er skrevet med det formål at den skal synliggjøre nye læringspunkt og svare ut oppdragsnotatet fra byrådsavdelingen⁷ til Etat for hjemmebaserte tjenester. Dette i henhold til de mål og gevinster som ble satt for oppstarten av arbeidet og innføringen av HeltOm-modellen.

Rapporten vektlegger implementeringsarbeidet, samt de vurderinger og faktorer som prosjektet erfarer påvirker enhetenes evne til og i hvilken grad det jobbes med oppgavedeling- og oppgaveforskyving i HeltOm.

Første del av rapporten omtaler prosjektets generelle gjennomføring og organisering. Deretter behandles implementeringsarbeidet i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane, og arbeid i de ulike delprosjektene. Rapporten avsluttes med en overordnet oppnådd gevinstrealisering, leveranser, samt en oppsummering av viktige erfaringer fra prosjekt og videre anbefalinger til drift.

Det forutsettes at leser ser sluttrapport HeltOm 3.0 i sammenheng med innhold og arbeid presentert i sluttrapport HeltOm 2.0 og [tidligere arbeid i HELTOM](#). Videre at leser har kjennskap til kommunale helse og omsorgstjenester, samt relevante nasjonale- og kommunale føringer og styringsdokumenter.

⁴ Vedlegg 1. Kriterier for fordeling av pasientoppdrag i HeltOm.

⁵ Faggrupper defineres i denne rapporten, jf. definisjon i kap. 6.2.1

⁶ Roller defineres i denne rapporten, jf. definisjon i kap. 6.2.1

⁷ Vedlegg nr. 2. Oppdragsnotat om HeltOm fra byrådsavdelingen

3 Om prosjekt HeltOm 3.0

Prosjektet tar utgangspunkt i tidligere arbeid i prosjektrunder og det opprinnelige oppdragsnotatet fra byrådsavdelingen til Etat for hjemmebaserte tjenester om videreføring av arbeid i HeltOm 2.0.

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.

Hovedfokuset til prosjektet har vært å implementere HeltOm-modellen i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane. Enhetene var de to siste og største byområdene i Bergen kommune som ikke var omorganisert.

I tillegg til å være et implementeringsprosjekt, har HeltOm 3.0 vært et videreutviklingsprosjekt. Vi har jobbet med ulike forbedringsområder i modellen, og viktige restanser fra forrige prosjektrunde i delprosjekt.

HeltOm 3.0 har bestått av hovedprosjekt «Implementering HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane. Vi har arbeidet med følgende delprosjekt:

- «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse» - en videreføring fra HeltOm 2.0
- «Mål og tiltak i Profil»- en restanse og videreføring fra HeltOm 2.0
- «Roller i endring»- en videreføring av arbeid med oppgavedeling og oppgaveforskyvning mellom faggrupper og roller i HeltOm 2.0
- “Ansvarsvakt versus vaktkoordinator”- en restanse fra HeltOm 2.0 for å synliggjøre faglig grensesnitt mellom disse rollene
- “Kriterier for gråsonepoppdrag OT og HT” - en restanse fra HeltOm 2.0

3.1 Prosjektgjennomføring

De overordnede rammene og strukturene for gjennomføring tilsvarer prosjektrunde HeltOm 2.0.

Prosjektperioden ble satt fra mars 2023 til ut juni 2024.

Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane har hatt flere lokalisasjoner. Arbeidet har derfor måttet blitt koordinert opp mot de ulike tjenesteområdene og lokalisasjonene i hver enhet. Involverte enhetene hatt ulike dato for oppstart omorganisering. Videre har det innad i hver enhet vært forskjellige tidspunkt for oppstart omorganisering. Hver enhet har hatt to samlokalisasjoner.

Enhetene valgte forskjellige HeltOm modeller ved oppstart omorganisering. Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg valgte den videreutviklede modellen, mens Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane valgte den originale modellen.

To prosjektledere har fulgt opp implementeringsarbeidet i hver sin enhet. Basert på ulike kompetanseområder og ansvar har prosjektledere fordelt delprosjekt og utvalgte prosjektoppgaver seg imellom.

Det var bevilget 10 millioner til prosjekt HeltOm 3.0. Midlene skulle brukes til prosjektledelse og kompetansehevende tiltak. I likhet med forrige prosjektrunde skulle det ikke utarbeides et eget budsjett for prosjektet. Enhetene skulle føre eget regnskap på utlagte kostnader knyttet til prosjektet, og melde inn til etat.

Implementeringsarbeidet har tatt det meste av prosjektledere sin tid og oppmerksomhet. Ressursbruken har følgelig fått konsekvenser for tid og fokus til annet oppsatt delprosjektarbeid, og medført at det er noen mindre restanser som må overføres til drift høsten 2024.

3.2 Prosjektorganisering

Prosjektorganiseringen har fulgt mal og oppsett fra prosjekt HeltOm 2.0. Etat for hjemmebaserte tjenester har vært prosjekteier av HeltOm 3.0. Prosjektet har hatt en styringsgruppe, med deltakere fra byrådsavdeling, etatsledelse i Etat for vurdering og rehabilitering og Etat for hjemmebaserte tjenester, hovedtillitsvalgte, verneombud, Eldreråd, prosjektledere, samt enhetsledere i de nye enhetene. Tidligere enhetsledere er erstattet av nye enhetsledere. Styringsgruppen har hatt månedlige møter, foruten i fellesferien. Kommunikasjon av arbeid fra prosjektet, til de øvrige enhetene, har gått via etatsdirektør i Etat for hjemmebaserte tjenester og gjennom nyhetsbrev.

3.2.1 Lokale prosjektgrupper og statusmøter.

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

De lokale prosjektgruppene hadde innledningsvis i arbeidet en relativt tett hyppighet på ca. hver 14. dag, men møtevirkosomhet har blitt redusert utover i prosjektperioden til å være månedlig.

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 blir engasjert. Og at tillitsvalgte og verneombud deltar i lokale prosjektgrupper, sammen enhetsleder og sykepleiefaglig konsulent. Dette sikrer bred involvering av alle nivå og best mulig forankring av endringsprosessene.

I begge enheter har hovedtillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund (NSF) vært invitert til lokale prosjektgruppemøter, da enhetene i perioder stod uten lokale tillitsvalgte, eller prosjektet vurderte arbeidet var inne i en kritisk fase. I de krevende fasene har god kommunikasjon og samhandling med hovedtillitsvalgte og verneombud vært av svært positiv betydning og vært en viktig støtte for prosjektarbeidet.

I Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg har prosjektet etter innføring av omorganisering supplert de lokale prosjektgruppemøtene med statusmøter, dette i hver lokalisasjon ukentlig. Ledere og fagansvarlige har vært kalt inn til statusmøter.

Statusmøtene har vært viktig for å sikre at prosjektet var tett nok på og kunne håndtere lokale utfordringer.

3.2.2 Delprosjekt- og arbeidsgrupper

Kombinert med lokale prosjektgrupper har prosjektet hatt egne delprosjekt- og arbeidsgrupper. Disse har jobbet med spesifikke oppgaver, forbedringsområder eller delleveranser i en mindre avgrenset tidsperiode.

3.2.3 Diverse samarbeidsmøter

Etatsdirektør har hatt ukentlige samarbeidsmøter med prosjektledere og involverte enhetsledere. Nytt i denne prosjektrunden er at noen av samarbeidsmøtene har involvert begge enheter, mens andre har vært separate.

I de separate møtene har det blitt bedre tid til at den enkelte enhet kan ta opp og drøfte lokale utfordringer og problemstillinger. Samarbeidsmøtene har vært nyttig for å utveksle erfaringer og koordinere arbeid opp mot den enkelte enhet og på tvers av aktuelle enheter.

Dessuten har det i forkant av styringsgruppemøter vært avholdt jevnlige møter mellom prosjektledere og etatsdirektør.

3.3 Hovedleveranser fra HeltOm 3.0

De viktigste og største leveransene som ble satt for prosjekt HeltOm 3.0 var:

- implementering av HeltOm-modellen i enhetene Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane
- oppfølging av de viktigste restansene og forbedringsområdene fra HeltOm 2.0 som delprosjekt, med egne rapporter og del-leveranser.
- sluttrapport for prosjekt HeltOm 3.0

3.4 Viktige milepæler

Det ble satt en milepælsplan for prosjektet som tok utgangspunkt i fasene til hovedprosjektet i utvalgte enheter. Milepæler har vært fulgt opp fast i styringsgruppemøtene. Konspetfasen ble delvis erstattet av en gradvis overgang fra HeltOm 2.0 til HeltOm 3.0. det ble opprettet dialog og planarbeid i nye enheter før prosjekt HeltOm 2.0 formelt var avsluttet.

Tabell 1: Viser prosjekt HeltOm 3.0 sine milepæler.

MP	Milepæler	Faktisk milepælsdato	Kommentarer
	PLANLEGGINGSFASE		
M1	Oppstart utarbeidelse implementeringsplaner	01.03.23	
M2	Plan på opplæring grunnpakke 1 i begge enheter	23.03.23	
M3	Prosjekt oppstart med nytt mandat for HeltOm 3.0	11.04.23	
M4	Dimensjonering av team	Mai – 23	
M5	Utpeking nye avdelingsledere ferdigstilt i begge enheter	20.09.23	
M6	Implementeringsplaner ferdigstilt	30.05.23 11.09.23	Fyllingsdalen/Laksevåg Arna/Åsane
M7	Beslutning om oppstartsdato omorganisering i de ulike bydelene	31.05.23 25.10.23 07.02.24	Fyllingsdalen og Arna Laksevåg Åsane
M8	Oppstart delprosjekt	25.10.23	Fem delprosjekt
M9	Nye turnuser ferdigstilt	6 uker før oppstartsdato	
	IMPLEMENTERINGSFASE		
M10	Tverrfaglig org modell HeltOm 3.0 besluttet	25.10.23	HeltOm jobber fortsatt etter hybridmodellen i HeltOm 3.0.
M11	Oppstart omorganisering	17.10.23 21.11.23 20.03.14	Oppstart Fyllingsdalen og Arna Oppstart Laksevåg Oppstart Åsane
M12	Delprosjekt avsluttet	31.05.24 15.06.24	
M12	Implementering og prosjekt HeltOm 3.0 avslutta	30.06.24	
	STØTTE OG VEDLIKEHOLDSFASE		
M12	Revidert sluttrapport HeltOm 3.0 levert	30.06.24	

3.5 Usikkerhet og endringshåndtering

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

Der det har oppstått behov for 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 ivarettatt av prosjektet, mens det som har vært utenfor har vært rapportert og tatt hånd om i drift. Store og viktige avgjørelser har blitt tatt i prosjektets styringsgruppe. Det har blitt utarbeidet og arbeidet med egne risikomatriser knyttet til HeltOm i hver enhet. Lokale tillitsvalgte og verneombud (VO) har vært tett involvert.

Prosjektet har arbeid med risikovurderinger jevnlig for å identifisere, analysere, behandle og overvåke usikkerheten i prosjektet, slik at modellens gevinster og målsettinger kan nås. Usikkerhet i prosjektet har blitt forstått som ikke å vite fremtidige konsekvenser av en aktivitet eller hendelse. Prosjektet har tatt utgangspunkt i balansen mellom tid, kostnad og kvalitet i arbeidet.

3.5.1 Spesielt om risikohåndtering

Gjennom hele planleggings- og implementeringsfasen har det vært utført risikovurderinger i enhetene Fyllingsdalen/ Laksevåg og Arna/ Åsane. Risikovurderingene har vært utført løpende og behandlet innad i hver enhet. I prosjektets slutfase er restrisikoer overført til enhetene for videre oppfølging. Ansatte på flere nivå har medvirket i risikovurderingene. Risikovurderingen har vært rapportert på styringsgruppe- og prosjektgruppemøter. Risikoarbeidet i prosjektet vurderes til å ha fungert godt.

De ulike bydelene startet opp med ny organisering på ulike tidspunkt. Noen risikoer var sammenfallende, og noen var spesifikke.

Utvalgte risikoområder omtales mer inngående i øvrige kapitler i sluttrapporten.

Under vises en oversikt over de viktigste risikoområder som har hatt stor betydning for prosjektets arbeid:

- høyt sykefravær, generelt
- ledige stillinger, begge enheter
- mangel på fagdekning i OT, begge enheter
- spesielt mange innleide vikarer i to OT, Arna/Åsane
- mangel på avdelingsledere og fagansvarlige, Fyllingsdalen/Laksevåg
- stor utskifting av avdelingsledere, mange nye ledere, begge enheter
- redusert antall fagansvarlige, Fyllingsdalen/Laksevåg
- for store team med for mange arbeidslister, Fyllingsdalen/Laksevåg
- usikkerhet rundt oppstartsdato, Åsane
- logistikk og parkeringsplasser nye lokaler, begge enheter
- telefonløsninger, Fyllingsdalen/Laksevåg
- element i journalsystem understøtter ikke organisering og arbeidsprosessene i videreutviklet HeltOm modell
- fravær av stabsfunksjoner i begge enheter i omorganiseringsprosessen, begge enheter
- utrygghet mot flytting til nye lokaler, begge enheter
- økt emosjonell belastning sykepleiere i HT under HeltOm, begge enheter
- samhandling mellom vaktkoordinator og ansvarsvakt, begge enheter
- samhandling mellom HT og OT, begge enheter
- gråsonepasienter, begge enheter
- egne arbeidsmiljørelaterte risikoer lokalt, begge enheter

3.5.2 Workshops

Workshops har blitt sett på som et viktig utviklings- og koordineringsverktøy i prosjektet. Ansatte og enheter har tilbakemeldt behovet for, og nytten av, workshops i forrige prosjektrunde. Prosjektet har i HeltOm 3.0 avholdt to store workshops i forbindelse med delprosjekt «Roller i endring». En workshop var tilpasset fagansvarlige sykepleiere og sykepleierfaglige konsulenter, en annen var tilpasset alle avdelingsledere i HeltOm. Det ble også avholdt en workshop relatert til kriteriene for fordeling av pasientoppdrag, jf. kap. 7. Av hensyn til tid og ressurser fikk ikke prosjektet avholdt en felles og oppfølgende workshop knyttet til delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse», jf. kap. 10.

3.5.3 Peptalk-er

Det har vært viktig for prosjektet å sikre god kontroll over status og aktivitet. 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. Sammen med lokaleprosjektgrupper har såkalte «peptalk-er» bidratt til å ivareta prosjektets medarbeiderperspektiv.

Prosjektet hadde gode erfaringer med peptalk-er i HeltOm 2.0. Disse samtalen ble videreført i HeltOm 3.0. Prosjektledere vurderte at samtalen var så nyttige at FORMS-undersøkelser, som hadde blitt benyttet i HeltOm 2.0, ikke ble videreført i HeltOm 3.0. Kombinert med drift sitt arbeid med indikatorovervåking, avvikshåndtering og risikoarbeid vurderer prosjektet å ha fått god nok styringsdata.

I Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg startet de opp i avdelingene før selve omorganiseringen var et faktum. Samtalen har blitt holdt jevnlig og ut implementeringsperioden.

Tema i samtaler har vært samhandling mellom OT og HT, vaktkoordinatorrollen, primærkontaktrollen, opplæring, informasjon, medisinshåndtering, 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. Prosjektet har erfart at samtalen har blitt godt mottatt og er verdifulle for arbeidet. Ansatte føler seg sett og delaktige. Prosjekt og drift har raskt fått tilbakemeldinger på status og forslag til nye løsninger eller forbedringsområder. Gjennom samtalen har prosjektet blitt bedre kjent med ansatte i team og deres opplevelse av omorganiseringen. Som metode viste det seg at peptalk-ene var svært viktige for hyppige tilbakemelding fra ansatte. Her var det mulighet for oppfølgings spørsmål og samtalen var lette å dokumentere. Prosjektledere kunne skifte fokus i samtaler til neste runde, samt se utvikling over tid.

3.6 Hospitering, erfaringsdeling og omdømme.

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. For å begrense ressursbruken har mange ønsker om hospitering blitt løst gjennom digitale møter. I de digitale møtene har vi også vært opptatt av å promotere Bergen kommune sitt arbeid med «Vurderingsteam». Representanter fra vurderingsteam har også deltatt med innlegg på digitale og fysiske samlinger med andre kommuner.

Prosjektledere har blitt invitert av flere kommuner for å dele erfaringer fra arbeidet, og deltatt på noen utvalgte konferanser og arrangement. De har informert om HeltOm-modellen og arbeid med innovasjon. Prosjektet har blant annet hatt innlegg for TØRN prosjektet i KS og sentrale representanter for NSF og Fagforbundet. Et innlegg har blitt holdt som et samarbeid mellom forskere i NORCE og prosjektledelse på innovasjonskonferanse i Stavanger. Tilbakemeldingene på arbeidet i HeltOm fra eksterne aktører har vært svært gode. Vi opplever arbeidet svarer ut et behov i tiden, og representerer nybrottsarbeid i oppgavedeling og oppgaveforskyving.

Prosjektet har hatt et positivt hovedoppslag i BT i desember 2023, og blitt omtalt i fagbladet til geriatriske sykepleiere. HeltOm er også nevnt i [NOU 2023: 4, Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#).

I prosjektet har det blitt lagt rette for lokal erfaringsutveksling mellom ansatte i de tidligere HeltOm enhetene og de nye. Ansatte har vært på besøk og fått besøk av ansatte i andre enheter som deler villig fra eget arbeid.

3.6.1 Tik Tok videoer og rekrutteringsarbeid.

En av de største utfordringene til etaten er bemanning. Team trenger flere helsefagarbeidere og assistenter. Det har vært et mål å nå ut til den yngre generasjonen. Som et lite prøveprosjekt ble det derfor utarbeidet flere Tik Tok videoer myntet på unge helsefagarbeidere og assistenter. Arbeidet var et samarbeid med elever ved Bergen Private Gymnas. Arbeidet er overført fra prosjekt til drift. Det venter på universell utforming, og bli distribuert på kommunens egen Tik Tok kanal. Det står som en restanse fra prosjektet det kommer til en avklaring på ansvar for videre bruk og distribusjon av videoklipp. Prosjekt i byrådsavdeling har blitt gitt muligheten til å bruke materiale som er jobbet frem i prosjektet i sitt rekrutteringsarbeid, bla. i videregående skoler.

3.6.2 Nyhetsbrev

I tillegg til peptalker og lokale prosjektgrupper, ble det skrevet og sendt ut digitalt nyhetsbrev til alle involverte. Noen nyhetsbrev var lokale for hver enhet og noen var felles. De som var felles kom ut etter hvert styringsgruppemøte. Nyhetsbrev ble også lagt ut på Allmenningen, som er kommunens intranett og tilgjengelig for alle ansatte. De felles nyhetsbrevene var av en generell karakter, og tok opp de store overordnede linjene og utviklingen i prosjekt HeltOm 3.0. Prosjektet erfarte i likhet med forrige prosjektrunde det var viktig at avdelingsledere gikk igjennom nyhetsbrevene med ansatte. Dette kunne variere noe fra avdelingsleder til avdelingsleder.

3.7 Følgeforskning

NORCE forsker på innføringen av HeltOm i Bergen kommune, og prosjektet har hatt et tett samarbeid med dem i det treårige forskningsprosjektet [INCA](#). NORCE har deltatt som observatører på styringsgruppemøtene og gitt oppsummering av funn til styringsgruppen. Forskerne har intervjuet prosjektlederne en gang i måneden. De har hatt innlegg på ledersamlinger, og hatt innlegg sammen med prosjektledelse på konferanse.

4 Økonomi, avvik og kvalitet

4.1 Brukerundersøkelse og måleindikatorer

De utviklede måleparametere⁸ fra HeltOm 2.0 har blitt beholdt og videreført i prosjektrunde HeltOm 3.0. Måleparametere er gjennomført innenfor perspektivene økonomi, bruker, medarbeider og kvalitet. Hovedansvar for oppfølgingen av indikatorene har ligget til drift i Etat for hjemmebaserte tjenester. Enhetslederne har rapportert jevnlig i drift til etat og til styringsgruppen gjennom prosjektet.

Brukerundersøkelse ble gjennomført av byrådsavdelingen våren 2024. Prosjektet hadde ikke bearbeidet materiale fra byrådsavdelingen tilgjengelig ved prosjektets avslutning. Resultat er derfor ikke omtalt i denne rapporten.

⁸ Vedlegg 3. Måle-parametere for HeltOm

4.2 Spesielt om økonomi

Måleparameterne er i stor grad implementert i den økonomiske styringen som enhetene har i dag, og i HeltOm 3.0 er de supplert med indikatorer knyttet til funksjon, jf. kap. 10.4.6. De siste indikatorene for funksjon er ikke implementert.

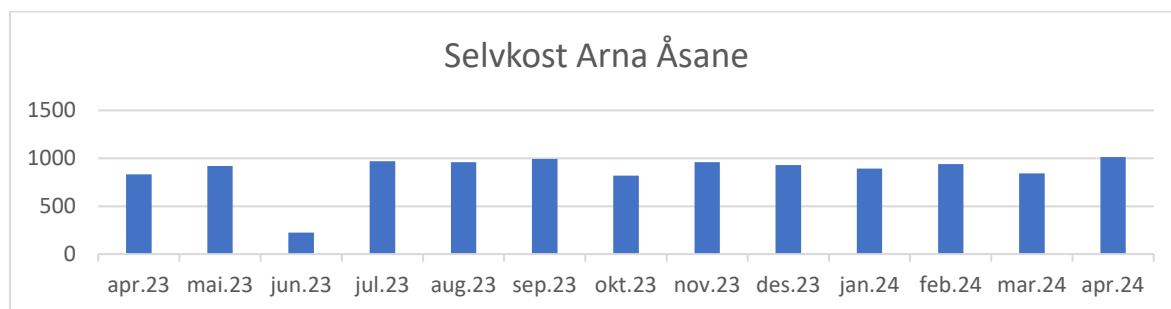
Etat for hjemmebaserte tjenester har et stort antall ledige stillinger som man ikke klarer å besette. I tillegg er sykefraværet svært høyt. I 2023 var sykefraværet 13,6% og man har et enda høyere sykefravær i starten av 2024. Det er krevende for tjenestene å drifte med et så høyt fravær i tillegg til mange ubesatte stillinger.

Kombinasjonen høyt sykefravær og mange ubesatte stillinger medfører at enhetene bruker for mye overtid og vikarbyrå. På grunn av disse faktorene er det vanskelig å sammenligne driften, før Etat for hjemmebaserte tjenester startet med HeltOm og den driften man har i dag.

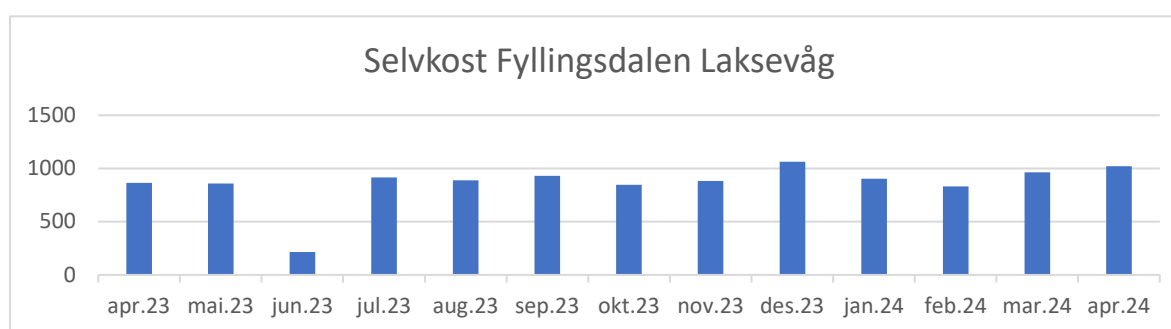
4.2.1 Selvkost

Selvkost er definert som lønnskostnader (netto lønn) inkl. innleie av eksterne vikarer delt på antall timer, hentet fra rapporter i Profil⁹. Øvrige driftskostnader er utelatt fra vår beregning. Vi ser av grafene at for Arna/Åsane at den høyeste selvkosten er i april 2024. Dette skyldes at man har fått faktura fra vikarbyrå inn i april regnskapet som tilhører tidligere perioder. Samme gjelder for desember måned, da man i regnskapet har fakturaer fra vikarbyrå for to måneder på grunn av årsavslutning. Generelt for begge enheter er det stort bruk av å leie inn fra byrå og mye overtid. Feriepenger som utbetales i juni måned er forklaringen til den lave selvkosten for denne måneden.

Figur 1: Viser selvkost i Arna/Åsane



Figur 2: Viser selvkost i Fyllingsdalen/Laksevåg



⁹ Profil er kommunens elektroniske pasientjournalsystem

4.2.2 Bruksrate

Bruksrate måler hvor mye tid vi gir til pasienter hver uke, dette blir rapportert i Datasjø månedlig. Vi kan ikke se at det har vært noen endring i bruksrate til pasientene i de ulike kategoriene før og etter innføring av HeltOm driftsmodell. Det vil for øvrig alltid være mindre endringer mellom de ulike periodene, og størst endring vil det være i kategorien 30t – 80t da det ikke er så mange pasienter i denne gruppen.

Tabell 2: Viser bruksrate i Arna/Åsane

	0-1,5 t	1,5t - 7,5t	7,5t - 15t	15t - 30t	30t - 80t
apr.23	0,5	3,87	9,81	18,59	35,09
mai.23	0,45	3,93	9,75	18,87	36,53
jun.23	0,47	3,94	9,77	18,54	35,66
jul.23	0,48	3,97	9,95	18,71	35,2
aug.23	0,48	3,96	9,69	18,71	39,05
sep.23	0,47	4,05	9,79	18,7	36,72
okt.23	0,47	4,06	9,73	18,57	38,14
nov.23	0,45	3,95	9,7	18,26	37,55
des.23	0,49	3,98	9,72	18,21	36,41
jan.24	0,47	4	9,92	18,77	37,25
feb.24	0,49	4	10,25	21,06	37,2
mar.24	0,47	3,94	9,88	18,3	38,47
apr.24	0,49	3,96	10,03	19,44	39,08

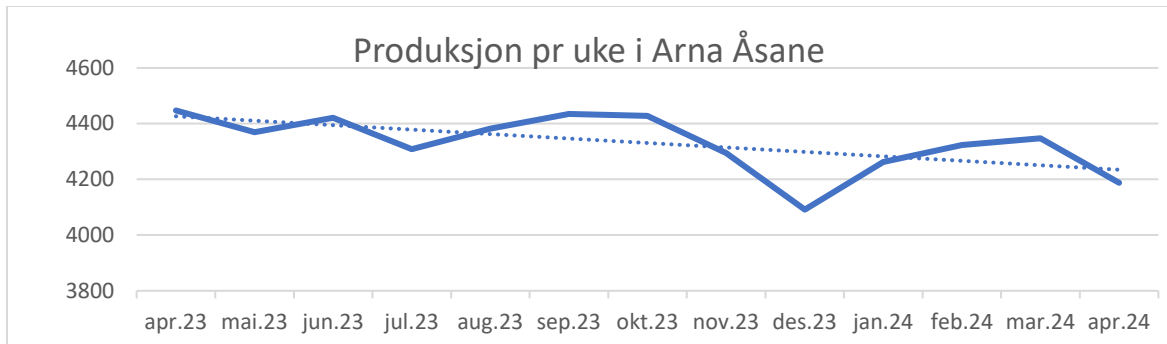
Tabell 3: Viser bruksrate i Fyllingsdalen Laksevåg

	0-1,5 t	1,5t - 7,5t	7,5t - 15t	15t - 30t	30t - 80t
apr.23	0,49	3,76	10,14	19,88	44,72
mai.23	0,48	3,89	10,25	20,33	41,75
jun.23	0,49	3,87	9,98	20,53	41,93
jul.23	0,5	3,75	10,11	19,13	39,88
aug.23	0,5	3,83	10,05	19,29	41,3
sep.23	0,46	3,86	10,11	18,93	41,49
okt.23	0,48	3,88	9,98	20,25	42,59
nov.23	0,46	3,86	10,13	19,6	40,05
des.23	0,48	3,88	10,05	20,41	41,43
jan.24	0,47	3,98	10,09	19,59	43,97
feb.24	0,47	3,93	9,81	20,5	41,64
mar.24	0,5	3,96	10,03	19,73	41,72
apr.24	0,44	3,93	9,97	18,36	42,37

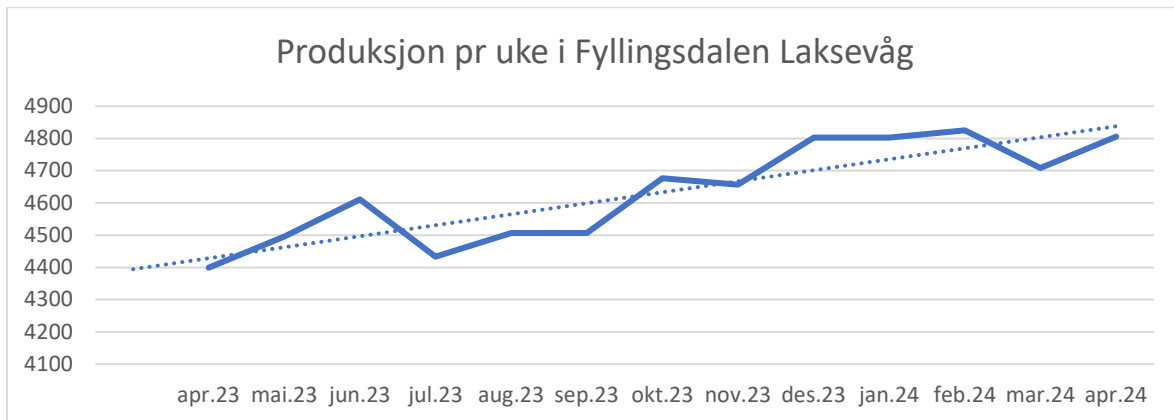
4.2.3 Produksjon – antall timer

Vi har erfart at produksjonen over antall timer til brukere siste 13 mnd., så har Arna/Åsane en nedadgående trend, mens det er motsatt for Fyllingsdalen/Laksevåg. At produksjonen varierer fra måned til måned er normalt innenfor tjenestoområde. Produksjonen sier noe om økning eller reduksjon i pasientoppdrag. Det er vanlig dette kan endres raskt, og er et kjennetegn ved hjemmetjenesten, som også skiller den fra institusjonstjenester med et visst antall pasientsenger.

Figur 3: Viser produksjon i Arna/Åsane



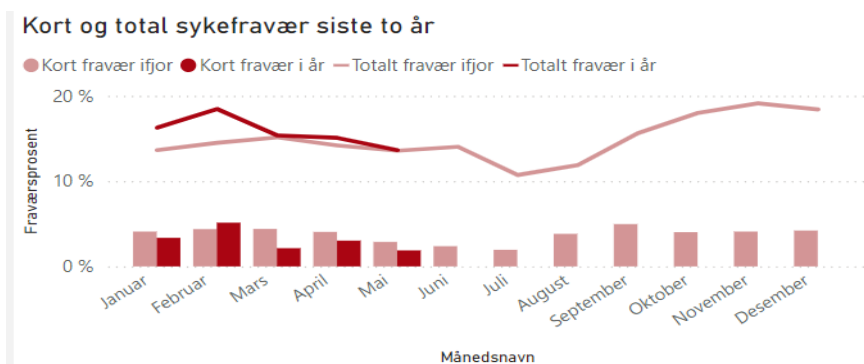
Figur 4: Viser produksjon i Fyllingsdalen/Laksevåg



4.3 Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt for alle enheter i Etat for hjemmebaserte tjenester over lang tid. Man ser at så langt i 2024 er fraværet størst i Arna Åsane og Fyllingsdalen Laksevåg, og begge enhetene sitt sykefravær er høyere i 2024 enn i 2023 for samme periode.

Figur 5: Viser utvikling i sykefravær

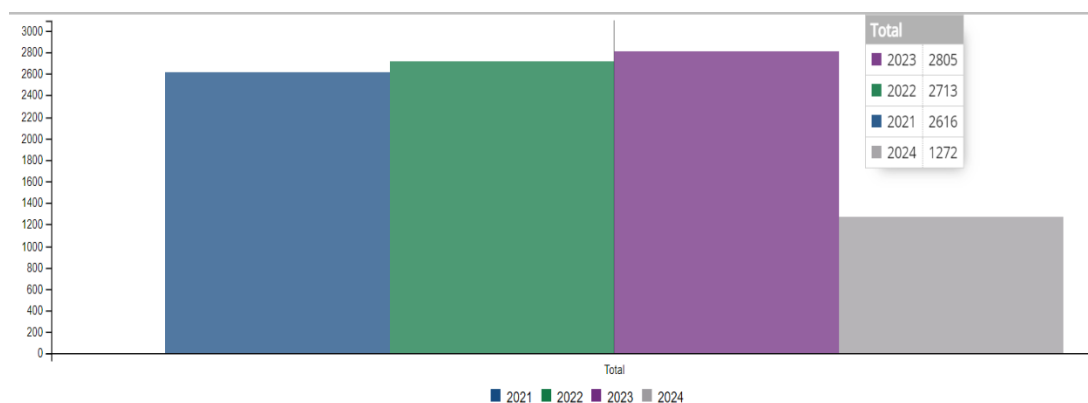


4.3.1 Registrering av uønskede hendelser og avvik

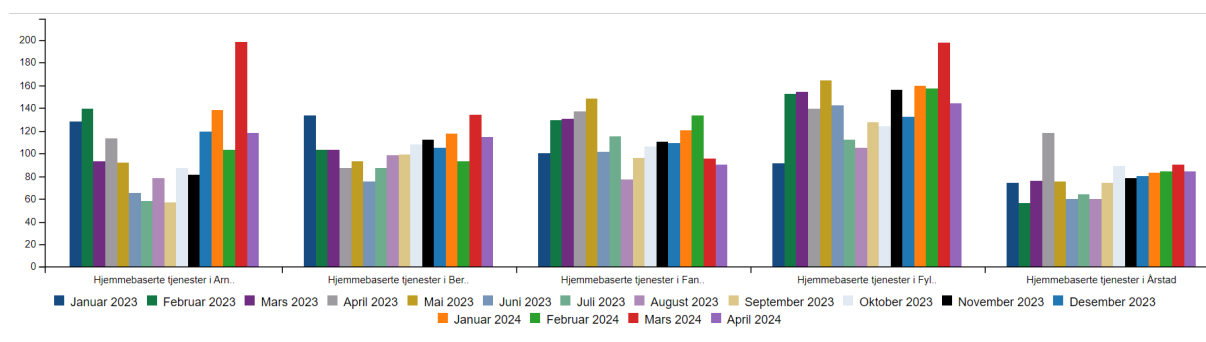
Antall registrerte forbedringsforslag, uønskede hendelser og avvik i enhetene, heretter kalt meldte hendelser, før og etter oppstart av HeltOm 3.0, vurderes som stabilt. Oppfølging og behandling av registrerte og meldte hendelser har under hele prosjektperioden ligget til driftsoppgaver. De rapporterte hendelsene har blitt systematisk vurdert og fulgt opp i hele prosjektperioden.

Vårt elektroniske kvalitetssystem, BkKvalitet, viser at HeltOm 3.0 ikke skaper flere uønskede hendelser og avvik, hverken når vi sammenlignet med tidligere år, dersom vi sammenlignet med de andre enhetene, eller vi ser på alvorlighetsgraden av de meldte hendelsene.

Figur 6: Viser totalt antall meldte hendelser i 2021, 2022, 2023 og fra 1.januar- 30. april i 2024 i enhetene Hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg.



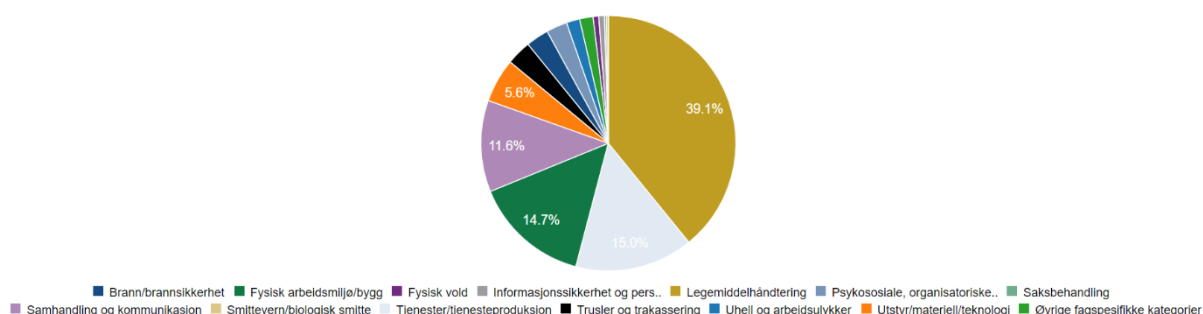
Figur 7: Viser alle meldte hendelser, fordelt per måned, per enhet fra perioden januar 2023 til og med april 2024.



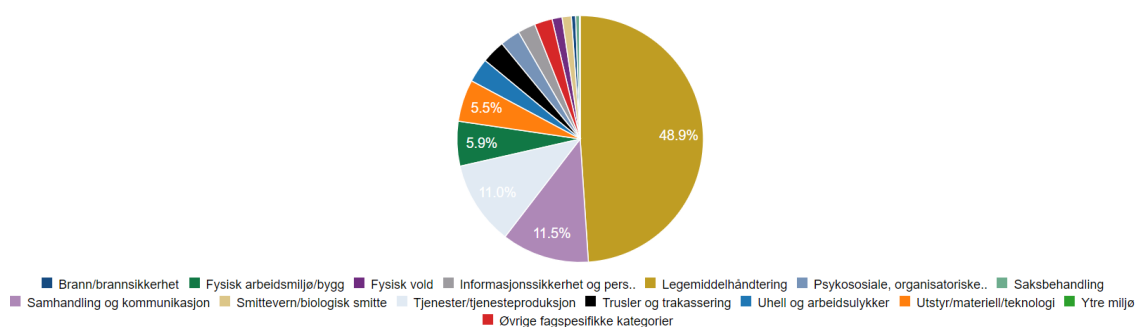
Gjennom hele prosjektperioden har ledelsen hatt søkelys på at ansatte skal registrere uønskede hendelser og avvik i Bergen kommune sitt kvalitetssystem. Ansatte er oppmuntret til å ha lav terskel for å melde om uønskede hendelser og ledelsen har jobbet med holdninger som skal bidra til å sikre god meldekultur. De registrerte hendelsene og avvikene har vært et gjentakende tema på møter på alle nivåer, blant annet i personalmøter, ledermøte, pasientsikkerhetsvisitter og kvalitetsutvalg. Registrering av uønskede hendelser og avvik har bidratt til forbedringsarbeid og nødvendige justeringer også i forbindelse med prosjektet. Antallet meldte hendelser er stabilt, med naturlige svingninger gjennom året. Vi kan ikke se noen signifikante endringer i kvalitetssystemet vårt, med ett unntak. I mars 2024 melder både Arna og Åsane og Fyllingsdalen og Laksevåg en økning i meldte uønskede hendelser.

Dersom vi sammenligner hvordan de meldte hendelsene i mars 2024 fordeler seg på de ulike hovedkategoriene, sammenlignet med gjennomsnittet for hele periode (i tidsrommet: 01.01.2023 til 30.04.2024), ser vi at det meldes en høyere andel meldinger i kategoriene «fysisk arbeidsmiljø/bygg» og «tjeneste og tjenesteproduksjon» i mars 2024.

Figur 8: Viser alle registrerte hendelser fordelt på hovedkategorier i mars 2024 for både Hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg.

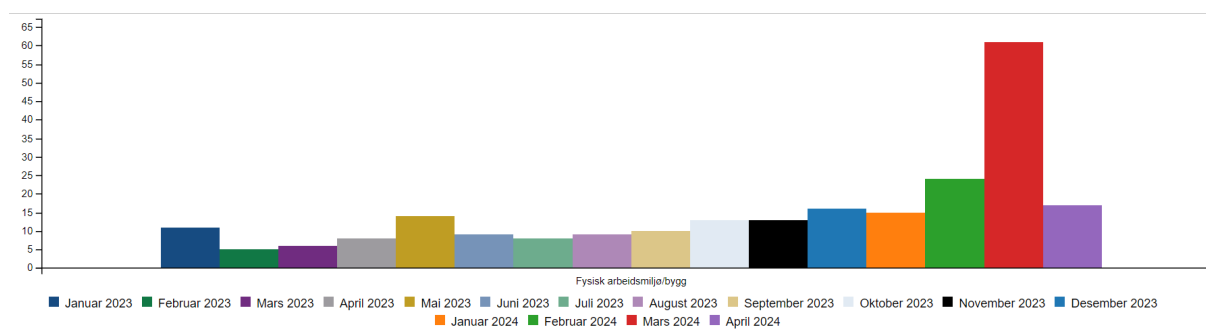


Figur 9: Viser alle registrerte hendelser fordelt på hovedkategorier i perioden januar 2023 - mars 2024 Hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg.



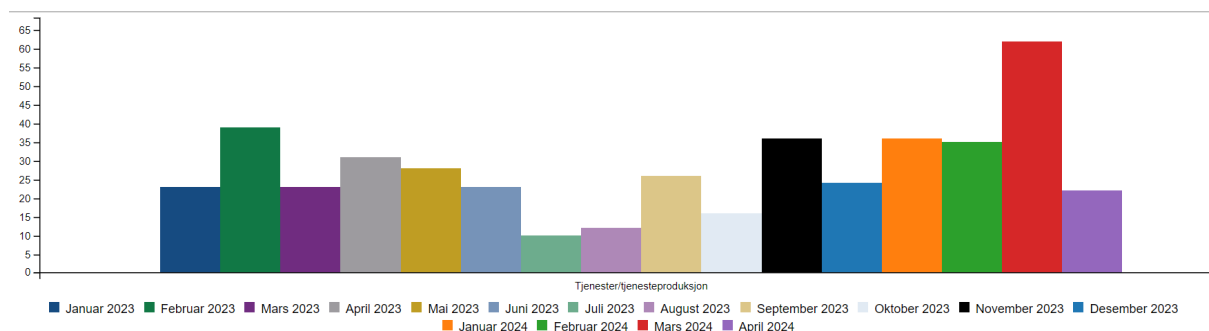
20. mars flyttet avdelingene i Åsane inn i nye lokaler og den økte andelen meldte hendelser knyttet til hovedkategorien «fysisk arbeidsmiljø/bygg» anses derfor som naturlig i en flytteprosess og har gitt ledelsen ett godt styringsverktøy for hva som må utbedres i denne fasen. Ingen av de nevnte hendelsene har ført til alvorlig konsekvens. Allerede i april 2024, ser det ut som om antall meldinger har stabilisert seg.

Figur 10: Viser alle registrerte hendelser i hovedkategorier Fysisk arbeidsmiljø i perioden januar 2023 - mars 2024 i Hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg fordelt per måned.



I kategorien tjeneste og tjenesteproduksjon ser vi nesten en dobling av antall meldte hendelser i mars 2024, sammenlignet med de andre månedene i 2023 og 2024. Kvalitetssystemet gir styringssignaler om at de utfordringene som oppstod krever oppmerksomhet. Når slike markører oppstår i kvalitetssystemet, forsøker man å analysere og lete etter begrunnelser. Hendelsene dreier seg hovedsakelig om at ansatte i Fyllingsdalen/Laksevåg gikk inn i endringer med vaktkoordinatorrollen og ansatte fikk nye arbeidsoppgaver, som førte til at det ble rapportert om flere hendelser. Hovedvekten av disse hendelsene dreier seg om at ansatte har glemt å legge pasienter i midlertidig opphør eller at pasientene ikke har vært knyttet til ansattes arbeidslister. Det ble, i lys av de meldte hendelsene, gjennomført intensiv opplæring for å styrke kompetansen til ansatte i nye roller. Allerede i april ser vi at antall meldte hendelser er stabilisert til et mer normalt nivå.

Figur 11: Viser alle registrerte hendelser i hovedkategorier Tjeneste og tjenesteproduksjon i perioden januar 2023 - mars 2024 i Hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg fordelt per måned.



Kvalitetssystemet vårt gir oss ingen signifikante indikatorer om at HeltOm 3.0 skaper flere uønskede hendelser og avvik, men vi ser at endringer av arbeidsoppgaver og overganger gir økt belastning i perioder og ser tilfeller av at dette gjenspeiler seg i avviksrapporten som flere meldte hendelser.

Antallet meldte hendelser er hovedsakelig stabilt, med naturlige svingninger gjennom året. Vi hadde cirka 1,9 millioner oppdrag i 2023. Antall meldte hendelser må ses i sammenheng med omfanget av driftsoppgaver.

4.4 Oppsummering og vurdering fra prosjektgjennomføring

- prosjektgjennomføring har vært meget vellykket
- det er utviklet en ny og bærekraftig tjenestemodell
- prosjektet har hatt en høy grad av gjennomføringsevne
- prosjektet representerer en god økonomi, endring- og risikostyring
- prosjektet har vært hensiktsmessig organisert i forhold til de oppgaver det har vært satt til å løse
- arbeidet i prosjektet har bidratt til god omdømmebygging av HeltOm-modellen, og Bergen kommune sitt arbeid med innovasjon og tjenesteutvikling
- prosjektet har hatt en sterk grad av ansatt involvering.

5 «Implementering av HeltOm i nye enheter»

5.1 Sammenfatning av implementeringsprosjektet

Implementering av HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg og Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane har vært prosjektet sin hovedprioritet. I denne prosjektrunden har vi implementert HeltOm i kommunen sine to største byområder og enheter. Enhetene er de to siste områdene som omorganiseres. Begge enhetene favner et stort geografisk område og har mange pasienter sammenliknet med øvrige enheter.

Prosjektledere har hatt hovedansvaret for arbeid og prosjektoppfølgning i hver sin enhet. Prosjektet har trukket veksler på arbeid, erfaringer og anbefalinger fra prosjekt HeltOm 2.0. Arbeidet har hatt en klassisk fasetilnærming.

I Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg enhet startet de to lokalisasjonene opp med en måneds mellomrom. I Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane var det 5 måneder mellom første og siste lokalisasjon som gikk inn i HeltOm.

Selv om flere av prosessene og risikoområdene i implementeringsarbeidet kan sies å ha mange fellestrekk, har flere av erfaringene og utfordringene fra omorganiseringsarbeidet vært ulike. Dette henger sammen med at enhetene valgte å starte opp med ulike varianter av HeltOm-modellen. Valg av modell fikk videre betydning for hvilke utfordringer som oppstod i overgangen til ny organisering, men også ulike konsekvenser for økonomisk bærekraft og grad av oppgaveforskyving mellom faggrupper og roller, jf. kap. 6.

Prosjektet vurderer omorganiseringsprosessene til HeltOm modell har vært krevende, men vellykket i begge enheter. Det ligger et godt grunnlag for overføring til drift etter prosjektets avslutning, men det må fortsatt jobbes med de forbedringsområdene og anbefalingene som det vises til i denne sluttrapporten. Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane er godt dimensjonert for å gå inn i videreutviklet modell.

5.2 Implementering av HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg og Arna/Åsane

Tabell 4: Viser fakta fra implementering av HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg

Fakta fra implementering av HeltOm- HBT FYLLINGSDALEN/LAKSEVÅG		
<p>Tidsrom <u>Planleggingsfasen:</u> mars 2023 til oktober-november 2023. <u>Implementeringsfasen:</u> oktober-november til juni 2024.</p> <p>Det ble utarbeidet i felleskap en egen implementering/framdriftsplan for enheten av prosjektleder, enhetsleder og rådgivere. Enheten og prosjekt jobbet etter denne gjennom hele planleggingsfasen.</p>		
FOKUSOMRÅDER	Lokalisasjon Fyllingsdalen Oppstart 17.oktober 2023	Lokalisasjon Laksevåg Oppstart 21.november 2023
Opplæring/kompetanse	<p>Felles for enhet: Enheten hadde tre opprinnelige tre lokalisasjoner med avdelinger. Det ble lagt planer for opplæring og undervisning på alle tre lokalisasjoner. Avdelinger som skulle ligge under lokalisasjon Fyllingsdalen ble prioritert, siden disse skulle starte omorganisering først.</p> <p>Prosjektleder hadde ansvar for at opplæring ble gitt i henhold til opplæring og kompetanseplan, HeltOm 2.0.</p> <p>Avdelinger hadde en intensiv periode med opplæring og undervisning våren og tidlig høst 2023. Faste dager i uken ble satt av til forskjellige tema. Undervisning ble holdt i lunsj på 45 min av prosjektleder, med ansatte fra ulike avdelinger og faggrupper samlet. Avdelingsledere hadde ansvar for å melde opp egne ansatte og ha oversikt over hvem som deltok.</p>	

	<p>Målet om at minimum 75 % av alle ansatte hadde deltatt og gjennomført samtlige kompetansepakker ble nådd. Grunnet mangel på klinisk ernæringsfysiolog-ressurs, ble opplæring «<i>Ernæring</i>» stående som restanse i planleggingsfasen og implementeringsfasen.</p> <p>Fagansvarlige fikk ansvar for opplæring i VK- rolle med helsefagarbeidere i eget team. Måltall om at minimum 4 helsefagarbeidere i hvert nytt team skulle fungere godt i VK-rolle ved oppstart ble nådd i 6 av 7 planlagte OT.</p> <p>Utover dette holdt fagansvarlige opplæring i primærarbeid med utvalgte ansatte, dette fortsatte inn i implementeringsfasen.</p>	
Dimensjonering av team	<p>Felles for enhet:</p> <p>Ansvar for dimensjonering av teamstørrelser, i henhold til prosjektets anbefalinger og kriterier i HeltOm 2.0, lå hos enhet og etat.</p> <p>For å unngå at noen OT ble for store ble det flyttet på geografiske grenser mellom Fyllingsdalen og Laksevåg.</p> <p>Enhet vurderte det var effektiviserings potensiale i flere arbeidslister knyttet til lokalisasjon Fyllingsdalen.</p> <p>Basert på aktuelle arbeidslister våren 2023, og daværende pasientgrunnlag, konkluderte enhet i samråd med prosjektets styringsgruppe å planlegge for følgende fordeling av team:</p>	
	<p>Lokalisasjon Fyllingsdalen: 3 OT og ett HT i lokalisasjon Fyllingsdalen. Dette samsvare med antall avdelinger før omorganisering.</p> <p>Våren 2024 besluttet man å opprette et ekstra OT-team.</p>	<p>Lokalisasjon Laksevåg: 4 OT og ett HT på lokalisasjon Laksevåg. Dette samsvarte med antall avdelinger før omorganisering.</p>
Valg av HeltOm modell	<p>Felles for enhet:</p> <p>Enhet valgte de ville jobbe etter den videreutviklede HeltOm-modellen ved oppstart omorganisering, der funksjon og arbeidsoppgaver til fagansvarlige sykepleiere var endret. Jf. erfaringer fra Hjemmebaserte tjenester i Fana/Ytrebygda i prosjektrunde HeltOm 2.0. Dette etter et sterkt ønske fra de fagansvarlige selv. Antall fagansvarlige redusert i forhold til antall team.</p> <p>Fagansvarlige sykepleiere og utvalgte ansatte utvekslet informasjon og hospiterte i Hjemmebaserte tjenester i Fana/Ytrebygda.</p>	
Enhetsledelse og stab	<p>Felles for enhet:</p> <p>Enheten har manglet stabsfunksjon sykepleierfaglig konsulent og klinisk ernæringsfysiolog i store deler av prosjektperioden.</p> <p>Enheten fikk også ny enhetsleder våren 2024.</p>	
Antall fagansvarlige	<p>Lokalisasjon Fyllingsdalen 3 stk. Disse kom fra opprinnelige avdelinger i hjemmebaserte tjenester, og var godt kjent med tjenesten.</p>	<p>Lokalisasjon Laksevåg 3 stk. To kom fra opprinnelige avdelinger, den tredje stillingen ble utlyst.</p>

Antall avdelingsledere	Lokalisasjon Fyllingsdalen: 4 stk. En avdelingsleder gikk av med pensjon. Det ble ansatt en ny avdelingsleder i OT før oppstart omorganisering. Samt to nye avdelingsledere i løpet av implementeringsfasen, også det grunnet pensjon og naturlig avgang.	Lokalisasjon Laksevåg 5 stk. 4 avdelingsledere var kjent i tidligere avdelinger og godt kjent med hjemmebaserte tjenester, mens en fagansvarlig gikk over i avdelingsleder rolle. Videre gikk en avdelingsleder inn i enhetsleder stilling i implementeringsfasen, hvor det skjedde en ytterligere endring på avdelingsledersiden i implementeringsfasen.
<p><i>Kommentar:</i> Det har vært en risiko for omorganiseringsprosessen at det har vært en stor utskifting av avdelingsledere og mangel på kritiske stabsfunksjoner i løpet av prosjektperioden. Samtidig vurderer prosjektet det har vært av betydning at alle gjenværende funksjoner og ledere har jobbet for at arbeidet skal lykkes, og støttet hverandre i krevende prosesser.</p>		
Ressurser/stabs-støtte	Felles for enhet: Enhets og prosjekt hadde redusert tilgang på fagansvarlig og klinisk ernæringsfysiolog ressurs i planleggingsfasen.	
Ansvarsvakt og sykepleier 2	Felles for enhet: Enhets vurderte at HT ved oppstart ville bli veldig stort, både mht. til antall pasienter og geografisk omfang. Dette kombinert med mange nye VK- i alle team ved oppstart ble vurdert som en gul risiko. For å avlaste ansvarsvakt og sikre tilstrekkelig oppfølging og tilgjengelighet for ansatte i OT, ble det opprettet en midlertidig stilling kalt sykepleier 2. Det ble utarbeidet en egen sjekklister for denne funksjonen lokalt i hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen.	
Lokalisasjon	Felles for enhet: Hovedansvar for tilrettelegging og planlegging av lokaler som lå til drift. Målet var samlokalisering av HT og OT som skulle serve felles geografiske område i en lokalisasjon. Lokaler i Fyllingsdalen ble vurdert å være velegnet til HeltOm og kunne videreføres. Eksisterende lokaliteter på Laksevågsiden var for små og/eller holdt ikke HMS standard. Det var utfordrende å finne ledige og egnede lokaler som kunne favne alle team og lå godt plassert på Laksevågsiden. anbefaling fra etat og enhet falt til slutt på Janaflaten 30 i Godvik, da dette var lokaler som var egnet og ville kunne utvides ved behov. En var klar over at lokalisasjon ville medføre økt kjøretid for enkelte team.u	
	Lokalisasjon Fyllingsdalen: Lokalisasjon og tidligere romfordeling mellom avdelinger ble opprettholdt i Krokattjønnveien 11C. Det ble vurdert behov for ingen vesentlige tilpasninger eller endringer i Fyllingsdalen.	Lokalisasjon Laksevåg: To avdelinger fra Laksevågsenter og tre avdelinger fra Loddefjord ble planlagt å flytte til nye felles lokaler i Godvik. Foreslått lokalisasjon ble presentert for styringsgruppen og godkjent mars 2023.
Medisinrom	Lokalisasjon Fyllingsdalen: Tre medisinerom fra gamle avdelinger ble opprettholdt, og pasienter fordelt i henhold til geografi. Det ble utarbeidet en felles rutine for medisineromshåndtering og logistikk.	Lokalisasjon Laksevåg: Lokalisasjon skulle få ett felles medisinerom. Og det ble i forkant utarbeidet en felles rutine for medisineromshåndtering og logistikk. <i>Kommentar:</i> Valgt løsning for distribusjon av dosetter til pasienter som ikke hadde tjenester fra hjemmebaserte tjenester var ulik mellom lokalisasjonene.

Biler	Lokalisasjon Fyllingsdalen: Enhet søkte om 2 ekstra biler før oppstart i Fyllingsdalen.	Lokalisasjon Laksevåg: Enhet søkte om 3 ekstra biler før oppstart i Laksevåg.
Telefonløsning	Felles for enhet: Alle avdelingene fikk en egen publikumstelefon pr. gruppe og avdelingsledere fikk eget nummer. Alle fagansvarlige startet ut med en egen telefon og nummer. HT hadde ansvarsvakttelefon.	
Prosjektgruppemøter	Felles for enhet: Det ble avholdt lokale prosjektgruppemøter hver 14. dag i planleggingsfasen. Alle avdelingsledere og fagansvarlige, samt lokale tillitsvalgte var innkalt, samt faste stabsfunksjoner som enhetsleder, rådgivere og økonomikonsulent. Da enhet fikk utskiftninger blant lokale tillitsvalgte, ble hovedtillitsvalgt for NSF etter hvert kalt inn fast. Enhet manglet verneombud.	
Prosjektstøtte	Felles for enhet: Foruten å ta hovedansvaret for det meste av undervisningen, startet prosjektleder opp med peptalks i avdelingene ca. hver 14. dag før oppstart omorganisering. Det var også planlagt å avholde dette for avdelingsledere. Dette gikk ut grunnet manglende kapasitet hos prosjektleder.	
Risiko og usikkerhet	Felles for enhet: Følgende risiko ble vurdert og registrert i planleggingsfasen: Flytting til ny og felles lokalisasjon i Laksevåg. VK og fagansvarlige i nye roller. Psykologisk trygghet i nye team. Mangel på tilstrekkelig helsefagkompetanse i flere OT. Mangel på nok tilgjengelige parkeringsplasser for ansatte på Janaflaten. I samarbeid mellom drift og prosjekt ble det utarbeidet og jobbet med tiltak i henhold til disse. Etter hvert oppstod uro blant ansatte for opplevd mangel på parkeringsplasser for ansatte på Janaflaten, lokalisasjon Laksevåg. Dette ble håndtert i samarbeid med etat og byråd. Videre gikk flere avdelingsledere over i pensjon i planleggingsfasen. Dette fikk konsekvenser for tilgangen på fagansvarlige, da flere fagansvarlige gikk midlertidig over i avdelingsleder stilling. Samtidig manglet enhet tilgang på ressurs sykepleierfaglig konsulent. Dette varte inn i implementeringsfasen og ble vurdert som en særdeles stor risiko for ansattes trygghet og for å sikre tilstrekkelig støtte og kompetanseopplæring i team i forkant.	
Tverrfaglig samarbeid	Felles for enhet: Prosjektleder og enhetsleder opprettet en tidlig og god dialog med enhetsleder i samarbeidende fysio- og ergoterapi tjeneste. Dette for å sikre en felles forståelse av arbeid og behov i HeltOm. Ergo- og fysioterapitjenesten planla for og tildelte terapeutressurser i henhold til prosjektets fordelingsnøkkel. Oppstart ble lagt til 2- 2,5 måneder etter oppstart omorganisering. Lokalisasjoner valgte ulike dager og tidspunkt for gjennomføring av tverrfaglige tavlemøter i team. Involverte ansatte fikk opplæring i forkant. Ny rutine for tverrfaglige tavlemøter ble testet ut i enhet.	
Informasjon	Felles for enhet: Eksterne samarbeidspartnere og pasienter ble informert om omorganisering, nye team og kontaktinformasjon før oppstart. Dette gjaldt også de pasientene som skiftet gruppe og geografisk tilhørighet.	

Tabell 5: Viser fakta fra implementering av HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane

Fakta fra implementering av HeltOm- HBT ARNA/ÅSANE		
<p>Tidsrom: <u>Planleggingsfasen:</u> fra mars 2023 til oktober 2023 i Arna og til mars 2024 i Åsane. <u>Implementeringsfasen:</u> til ut juni 2024</p> <p>Det ble utarbeidet i felleskap en egen implementering/framdriftsplan for enheten av prosjektleder og enhetsleder. Enheten og prosjekt jobbet etter denne gjennom hele planleggingsfasen. Det ble også utarbeidet egen handlingsplan for implementeringsperioden og flytteprosessen av prosjektleder, enhetsleder og avdelingslederne.</p>		
FOKUSOMRÅDER	Lokalisasjon Arna: Oppstart: 17.oktober 2023	Lokalisasjon Åsane: Oppstart: 20.mars 2024
Opplæring/kompetanse	<p>Felles: Det ble lagt planer for opplæring og undervisning i de ulike lokalisasjonene. Avdelinger i Arna ble først prioritert, siden disse skulle starte omorganisering først.</p> <p>Prosjektleder hadde ansvar for at opplæring ble gitt i henhold til opplæring og kompetanseplan, HeltOm 2.0. Denne ble delt med sykepleiefaglig konsulent. Den praktiske opplæringen i profil ble utført av sykepleiefaglig konsulent og avdelingslederne. Arbeid i pilot i Arna med «Mål og tiltak i Profil» ble utført av sykepleierfaglig konsulent, klinisk ernæringsfysiolog og fagansvarlige. Klinisk ernæringsfysiolog gjennomførte opplæring i «Ernæring».</p> <p>Arna og Åsane fikk temabasert opplæring med flere faggrupper rett etter lunsj. -</p> <p>Avdelingsledere hadde ansvar for å melde opp egne ansatte og ha oversikt over hvem som deltok.</p> <p>Målet om at minimum 75 % av alle ansatte hadde deltatt og gjennomført samtlige kompetansepakker ble nådd.</p> <p>Alle helsefagarbeiderne (og noen assistenter i et OT) som skulle være VK fikk opplæring i rollen i eget team av sykepleiefaglig konsulent og avdelingsleder. Og ansatte i OT fikk opplæring i primærarbeid. Assistenter skulle ikke være vaktkoordinator, men skulle ha ansvar for å besvar telefon hvis man ikke hadde helsefagarbeider på jobb.</p>	
Dimensjonering av team	<p>Felles i enhet: Ansvar for dimensjonering av teamstørrelser, i henhold til prosjektets anbefalinger og kriterier fra HeltOm 2.0 lå hos enhet og etat.</p> <p>Basert på risikovurderinger og demografiske utsikter var enhet opptatt av at team ikke skulle bli for store. Dette for å kunne tilpasse seg en økning i pasientgrunnlag. Ny avdelingsledere ble tilsatt i nye team.</p> <p>Basert på aktuelle arbeidslister våren 2023 og daværende pasientgrunnlag konkluderte enheten i samråd med etat og prosjektets styringsgruppe å planlegge for følgende fordeling av team.</p>	
	Lokalisasjon Arna: 2 OT og ett HT i lokalisasjon Arna. Dette medførte en økning fra antall avdelinger på ett team. Det var	Lokalisasjon Åsane: 5 OT og 2 HT på lokalisasjon Åsane. Dette medførte en øking på fra antall avdelinger på to team.

	usikkerhet knyttet til om OT ville bli for små.	Ett HT fikk to OT knyttet til seg, og det andre HT fikk tre OT knyttet til seg.
Valg av HeltOm modell	Felles for enhet: Enhet valgte ved oppstart å jobbe etter den grunnleggende HeltOm-modellen, med arbeidsoppgaver for fagansvarlige slik som anbefalt i sluttrapport fra HeltOm 2.0. Dette som en del av enhetens risikovurderinger. Fagansvarlige i nye team ble konstituert, med plan om å ville gå over i videreutviklet HeltOm modell.	
Enhetsledelse og stab	Enheten har hatt utskifting av enhetsledelse i prosjektperioden, og stått uten rådgiverstilling i store deler av implementeringsperioden.	
Antall fagansvarlige	Lokalisasjon Arna: 3 stk. En var tidligere fagansvarlig, de to andre var sykepleiere i avdeling i de opprinnelige avdelingene og var godt kjent.	Lokalisasjon Åsane: 7 stk. Fire var tidligere fagansvarlige og tre kom fra sykepleierstilling i opprinnelige avdelinger.
Antall avdelingsledere	Lokalisasjon Arna: 3 stk.	Lokalisasjon Åsane: 7 stk.
Ressurser/stabs-støtte	Felles for enhet: Enhet og prosjekt hadde tilgang på alle stabs ressurser i planleggingsfasen bortsett fra at det var langtidsfravær i rådgiverstilling i adm. i staben fra september 2023.	
Ansvarsvakt	Felles for enhet: Prosjektet vurderte enhet hadde relativt små team. Det ble vurdert det var tilstrekkelig med en ansvarsvakt.	
Lokalisasjon	Felles for enhet: Hovedansvar for tilrettelegging og planlegging av lokaler lå til drift. Målet var samlokalisering av HT og OT som skulle serve felles geografiske område i en lokalisasjon.	
	Lokalisasjon Arna: Eksisterende lokaler i Arna ble vurdert å være velegnet til HeltOm og kunne videreføres.	Lokalisasjon Åsane: De fem avdelingene i Åsane var lokalisert på fire ulike steder. Pasientgrunnlaget tilsa at det var nødvendig å utvide til sju team. Det var en lang og krevende prosess å finne egnede lokaler som kunne fjerne alle teamene og staben og som samtidig lå godt plassert i Åsane. Anbefaling fra etat og enhet falt til slutt på Langarinden 16, da dette var lokaler som var egnet. En var klar over at lokalisasjon ville medføre økt kjøretid for enkelte team.
	Lokalisasjon Arna: Lokalisasjon ble opprettholdt og ledig rom ble tatt i bruk av HT. En hadde to medisinrom som ble videreført. Det ble vurdert at det ikke var behov for vesentlige tilpasninger eller endringer i Arna.	Lokalisasjon Åsane: Fem avdelinger og staben var plassert på fem ulike steder, og det ble planlagt å flytte alle til nye felles lokaler i Langarinden i Åsane. Foreslått lokalisasjon ble presentert for styringsgruppen og godkjent i begynnelsen av 2024.
Medisinrom	Lokalisasjon Arna:	Lokalisasjon Åsane:

	To medisinrom fra gamle avdelinger ble opprettholdt. Det ble utarbeidet en egen rutine for medisinromshåndtering og logistikk.	Lokalisasjon skulle få ett felles medisinrom. Og det ble i forkant utarbeidet en egen rutine for medisinromshåndtering og logistikk.
Biler	Lokalisasjon Arna: Enheten søkte om 6 ekstra biler før oppstart i Arna.	Lokalisasjon Åsane: Enhet søkte om 10 ekstra biler før oppstart i Åsane.
Telefonløsning	Felles for enhet: Alle avdelingene fikk en egen publikumstelefon pr. gruppe og avdelingsledere fikk eget nummer. Alle fagansvarlige startet ut med en egen telefon og nummer. HT hadde ansvarsvakttelefon.	
Prosjektgruppemøter	Felles for enhet: Det ble avholdt lokale prosjektgruppemøter hver 14. dag i planleggingsfasen. HTV NSF og Fagforbundet, HVO, lokale TV og VO var innkalt og avdelingsleder og fagansvarlig i teamene byttet på å være med samt faste stabsfunksjoner som enhetsleder, rådgiver og sykepleiefaglig konsulent.	
Prosjektstøtte	Felles for enhet: Foruten å ta hovedansvaret for det meste av undervisningen, startet prosjektleder opp med pep talks i avdelingene før oppstart omorganisering. Avdelingslederne fikk tilbud om fire runder med « <i>teamcoaching</i> » i tillitsbasert ledelse. Dette ble gjennomført i to team av prosjektleder. 70 % deltok.	
Risiko og usikkerhet	Felles for enhet: Høyt sykefravær, ledige stillinger, lederutvelgelse/flere nye ledere, fagdekning omsorgsteam og rekruttering, mangel på fagdekning i 2 OT i Åsane/ spesielt mange innleide vikarer i 2 OT Åsane, fare for at HT ikke blir samlokalisert med OT i Åsane, tentativ oppstartsdato i Åsane, logistikk og parkeringsplasser nye lokaler i Åsane, grunnstrukturen i Profil understøtter ikke arbeidsprosessene i HeltOm-modellen, mer tydelig etter endring av fagansvarlig rollen/tilgangene og løsningene i Profil, økt arbeidsbelastning over tid for enhetsleder/fravær i rådgiverstilling i adm. i Arna/Åsane, utrygghet mot flytting i deler av staben og forståelse for arbeidsplasskonseptet i Arna/Åsane. Etter beslutning om nye lokaler oppstod uro blant ansatte for muligheter for parkering/egenbetaling av parkeringsplasser for ansatte på Langarinden, lokalisasjon Åsane. Dette ble håndtert i samarbeid med etat.	
Tverrfaglig samarbeid	Felles for enhet: Prosjektleder og enhetsleder opprettet en tidlig og god dialog med enhetsleder i samarbeidende fysio- og ergoterapi tjeneste. Dette for å sikre en felles forståelse av arbeid og behov i HeltOm. Ergo- og fysioterapitjenesten planla for og tildelte terapeutressurser i henhold til prosjektets fordelingsnøkkel.	
Informasjon	Felles for enhet: Eksterne samarbeidspartnere og pasienter ble informert om omorganisering, nye team og kontakinformasjon før oppstart.	

5.3 Erfaringer og vurderinger fra planleggingsfasen

5.3.1 Valg av modell ved oppstart omorganisering

Enhetene gjorde ulike avveininger til risiko og valg av modell HeltOm ved oppstart omorganisering. Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg gikk rett på en videreutviklet modell, med redusert antall fagansvarlige, i forhold til antall team. Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane valgte den originale modellen fra pilot, som en midlertidig overgangsløsning, da nesten halvparten av alle lederne var ny i rollen. Denne enheten fikk tre nye team i forhold til ved tradisjonell organisering. Følgelig ble flere fagansvarlige midlertidig konstituert, jf. krav til økonomisk bærekraft.

Prosjektet vurderer at overgangen til en videreutviklet modell er mye mer krevende, enn en gradvis tilnærming, hvor enheter starter med den opprinnelige HeltOm-modellen. Videreutviklet modell krever et større og mer intensivt arbeid med opplæring og undervisning i planleggingsfasen. Samtidig kan en gradvis tilnærming gjøre at oppgaveforskyvingen stopper opp eller går saktere, jf. kap. 6.

5.3.2 Team dimensjonering

Enhetene gjorde også ulike vurderinger og valg når det kom til planlagt størrelse på team ved oppstart. Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg la seg høyere i antall arbeidslister i hvert team enn i Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane. Enhet i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg vurderte de hadde et effektiviseringspotensial på arbeidslistene. Fremfor å opprette nytt team, ble det flyttet på geografiske grenser. Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg kom derfor ut med det samme antall team som de hadde avdelinger før omorganisering.

5.3.3 Utskifting av avdelingsledere

Begge enheter hadde flere utskiftninger på avdelingsledersiden i planleggingsfasen. Utskiftingene skapte noe mangel på kontinuitet i avdelingene ved omorganisering. Dette ble lagt inn og meldt som en risiko.

5.3.4 Flytting og nye lokaler

Arbeidet med nye lokaler og flytteprosesser har ligget til drift og utenfor prosjektet. Prosessene fordrer likevel koordinasjon og samhandling. Prosjektet erfarer det har vært særdeles krevende for enheter å skulle planlegge for nye lokaler, og flytte avdelingene, parallelt med innføringen av ny organisasjonsmodell.

Mangel på kommunale parkeringsplasser i planlagte lokalisasjoner skapte uro i begge enheter, men fant i dialog mellom kommune og ansatte gode løsninger.

5.3.5 Opplæring og undervisning

Begge enheter hadde en grundig og god opplæring av ansatte. Dette erfarte prosjektet fikk positive konsekvenser for oppstart til ny organisering. Det var videre nyttig å følge rådene fra HeltOm 2.0 om å ha undervisning i med ulike faggrupper samlet. På den måten fikk alle faggrupper hørt det samme.

Prosjektledere var opptatt av å formidle at faggrupper fremdeles skulle samarbeide og jobbe tett, selv om de ble organisert på en ny måte i HeltOm.

5.4 Erfaringer og vurderinger fra implementeringsfasen

5.4.1 Kritisk oppstart i videreutviklet HeltOm modell

Ved prosjektets avslutning vurderer prosjektet at implementeringen har vært vellykket i begge enheter.

Oppstarten i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg har imidlertid vært mye mer krevende enn i Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane. Dette handlet om valg av videreutviklet modell og hendelser som lå utenfor prosjektets kontroll. Enheten fikk sykdom og flere avdelingsledere som gikk av med pensjon i overgangen mellom planleggingsfasen og implementeringsfasen. Som følge av dette ble antallet fagansvarlige

sykepleiere ved oppstart omorganisering ytterligere redusert. De fagansvarlige sykepleierne måtte gå inn som vikarierende avdelingsledere i OT.

Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg hadde en til to fagansvarlige sykepleiere tilgjengelig på hver lokalisasjon ved oppstart omorganisering. Noe som var en halvering av det enheten og prosjektet hadde planlagt for. Følgelig krevde den kritiske situasjonen at de ansatte, og gjenværende avdelingsledere, måtte håndtere nye tilførte oppgaver og omorganisering, uten tett støtte fra en fagansvarlig sykepleier. Dette bedret seg utover i implementeringsfasen. Enheten fikk ansatt nye avdelingsledere, og antallet fagansvarlige ble dimensjonert opp. Mangel på fagansvarlige sykepleiere ble vurdert til å være en rød risiko ved inngangen til ny modell, men var ved prosjektets avslutning redusert til grønt.

I den mest kritiske fasen prioriterte Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg at de fagansvarlige ble brukt opp imot HT. Dette for å bidra til struktur og støtte av sykepleiere i nye oppgaver, som skulle jobbe i videreutviklet modell.

Prosjektet erfarer at starten i en videreutviklet modell er tøff. Det representerer en forhøyet risiko for avvik, men risiko reduseres og flater ut over tid, og ettersom ansatte har kommet inn i nye roller og arbeidsoppgaver, jf. kap. 4.4.

Prosjektet vurderer at trolig har den gode opplæringen av ansatte i forkant av omorganiseringen, dyktige avdelingsledere, effektive fagansvarlige i nye roller og det å ha en spl. 2 i HT (som en støttefunksjon i til ansvarsvakt) vært viktige årsaker til at Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg har håndtert omorganiseringen til videreutviklet HeltOm modell godt, og dette til tross for utfordringer.

5.4.2 Sykepleiere i HT

Begge enheter erfarer at å samkjøre sykepleiere fra flere ulike avdelinger til et helsetjenesteteteam stort sett har gått fint. Sykepleiere bruker litt tid på å bli kjent i starten og vite hva de andre er gode på, men dette går seg til etter hvert.

For avdelingsledere i store HT erfarer vi det er krevende å få en stor personalgruppe, hvor mange ansatte er ukjent. I Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg ble det derfor jobbet frem en sjekkliste/kravspekk til hva sykepleiere i videreutviklet modell skulle kunne mestre av arbeidsoppgaver i HT, samt et skriv som presiserte hvilke arbeidsoppgaver som skulle gjøres på de ulike arbeidsstasjonene inne i HT. Disse støttedokumentene fungerte som gode verktøy for avdelingsledere og ansatte i HT.

Mange av arbeidsoppgavene i HT hadde flere sykepleiere ikke utført tidligere. I begge enheter tilbakemeldes det at pasientsakene i HT blir mer komplekse og sammensatte under HeltOm, sammenliknet med tidligere avdelinger. Prosjektet vurderer at overgangen til HeltOm i videreutviklet modell representerer en stor endring for sykepleiere, jf. kap. 6.

5.4.3 Spesielt om primærkontaktsystemet

Når det gjelder det nye primærkontaktsystemet, skissert i sluttrapport HeltOm 2.0, ble dette gradvis innført i begge enheter etter innføringen av HeltOm. Det ble i overgangen mellom HeltOm 2.0 og 3.0 jobbet frem en ny sjekkliste for primærkontakter. Sjekklisten tok hensyn til at primærkontaktrollen og oppgavene også kunne ligge hos helsefagarbeidere, samt utvalgte og opplærte assistenter i 100 % stilling. Nye primærkontakter sin opplæring tok utgangspunkt i sjekklisten. Det var et uttalt krav at ved å gi helsefagarbeidere og assistenter økt ansvar i primærarbeid, måtte enhetene sikre at kompetansen ble ivarettatt.

Erfaringene fra lokalisasjon Fyllingsdalen er at primærområdemøtene mellom geografisk tildelte sykepleiere i HT og tildelte OT gir gode resultat. Møtene fungerer etter hensikten. Møtene stimulerer læring i OT og styrker samhandlingen mellom OT og HT.

Det er ulikt hvor godt primærområdemøtene fungerer fra lokalisasjon til lokalisasjon, og mellom enhetene, jf. innsiktsarbeid i delprosjekt «Roller i endring».

5.4.4 Samhandling OT og HT

Vaktkoordinator (VK) har fungert veldig bra i begge enheter fra første dag i ny organisering. Noen OT har testet ut å ha assistenter som VK, jf. kap. 6. Samhandlingen mellom OT og HT i begge enheter rapporteres som god til meget god. Det rapporteres fra begge enheter at OT ved enkelte anledninger har opplevd HT som lite tilgjengelig for spørsmål. I Åsane har det vært noen utfordringer som gjelder beslutningsprosessen om flytting av «gråsonepasienter» mellom OT og HT, og vaktkoordinatorer har til tider opplevd å ha problem med å få tak i ansvarsvakten.

I lokalisasjon Laksevåg ser en tydelige fordeler av samlokalisasjon. Lokalisasjon har utviklet kultur for å bruke ansatte kan på tvers av team ved bemanningsutfordringer. Ansatte er ikke like stedbundne til egne avdelinger.

5.4.5 Utfordringer i journalsystem i videreutviklet modell

I Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg erfarte prosjektet at løsningene i kommunens journalsystem ikke understøttet arbeidsprosessene i HeltOm. HT kan ikke hente ut rapporter på egne pasienter. Dette tar unødig mye tid. Det representerer en risiko i videreutviklet modell, hvor sykepleiere i HT får et større ansvar for å lese og følge opp rapporter i alle team, jf. kap. 6.16.2.

5.4.6 Høy grad av trivsel og motivasjon hos ansatte i HeltOm

Avsluttende peptalker i begge enheter gir de samme positive tilbakemeldingene som i HeltOm 2.0. Ansatte i OT og HT trives i ny organisering. De opplever det meningsfylt og motiverende å jobbe i HeltOm. Ansatte ønsker seg jevnt over ikke tilbake til gammel organisering. Ansatte synes det er fint å ha blitt tilført nye arbeidsoppgaver, og å få mer ansvar knyttet til utøvelse av eget fag. Der team er overdimensjonert (for mange arbeidslister i teamene) er ansatte og avdelingsledere mindre fornøyd.

Prosjektet vurderer videre at gevinster knyttet til grad av selvstyrte team og bærekraft er større i en videreutviklet modell, fremfor den originale HeltOm. En reduksjon av antall fagansvarlige i forhold til antall team, kan forsterke prosessen med oppgaveforskyving, og målet om mest mulig selvstyrte team. For mer inngående erfaringer fra prosjekt HeltOm 3.0 sitt arbeid med oppgavedeling og oppgaveforskyving i enhetene vises det til kapittel 6.

5.4.7 Økt kjøretid på noen team

Enkelte team fikk som følge av samlokalisering lengre kjørevei. I begge enheter erfarte vi at noen team måtte legge inn økt kjøretid på arbeidslistene.

5.4.8 Innfasing av tverrfaglig samarbeid

Begge enheter vurderer at innfasing av terapeuter og tverrfaglige tavlemøter 2- 2,5 mnd. etter oppstart har vært gunstig. Tidspunktet har gjort oppstarten og rammene rundt det tverrfaglige samarbeidet bedre, jf. anbefalinger fra HeltOm 2.0. Det tverrfaglige samarbeidet rapporteres å fungere bedre enn i forrige prosjektrunde i begge enheter.

Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg melder om et meget godt samarbeid og er godt fornøyd med uttesting av ny rutine for tverrfaglig samarbeid, jf. delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og organisering», jf. kap. 10.

5.4.9 Antall medisinrom pr. lokalisasjon

Prosjektet anbefaler at det planlegges for ett medisinrom pr. lokalisasjon. Vi ser at der lokalisasjoner har flere medisinrom kan mye unødig tid gå med til logistikk. Det blir en fare for utvikling av ulik praktisering av rutiner, og mangel på god nok oversikt.

5.4.10 Økt behov for antall biler

Begge enheter fikk behov for noe flere biler enn det de hadde beregnet i planleggingsfasen.

5.5 Viktige anbefalinger og konklusjoner fra implementeringsprosjektet

- Implementeringsarbeidet av HeltOm i begge enheter har vært vellykket, og arbeidet er klart til å overføres til drift.
- Prosjektet erfarer en høy grad av trivsel og motivasjon hos ansatte i team, spesielt i team som er godt dimensjonert.
- Det tverrfaglige samarbeidet har blitt innfasert på et senere tidspunkt enn i forrige prosjektrunde, og rapporters å fungere bedre enn i HeltOm 2.0.
- Prosjektet har revidert anbefalingene fra HeltOm 2.0 knyttet til dimensjonering av antall arbeidslister i OT og størrelse på HT. I videreutviklet HeltOm modell bør ikke antall arbeidslister overstige 10 i OT. HT bør ikke ha flere enn fire OT knyttet til seg, og disse må være riktig dimensjonert.
- Dimensjonering av teamstørrelser, bemanning og fagdekning i OT er kritiske faktorer i videreutviklet HeltOm modell, jf. kap.6.
- Det er en økt risiko for avvik i oppstarten til ny organisering, denne flater ut etter hvert som arbeidet blir mer etablert i enhetene.
- Samlokalisering kan gi stordriftsfordeler ved at ansatte kan brukes mer på tvers av team.

5.6 Leveranser fra implementeringsprosjektet

- Forslag til sjekklister for sykepleier 2 HT
- Forslag til beskrivelse av arbeidsoppgaver på arbeidsstasjoner inne i HT
- Forslag til sjekklister/kravspekk kompetanse sykepleiere HT

6 Delprosjekt «Roller i endring»

HeltOm-modellen representerer en ny måte å strukturere og fordele arbeidsoppgaver på mellom faggrupper som mottar tjenester fra hjemmesykepleien. HeltOm-modellen har vært i stadig endring siden oppstart i 2019. I takt med erfaring, og at nye enheter blir en del av arbeidet, har prosjektet vekslet mellom implementering og utvikling av nye løsninger. Flere av rollene og faggruppene har vært gjenstand for store omstillinger. Under HeltOm 3.0 har det blitt tatt nye steg. Arbeidsoppgaver som tidligere har vært forbeholdt ledere, fagansvarlige sykepleiere og sykepleiere, deles eller forskyves til andre faggrupper. Utviklingen har blitt sett på som ønsket og tilsiktet. Flere prosedyrer og rutiner, samt stillingsbeskrivelser fra den tidligere hjemmesykepleien matcher ikke den nye måten å jobbe på. Hensynet til hvordan fortsatt ivareta forsvarlighet og kvalitet må håndteres. Samlet har endringene ført til noe uklarhet rundt roller og motstand mot endring. Innføringen av HeltOm-modellen har skapt et spesielt behov for å presisere krav til dimensjonering av team, samt å se på oppgavefordeling og ledelse i et nytt lys.

6.1 Oppsummering av delprosjekt «Roller i endring»

Delprosjektet har kartlagt og vurdert status for oppgaveforskyving og oppgavefordeling mellom de ulike rollene og faggruppene i HeltOm enhetene. Det er ulikt hvor langt enhetene har kommet med oppgavedeling og oppgaveforskyving. Og om de kan sies å ha endret tilnærming til ledelse og organisering av oppgavefordeling i team. Ikke alle enheter har startet med videreutviklet HeltOm modell og implementert ny funksjon for fagansvarlige sykepleiere.

Skal HeltOm innfri på prosjektets overordnede målsetting om bærekraft, mest mulig selvstyrte team, samt tillits- og faglighetsreformen, mener prosjektet videreutviklet modell er å foretrekke. Prosjektet har identifisert faktorer som kan påvirke grad og evne til omstilling. Faktorene kan i hovedsak relateres til «*arven fra den tradisjonelle organiseringen*» og organisatoriske rammebetingelser. Faktorene strekker seg ut over tidligere kjente tiltak som kompetansebygging og psykologisk trygghet i team. Det bør tas hensyn til delprosjektets funn og innsikt når prosjekt går over til drift.

6.2 Kapittelets oppbygging

Kapittelet presenterer innledningsvis det opprinnelige mandatet og tilnærmingen til delprosjekt «*Roller i endring*». Deretter gis en gjennomgang av de viktigste endringene i arbeidet. Hoveddelen innleder med

oppsummeringer fra det spesifikke innsiktsarbeidet. Deretter drøftes prosjektets vurdering av innsamlet materiale. Det trekkes også veksler på erfaringer fra øvrig prosjektarbeid i HeltOm. Kapittel avrunder med en oppsummering av faktorer som kan påvirke ansattes evne og mulighet til å arbeide med omstilling og videre oppgaveforskyving og -deling i HeltOm, samt en kort sammenfatning av arbeidet, med konklusjon og de viktigste anbefalingene til drift.

6.2.1 Aktuelle begrep og definisjoner

«**Videreutviklet HeltOm modell**», defineres som en organisering hvor enheten arbeider etter de grunnleggende HeltOm elementene med helsetjenesteteam og omsorgsteam, men samtidig har innført ny funksjon for fagansvarlige sykepleiere. I videreutviklet HeltOm modell har fagansvarlige sykepleiere sine arbeidsoppgaver blitt snudd fra fokus på drift, til fokus på ansatte i OT og HT. De arbeider mer med opplæring, undervisning og kvalitetsarbeid. Flere av de tidligere kjerneoppgavene i drift, relatert til faglig ledelse i team, er overført til eller deles med andre roller og faggrupper. Arbeidet tar utgangspunkt i erfaringer fra ny pilot i Hjemmebaserte tjenester i i Fana/Ytrebygda i HeltOm 2.0.

«**Faggrupper**» brukes i rapporten som en fellesbetegnelse på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, og skiller ikke på hvem som kan defineres som en profesjon eller har en formell helsefaglig kompetanse eller ikke. I HeltOm-modellen får assistenter et økt faglig ansvar og blir tilført nye arbeidsoppgaver. Det er kommunen som arbeidsgiver som sikrer at assistentene har den kompetansen de trenger for å fylle nye arbeidsoppgaver og roller.

«**Roller**» defineres i rapporten som summen av de normer og forventinger som knytter seg til en bestemt oppgave, stilling, relasjon eller gruppe i samfunnet¹⁰.

«**Hybridledelse**» defineres som en person som har en spesifikk fagkompetanse og som kombinerer denne med ledelseskompentanse i rollen som leder¹¹.

«**Tillitsbasert ledelse**» blir brukt i rapporten som en fellesbetegnelse på en lederstil som har et positivt menneskesyn. Synet vektlegger at mennesker har et grunnleggende ønske om å gjøre en god jobb, mestre og bidra til felleskapet. Ledelse handler da om å skape de nødvendige forutsetningene for at mennesker kan og vil ta ut sitt beste¹².

6.3 Bakgrunn

Prosjektet kunne senhøsten 2023 konstatere at det var forskjellig hvor langt enhetene hadde kommet i oppgaveforskyvning mellom faggrupper, og i hvilken grad etatens oppdrag til enhetene om å implementere endringene i fagansvarlig rollen hadde blitt effektivert eller startet opp. Avdelingsledere etterspurte et arbeid som så på deres rolle i prosjekt HeltOm.

Videre etterlyste enhetene en tydeliggjøring av forventningene, ansvar og arbeidsoppgaver i nye roller, med et søkelys på stillingsbeskrivelser.

Det var dessuten behov for å se på hvordan kommunen bedre kunne nyttiggjøre seg kompetansen til sykepleiere med master i klinisk avansert sykepleie. Masteren var en videreutdanning kommunen hadde gitt flere sykepleiere i hjemmebaserte tjenester, men ikke definert bruken av i etterkant. Flere sykepleiere med master i klinisk avansert sykepleie i hjemmebaserte tjenester opplevde de var «glemt» i HeltOm organiseringen.

Det var et behov for et koordinert arbeid i HeltOm, som kunne bidra til å skape mer innsikt rundt enhetens arbeid med roller i endring. For prosjektet var det viktig at arbeidet involverte de tidligere HeltOm enhetene,

¹⁰ Jan Frode Haugseth, Store Norske Leksikon (nettversjon) 2024.

¹¹ Jan Frich, Overlegen 2023 nr. 3.

¹² Hentet fra nettstedet: dfo.no, emne: «Statens arbeidsgiveransvar»

som hadde gått over til drift. Erfaringer og innspill fra alle enheter ble sett på som verdifulle siden det nærmet seg prosjektets avslutning.

Mandat:

Det ble opprettet et eget delprosjekt som skulle ha et spesielt søkelys på endringene for utvalgte roller i HeltOm-modellen. Mandat for delprosjekt «Roller i endring» ble godkjent i styringsgruppen for HeltOm 3.0 i november 2023:

«I tråd med tillits- og faglighetsreformen og prosjektets overordnede mandat skal det opprettes et eget delprosjekt i HeltOm 3.0. Dette skal samordne og tydeliggjøre funksjon, oppgaver, ansvar og kvalifikasjoner, spesielt opp mot avdelingsledere, sykepleierfaglig konsulenter og fagansvarlige sykepleiere. Søkelyset på kvalitet, bærekraft og ønsket gevinstrealisering må bli ivaretatt.

Prosjektet skal komme med konkrete anbefalinger til hva som bør være innholdet i nye stillingsbeskrivelser i HeltOm. Videre skal det jobbes med konkrete tiltak som kan sette en retning i etatens videre arbeid med kompetanse, roller, stillingsbeskrivelser og rekruttering av ledere. Tiltakene skal bidra til å fremme en kultur i HeltOm-modellen som gjenspeiler prinsippene i tillits- og faglighetsreformen i utøvelse av praksis.

Arbeidet med hvordan etaten bedre kan nyttiggjøre seg videreutdanninger til ansatte med master i klinisk sykepleie legges inn under dette delprosjektet.»

6.3.1 Viktige avgrensinger og endringer i delprosjektet

Planlagt oppstart for delprosjektet var desember 2023, men ble grunnet pågående arbeid for prosjektleder med implementering i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg utsatt til februar 2024 og avsluttet medio juni 2024.

Det mer inngående arbeidet med grensesnitt for faglige vurderinger og kompetanse, ble holdt utenfor delprosjektet. Grensesnittet ble delvis behandlet i andre deler av prosjektet, som i delprosjekt som «Differensieringen av ansvarsvaktrollen og vaktkoordinatorrollen» og i arbeidet med gråsoneoppdrag mellom HT og OT.

Det opprinnelige mandatet nevnte ikke sykepleiere i HT, helsefagarbeidere og assistenter. Mandatet hadde et noe ensidig fokus på stillingsbeskrivelser og ledere i tradisjonell organisering.

I HeltOm 3.0 så man at sykepleiere og assistenter i en sterkere grad ble berørt av oppgaveforskyving. Helsefagarbeidere erfarte en tok et større fagansvar i team, etter hvert som arbeidet med modellen hadde satt seg. Delprosjektet valgte derfor å se på alle de involverte faggruppene. Sykepleierfaglig konsulent var den eneste stabsfunksjonen som ble inkludert, men ikke videre vektlagt, da de andre rollene/faggruppene hadde de største endringene. Av hensyn til avgrensning ble terapeuter og kliniske ernæringsfysiologer ikke tatt inn. Arbeidet med sykepleiere med master i klinisk avansert sykepleie ble beholdt. Ved innledningen til arbeidet ble det vurderte at søkelyset på stillingsbeskrivelser ble lite hensiktsmessig. Enhetene sprikte i praktisering av modellen, og stod på så ulike stadier i oppgaveforskyving. Ledere hadde forskjellige erfaringer og oppfatninger av hva som burde være «riktig» oppgavefordeling i HeltOm. Utarbeidelse av konkrete forslag til nye stillingsbeskrivelser ble videre vurdert til å måtte stå som restanse. Det var naturlig at arbeid med stillingsbeskrivelser ble samkjørt med etatens øvrige oppdateringer av rutiner, sjekklister og prosedyrer. Samlet ville arbeidet være med på å ramme inn de ulike faggruppene og rollene i HeltOm.

Arbeidet i delprosjektet prioriterte derfor å få kartlagt gjeldende praktisering av HeltOm-modellen i enhetene, samt ansatte og ledere sine erfaringer og synspunkt på oppgavedeling. Innsikt skulle bli vurdert opp mot prosjektets overordnede målsetting. Vurderinger skulle bidra til å legge grunnlaget for økt rolleklarhet. Det var også et mål å styrke den organisatoriske læringen i etaten, ved å identifisere faktorer som kunne påvirke arbeidet med oppgaveforskyving og oppgavedeling i HeltOm.

Rapporten fra delprosjektet ble definert å være prosjektets hovedleveranse.

6.3.2 Tilnærming til delprosjektet.

Innledningsvis ble det avholdt to separate workshops. Invitasjon gikk ut til alle HeltOm enhetene. Den første rettet seg mot sykepleiefaglige konsulenter og fagansvarlige sykepleiere, den andre rettet seg mot avdelingsledere i OT og HT. Informasjon fra første workshops ble ikke delt med ledere eller enheter. Prosjektleder ønsket ikke at synspunkt formidlet i første workshop skulle legge føringer eller opplevde begrensinger på ansatte i den andre samlingen.

Målet for samlingene var å legge til rette for ansattinvolvering, skape en felles forståelse for HeltOm arbeidet, samt etablere en ny arena for deling av erfaringer på tvers av enhetene. Videre var det en uttalt oppgave å få ansatte til å reflektere rundt egen rolle og praksis, samt identifisere faktorer som kunne hemme eller fremme oppgavedeling under HeltOm-modellen. Workshops hadde et meget godt oppmøte. Ca. 90% av alle ansatte i aktuelle stillinger deltok.

I workshops ble ansatte bedt om å jobbe med tildelte oppgaver og spørsmål enhets vis, deretter som blandede grupper med representanter fra alle enheter. Arbeidet ble samlet inn og behandlet av prosjektleder.

I etterkant ble det sendt tilbake til enhetene en oppsummering av det som ble oppfattet som status og praktisert modell for oppgavedeling. Hver enhet ble gitt muligheten til å komme med korrigeringer eller presiseringer til det som gjaldt dem selv.

Det ble avholdt ett møte med representanter for sykepleiere med master i klinisk avansert sykepleie, ett ved innledningen av prosjektarbeidet. Det var også planlagt ett mot slutten, men dette måtte gå ut.

Av hensyn tid fikk heller ikke prosjektleder hatt et eget arbeid opp mot de øvrige faggruppene. Prosjektet måttet her lene seg på utfyllende informasjon fra samtaler i avsluttende peptalker i videreutviklet modell, med sykepleiere i HT og ansatte i OT fra Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg. Denne enheten hadde «gått rett på», og implementert de mest radikale endringene fagansvarligrollen ved oppstart omorganisering, jf. kap. 5. Delprosjektet tok også hensyn til innsikt og informasjon fra øvrig implementeringsarbeid og delprosjekt i HeltOm 2.0 og 3.0.

6.4 Innsiktsarbeid

De viktigste delene av innsiktarbeidet er å finne som vedlegg til rapporten. Innsiktsarbeidet er har to deler:

Del 1. Kartlegging av status oppgavefordeling i HeltOm enhetene¹³

Del 2. Oppsummering av innsikt fra egen workshop med fagansvarlige sykepleiere og sykepleiefaglig konsulenter, og separat workshop med avdelingsledere i HeltOm¹⁴

6.4.1 Oppsummering og vurdering av innsiktsarbeid

HeltOm-modellen representerer store endringer for ansatte. Prosjektet erfarer at det har vært krevende for organisasjonen å stå i omstillingsprosessene. Kombinasjonen av å drifte en døgntjeneste, implementere ny praksis, og samtidig videreutvikle har ført til usikkerhet og motstand. HeltOm krever at alle ansatte må tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper. Faggrupper og profesjoner får tilført kompetanse, som strekker seg utover den formelle kompetansen de har fått gjennom skole og utdanningssystem. I HeltOm må også assistenter kunne utøve fag.

Under HeltOm-modellen har Bergen kommune tatt et økt ansvar som arbeidsgiver. Kommunen skal sikre at ansatte har den kompetansen de trenger, for å fylle nye tilførte arbeidsoppgaver og roller i HeltOm. Dette blant annet gjennom en egen plan, og et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse.

¹³ Vedlegg nr. 4-9 viser status oppgavedeling i alle HeltOm enheter.

¹⁴ Vedlegg nr. 10-11 viser oppsummering fra innsiktsarbeid i HeltOm workshops «Roller i endring»

I løpet av prosjekt HeltOm 3.0 erfarer vi tiltagende oppgavedeling- og forskyvning mellom faggrupper og roller. Endringene påvirker og utvikler organisering og samhandling. Spesielt har dette blitt klart i de to enhetene som har innført en videreutviklet HeltOm modell. I denne modellen deler og utøver alle faggrupper arbeidsoppgaver, som i gammel organisering, var forbeholdt avdelingsledere og fagansvarlige sykepleiere. Uten en egen fagansvarlig sykepleier i team, må avdelingsledere ta et større praktisk sykepleierfaglig ansvar for organisering og drift. Samtidig som flere ansatte deler på eller kan utføre de samme arbeidsoppgavene i teamet enn tidligere. Erfaringene fra HeltOm prosjektet kan utfordre den forståelse og tilnærming tjenesten har hatt til ledelse fra tradisjonell organisering

Innsiktsarbeidet i prosjektet har vist at noen organisatoriske faktorer og rammebetingelser kan påvirke ansattes grad og evne til å jobbe effektivt med ny oppgavedeling i HeltOm.

6.4.2 Ulik praktisering av HeltOm-modellen

Etter HeltOm 2.0 var etaten klar på at det var den videreutviklede modellen som skulle videreføres i de andre enhetene. Ved prosjektets avslutning står de fem enhetene i etaten på ulike stadier av HeltOm-modellen. Vi ser at oppgavedelingen- og glidingen delvis har stoppet opp i de tre enhetene som ikke har innført videreutviklet modell. Med utgangspunkt i prosjektets målsetting, er det derfor behov for å definere hva som bør være den gjeldende modell og praktisering under HeltOm. Dette får i neste omgang konsekvenser for grad av oppgavedeling- og forskyvning og anbefalt innhold til ulike roller i HeltOm.

Innsiktsarbeidet viste at avdelingsledere var mer kritiske til endring av fagansvarlig rollen, enn de fagansvarlige selv.

6.5 Tillits- og faglighetsreformen - grunnlag for HeltOm

Grunnlaget for HeltOm har vært tillits- og faglighetsreformen. Ansatte skulle oppleve de ble gitt mer tillit og ansvar, i utøvelse av eget fag og tjeneste. Reformen ble omtalt som et motsvar til kommunens gamle organisering med stoppeklokke. En tjeneste tidligere preget av mye styring og kontroll, og lite rom for faglig skjønn.

Sammen med tillitsreformen kom målet om å utvikle en bærekraftig tjeneste, med mest mulig selvstyrte team og en ikke fordyrende lederstruktur. Gjennom HeltOm kom et nytt tankegodt, samt nye krav og forventninger til utøvelse av tjenesten. Pendelen hadde snudd.

For mange ansatte var det uvant å skulle få og ta mer ansvar. Første pilot HELTOM i 2019 var et løft for helsefagarbeiderene, dette gjennom opprettelsen av vaktkoordinator rollen. Kriteriene for hvilke pasientoppdrag som kunne utføres av et helsetjeneste- eller omsorgsteam ble utarbeidet. Kriteriene har vist seg å forbli stabile gjennom alle prosjektrundene. Opprettelsen av helsetjeneste og omsorgsteam, som nye strukturer rundt oppgavefordeling, førte til en økt selvstendighet i team. Strukturene virket som en katalysator på det faglige løftet hos ansatte.

I den videreutviklede modellen HeltOm, gjøres en ny og stor strukturell endring i teamene. Gjennom endringen av organisatorisk tilhørighet, funksjon og arbeidsoppgaver til fagansvarlige sykepleiere oppstår en ny omstillingsprosess. På samme måte, som i første pilot, har endringen tvunget frem mer faglig og administrativt ansvar for ansatte team. Men denne gangen påvirker endringene like mye de andre faggruppene i HeltOm, som sykepleiere, avdelingsledere og assistenter, ikke bare helsefag arbeiderene.

Der faglig drift og koordinasjonsoppgaver i team ikke lenger kan utføres av de fagansvarlige sykepleierne, må de gjenværende ansatte sikre og ivareta arbeidsoppgavene selv. De fagansvarlige sykepleierne har fremdeles et hovedansvar og fokus på kvalitet og forsvarlighet i tjenesten. Men dette bygges i den videreutviklede modellen gjennom opplæring av de ansatte.

Avdelingsledere har ikke kapasitet til å ta over alle de fagansvarlige sine tidligere arbeidsoppgaver i team. I den videreutviklede modellen må derfor alle ansatte, uavhengig av faggruppe, kunne ta ansvar og utøve arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt ledere i den gamle hjemmesykepleie modellen.

6.5.1 Delkonklusjon

I den videreutviklede modellen får vi en flatere lederstruktur. Det er en mer fleksibel arbeidsmodell, som er mindre avhengig av person, når flere ansatte deler på, eller kan utøve de samme arbeidsoppgavene.

Prosjektet vil på bakgrunn av dette argumentere for at den videreutviklede modellen må ses på som en ønsket utvikling av HeltOm-modellen, og en naturlig konsekvens av tillits- og faglighetsreformen og målet om mer selvstyrte team.

6.6 Motstand mot innføring av videreutviklet HeltOm modell

Den videreutviklede modellen av HeltOm kan sies å svare ut tillitsreformen og målet om mer selvstyrte team. Hva så med motstanden og den skepsis flere ledere uttrykker, i enheter som ikke har effektivert endringen av fagansvarlig rollen? Hva med faglig forsvarlighet og kvalitet?

Innvendingene er legitime. Prosjektet vurderer at dette kan tolkes som et uttrykk fra en tjeneste, der sykepleierfaglig kvalitet og forsvarlige tjenester står sterkt. De fagansvarlige sykepleierne har blitt omtalt som «stjernene» i tjenesten. De har blitt sett på som de mest kompetente sykepleierne i gamle avdelinger. De har fungert som limet og kvalitetssikringen av tjenesten. Avdelingsledere har delegert den faglige ledelsen i avdelingene/teamene til dem. Ansatte, faglærte og ufaglærte, har i en stor grad lent seg på dem i den daglige driften. Det har vært en opplevelse av at gammel organisering har fungert, så hvorfor endre? Samtidig har de fagansvarlige selv formidlet de er klar for endring. I tradisjonell organisering har fordelingen av arbeidsoppgaver ført til at fagansvarlige sykepleiere i liten grad har fått jobbe med fag, kvalitet og opplæring. De har blitt slukt av drift.

Går vi tilbake til utgangspunktet for prosjektet, så handlet ikke HeltOm om en tjeneste som ikke fungerte. Utfordringen var om den gamle organiseringen var godt nok rigget for å møte fremtiden.

Erfaringene fra Hjemmebaserte tjenester i Fana/Ytrebygda og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg, som begge har innført ny videreutviklet modell, viser at det i en overgangsfase er en økt risiko for uønskede hendelser. Spesielt i en oppstartsfase, når andre faggrupper og roller overtar de fagansvarlige sine tidligere arbeidsoppgaver. Ikke bare er det en økt risiko. Nye ansatte bruker i starten også lengre tid på å utføre arbeidsoppgavene.

Tall viser det er en økning i antall avvik i oppstart omorganisering, men at avvik og risiko blir redusert, jf. kap. 4.4. Risiko gikk ned etter hvert som enhetene og ansatte «finner form» i det nye organiseringen. Ingen avvik har vært alvorlige.

Fra et prosjektperspektiv er det mest interessante at i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen / Laksevåg handlet risiko mer om ansattes rammebetingelser for å kunne jobbe forsvarlig, enn den nye oppgavefordelingen i seg selv.

Enhetene som har gjort endring av fagansvarlig-roller vektlegger betydningen av at de fagansvarlige er frigjort til kvalitet, opplæring og undervisning. Dette som en betingelse og forutsetning for at den videreutviklede modellen kan fungere. Enhetene hevder at så lenge de fagansvarlige er bundet til et eget team fysisk, synes det å være vanskelig å starte en ny prosess med oppgavedeling og oppgavegliding.

Å redusere antallet fagansvarlige fordelt på antall team blir omtalt som en faktor, som har tvunget frem den nye oppgavedelingen i videreutviklet modell. Samtidig erkjenner de at det har vært en tøff prosess. Spesielt har det vært tøft for sykepleiere i HT og for avdelingsledere i OT. Men med tett opplæring av ansatte og konstruktiv dialog mellom avdelingsledere og sykepleiere i HT, erfarer enhetene sykepleiere fint kan overta flere av de fagansvarlige sine arbeidsoppgaver. Eksempelvis det «å lese og følge opp rapport» og oppgaven «mottak av nye pasienter». Enhetene formidler at når ny modell har fått satt seg, er ansatte fornøyd. Sykepleiere opplever den videreutviklede modellen som noe positivt. Enhetene ser at assistentene har blitt viktigere for driften i OT.

I Bergenhus hvor en ikke har vært samlokalisert, blir det å ikke være samlokalisert i workshop et argument i seg selv for ikke å gjennomføre videreutviklet modell. Ser vi på informasjon fra enheten gitt i delprosjekt «Ansvarsvakt versus vaktkoordinator» skulle informasjon tyde på det motsatte. Her formidles det at vaktkoordinatorer tar et stadig økt faglig ansvar i OT på kveld og helg, og at de har lett tilgang på sykepleiere og faglig støtte fra HT ved behov. Dersom OT fungerer selvstendig og godt på kveld og helg, hvorfor skulle de ikke kunne gjøre det på ukedagene?

6.6.1 Delkonklusjon

Prosjektet argumenterer for at den videreutviklede modellen fortsatt bør være det foretrukne valget av HeltOm-modell. Bekymring for faglig forsvarlighet og kvalitet er reell i oppstarten samt i en overgangsfase. Risiko reduseres over tid. Kompetansehevede tiltak blant ansatte, samt fagansvarlige sin frigjorte tid og tilstedeværelse kan kompensere for økt risiko. Kommunen må legge til rette for gode organisatoriske rammebetingelser som muliggjør en effektiv og ny oppgavefordeling under HeltOm-modellen.

6.7 Bærekraft i videreutviklet HeltOm modell

Dersom den videreutviklede modellen kan sies å svare ut flere sider ved tillits- og faglighetsreformen, samtidig som den fortsatt kan ivareta faglig forsvarlighet og kvalitet i tjenesten gjennom tiltak, hva da med målet om bærekraft?

Intensjonen med HeltOm var å bli bedre rustet til å møte en fremtid på en bærekraftig måte, med flere eldre og færre tilgjengelige sykepleiere og ansatte med fagkompetanse.

I prosjektet har vi forstått bærekraft langs to dimensjoner:

1. Økonomisk bærekraft gjennom bedre oppgavedeling- og forskyving mellom faggrupper
2. Bærekraft som konkurransefortrinn

Store innovasjoner og omstillingsprosjekt medfører ofte økte kostnader i en oppstartsfase før kostandene flater ut over tid. Det samme har vi erfart i HeltOm. Vi har omtalt det tar tid for ansatte å sette seg inn i nye arbeidsoppgaver. Effektiviteten og gevinstene kommer etter hvert som ansatte blir trygge og mer kjente med nye arbeidsoppgaver.

HeltOm 2.0 viste et redusert behov for antall sykepleiere sammenliknet med gammel organisering. Samtidig gikk behovet for helsefagarbeidere opp. Lederstruktur har forblitt uendret i de enhetene som ikke har innført videreutviklet modell.

I HeltOm 3.0 ser vi at mangelen på helsefagarbeidere har gjort at vi må bruke ansatte som ikke har en formell fagkompetanse. Som arbeidsgiver må vi sikre at de blir tilført ny kunnskap og ferdigheter til å mestre nye arbeidsoppgaver under HeltOm. Dette gir oss muligheten til å kunne bruke assistenter mer fleksibelt, og til flere arbeidsoppgaver enn i tradisjonell organisering. Videre erfarer vi at det er en god inngangsport til å rekruttere assistenter inn til et utdanningsløp i helse.

Prosjektet kan ikke forsvare rent økonomisk at OT har en ansatt inne hele dager. Skal den nye oppgavefordelingen i videreutviklede modell fungere er det ekstra viktig at OT ikke overstiger ti arbeidslister. Gjenværende arbeidsoppgaver må bli «overkommelig» for avdelingsleder og ansatte.

6.7.1 Delkonklusjon

Videreutviklet modell gir høyere grad av selvstyrte team. Flere arbeidsoppgaver kan deles og utføres av flere ansatte. Arbeidsoppgaver som har vært forbeholdt og forbundet med lederansvar, deles med eller overføres til de vanligste faggruppene. Under en videreutviklet HeltOm modell øker ansattes generelle kompetanse. Kompetansen kan brukes mer målrettet enn i den første utgaven av HeltOm. Arbeidet er i tråd med prinsippet om å løse arbeidsoppgavene på et lavest mulig omsorgsnivå. Den videreutviklede HeltOm-modellen er derfor en mer økonomisk bærekraftig måte å organisere tjenesten på enn den første utgaven av modellen.

Prosjektet anbefaler det må være leders mynde og hovedansvar for teamenes drift, resultat og faglig ledelse som definerer og skiller lederrollen fra de øvrige ansatte i team. Ikke utførelsen av spesifikke arbeidsoppgaver i seg selv.

6.8 Bærekraft- rekruttering og beholde ansatte

HeltOm er en mer bærekraftig måte å jobbe på. Prosjektet vurderer at HeltOm-modellen kan gi et stort konkurransefortrinn knyttet til rekruttering samt i arbeidet med å beholde ansatte. Det kan være flere grunner til dette.

Ansatte i HeltOm melder gjennomgående om en høy grad av trivsel. Det oppleves positivt å få brukt egen kompetanse og bli tilført nye arbeidsoppgaver. Ingen enheter melder de ønsker seg tilbake til den gamle organiseringen.

Modellen har store fordeler ved at arbeidshverdagene blir mer varierte. Arbeidet veksler mellom perioder med «inne-oppgaver» og det å være ute på arbeidsliste. Med tanke på at omsorgsykker er sterkt fysisk belastende og kan være tungt å stå i gjennom et helt yrkesliv, så medfører HeltOm en mer variert og helsefremmende arbeidsghverdag. HeltOm får gode tilbakemeldinger fra nyansatte, som sammenlikner HeltOm med tidligere arbeidsplasser og andre jobberfaringer.

HeltOm sitt systematiske og målrettede arbeid med fag, kvalitet og opplæring, samt fagansvarlige sykepleiere som frigjort ressurs for team, bidrar til at en HeltOm-arbeidsplass blir attraktiv for faglig påfyll og utvikling.

6.8.1 Delkonklusjon

HeltOm er en mer bærekraftig måte å jobbe på, og reduserer den fysiske belastningen og skaper mer jobbvariasjon.

Prosjektet vurderer at jobbvariasjon, høy grad av trivsel og mulighet for kontinuerlig faglig påfyll samlet, utgjør et mulig konkurransefortrinn i et arbeidsmarked med økt kamp om fag og tilgjengelig arbeidskraft.

6.9 Om roller i endring under HeltOm

Dersom den videreutviklede modellen svarer best ut prosjektets viktigste og overordnede målsettinger. Hvilke vurdering og anbefalinger har prosjektet gjort om delprosjektets utvalgte faggrupper og roller?

På generell basis anbefaler prosjektet at nye stillingsbeskrivelser er tydelig på å differensiere funksjon mellom roller i nye stillingsbeskrivelser. Dette gjelder stillinger som ikke er direkte profesjonsspesifikke.

Stillingsbeskrivelser må ikke bli for rigide. Videre er det viktig at stillingsbeskrivelser, rutiner og prosedyrer er tilpasset HeltOm og tar inn nye tilførte arbeidsoppgaver. Dokumentene må presisere hvem som har hovedansvar eller medansvar. Dette er spesielt viktig der en arbeidsoppgave kan deles mellom flere roller og faggrupper. Veiledere eller sjekklister kan også fungere som et godt supplement og bidra til økt rolleklarhet.

6.10 Spesielt om lederrollen

I den gamle organisering viser innsiktsarbeidet at det i mange avdelinger har utviklet seg en form for todelt ledelse. Dette mellom avdelingsleder og fagansvarlige. Avdelingsledere har ansvar for oppgaver knyttet til økonomi, personell og rapportering, mens den fagansvarlige utfører de arbeidsoppgavene som kan betegnes som sykepleierfaglig ledelse, med administrasjon og koordinasjon rundt pasientoppdrag.

Avdelingsledere i gammel organisering hadde mulighet til å delegerer mye av den faglige ledelsen til de fagansvarlige sykepleiere, som sine stedfortredere. Fagansvarlige sykepleiere ble videre definert som en del av lederstrukturen, hvor de tidligere hadde hatt benevnelsen assisterende gruppeledere.

I den videreutviklede modellen ser vi at endring av fagansvarligrollen gjør at avdelingslederrollen får en dreining mot mer faglig ledelse. Dette er mest tydelig i OT, hvor avdelingsledere ikke har sykepleiere som de kan delegerer de gamle fagansvarlig-oppgavene til. Avdelingsledere i OT representerer i kraft av sin sykepleierprofesjon også dem med største faglige kvalifikasjoner i OT. Videre har avdelingslederne nærhet til, og størst faglig forutsetning for å kunne identifisere kompetansebehov hos, sine ansatte. Og derigjennom er det avdelingslederne som kan sette den faglige standarden i teamet og være den som går i faglig dialog med HT om pasienter.

I de enhetene som ikke har gjort endringene opp mot fagansvarlige sykepleiere, er ansatte i team i begrenset grad involvert i den koordinerende og faglige driften rundt pasientene. Det samme gjelder driftsriftsoppgaver som påvirker tjenestens økonomi, effektivitet og kvalitet. Oppgaven mottak av nye pasienter, som er nært forbundet med økonomistyring, hvor det ligger begrensinger i journalsystemets på antall tilganger for hvert team. Oppgaven impliserer å definere omfang og type hjelp til nye pasienter.

Uten den fagansvarlige skapes det et behov for at avdelingsleder må kunne kombinere klassisk administrasjon og personalledelse, med mer sykepleierfaglig ledelse. I ny modell må avdelingsledere kunne utøve mer av det som kalles hybridledelse.

I videreutviklet modell ser vi dessuten at utvalgte og opplærte assistenter kan gå inn i VK- rollen, jf. kap.5. Dette startet opprinnelig som en rolle for helsefagarbeidere i første pilot HELTOM.

Under videreutviklet modell, erfarer vi at alle ansatte i OT bistår avdelingsleder i administrativt arbeid på dagtid ved at de håndterer publikumstelefon og fordeler arbeidslister.

6.10.1 Tillitsbasert ledelse med fokus på fag

En annen suksessfaktor, som flere ledere trekker frem i workshop, er søkelyset på tillits- og faglighetsreformen. Tillitsbasert ledelse øker sannsynligheten for å lykkes som leder under HeltOm. De forteller at: «... i HeltOm må man som leder være mindre opptatt av styring og kontroll. Fokuset handler om å gjøre de ansatte trygge og gode, samtidig som de får mer ansvar.» Det blir sagt i workshop at, for at oppgavedeling og -glidning skal fungere, må ledere våge å delegerer flere oppgaver. Ledere må ha tro på at andre, enn de som tradisjonelt har hatt ansvar for en oppgave, også kan løse den nye oppgaven.

Kanskje kan dette være en overgang for flere ledere som har jobbet lenge under den gamle organiseringen? Som en fagansvarlig sykepleier uttrykte: «Tenk at jeg i mange år hadde jobbet med den gjengen her, og jeg visste ikke om det potensiale de andre i avdelingen min hadde. Jeg hadde ikke trengt å gjøre alle arbeidsoppgavene selv, men det var sånn det var.»

6.10.2 Delkonklusjon

Ledelse under HeltOm står overfor et taktskifte. Taktskiftet utfordrer «arven fra gammel organisering» og måten organisasjonen har forstått og tenkt ledelse. Ledere er viktige kulturbærere. Prosjektet vurderer at selv om målet fortsatt er mest mulig selvstyrte team, er det behov for ledelse i OT og HT. Det er videre behov for et tydelig fokus på tillitsbasert ledelse, som på avdelingsledernivå blir mindre spesialisert, og i en større grad kan kombinere balansen mellom drift og fag. I HeltOm trenger vi ledere som våger å stole på ansatte og gi dem tillit til å utføre nye arbeidsoppgaver.

6.11 Faren for ett A-lag og B-lag av ledere i videreutviklet modell?

I workshops ga enkelte ledere uttrykk for at det holdt på å utvikle seg ett A-lag og ett B-lag mellom avdelingsledere i videreutviklet modell. Flere avdelingsledere i OT mente avdelingsledere i HT hadde gode dager, fordi «de slapp å overta» noen av de fagansvarlige sine arbeidsoppgaver.

Er dette riktig? Og stemmer det at ikke er det samme behovet for en avdelingsleder i HT? Vil avdelingslederrollen i et HT forbli uendret fra tradisjonell organisering?

Vi vet at under HeltOm blir de sykepleierfaglige oppdragene i HT mer sammensatte og krevende. HT består av mange sykepleiere med videreutdanninger og mye faglig spesialkompetanse. Med overføringen av de fagansvarlige sine oppgaver til sykepleiere i HT, endringene i primærkontaktsystemet og organiseringen av fagansvarlige sykepleiere under HT, vil det faglige tyngdepunktet og kvalitetssikringen av tjenesten ligge i HT i videreutviklet HeltOm-modell.

Videre erfarer prosjektet det er ikke likegyldig hvordan kompetansen blant sykepleierne og den geografiske tilhørigheten til sykepleiere i HT organiseres. Dette gjennom turnus og i plassering av sykepleiere på ulike arbeidsstasjoner og oppgaver; inne i team og ute på arbeidsliste. Fra tid til annen oppstår det intern uenighet knyttet til hvordan fag og oppdrag skal håndteres mellom sykepleierne i teamet. Sykepleiere kan være uenig i hvem som skal arbeide på ulike arbeidsstasjoner. Dette er ikke oppgaver som nødvendigvis kan eller bør overlates til sykepleierne selv, til tross for målet om mest mulig selvstyrte team. Der ingen tar styring kan det oppstå kaos og konflikt.

Hvis målet er en mest mulig effektiv drift, og målrettet bruk av rett kompetanse på rett sted, er det behov for noe ledelse. Sykepleierne i HT trenger også å ledes faglig i fraværet av den klassiske fagansvarlige sykepleieren. Spesielt ser vi behovet for koordinasjon av faglig ledelse i store HT med mange pasienter. I et stort HT kan det være kan over 20 sykepleiere på vakt samtidig. Trolig vil graden og mulighet for selvledelse i HT henge nøye sammen med dimensjoneringen av HT. Et mindre HT er lettere å få oversikt over, og vil ha behov for mindre koordinasjon og ledelse enn ett større HT. Dette vil påvirke avdelingslederrollen i neste omgang.

Prosjektet erfarer videre at det ikke er automatikk i at avdelingsledere fra opprinnelig organisering har den faglige tyngden, eller den praktiske kompetansen til å ta over eller erstatte de fagansvarlige sykepleierne sine oppgaver. Og dette selv om de er utdannet sykepleiere.

Der avdelingsledere kommer fra avdelinger med en utpreget todelt ledelse kan HeltOm bli vanskelig. Dette kan være dyktige ledere, men i den videreutviklede HeltOm-modellen blir dynamikken og arbeidsoppgavene forskjellig fra de gamle avdelingene. Disse lederne vil kunne trenge støtte og tid til å omstille seg til en ny kontekst.

6.11.1 Delkonklusjon:

Samlet kan dette indikere at avdelingslederrollen i HT under HeltOm krever mer sykepleierfaglig ledelse. Prosjektet vil argumentere for at det vil være behov for avdelingsledere som kan utøve mer hybridledelse i OT og HT. Trolig vil dette komme til uttrykk på ulike måter i OT og HT, da teamene er ulike.

Det vil likevel være viktig at den samlede arbeidsbelastningen og status på ledelse oppleves tilnærmet likt i et HT og et OT. Og at administrasjon og personal ledelse ikke fremstår som noe viktigere eller «mer opphøyet», enn betydningen av god sykepleierfaglig faglig ledelse i team. Avdelingsleder må kunne ha en god oversikt over ansattes kompetanse og pasienter i eget team, ikke bare økonomi og drift. Det må legges til rette for at avdelingsledere opplever egen rolle i HeltOm som attraktiv og spennende, uavhengig av hvilket type team man leder.

6.12 Fagansvarlige sykepleiere

Det at fagansvarlige sykepleiere i workshop uttrykker de ønsker å være organisert under sykepleierfaglig konsulent, tolker prosjektet i lys av det som tidligere er skrevet om avdelingslederrollen i HT. Fagansvarlige sykepleiere trenger i ny organisering en leder som forstår deres nye rolle med søkelys på kvalitet, opplæring og utviklingsarbeid. Prosjektet mener det vil være av betydning at de fagansvarlige fortsetter å være organisert under HT. Det er viktig med nærhet til ansatte og de team som de fagansvarlige skal betjene og støtte. Å skulle ligge under en stabsfunksjon vil kunne skape avstand.

Så lenge de fagansvarlige er organisert under HT, må det være en uttalt forventning at avdelingsledere setter retning for de fagansvarlige sykepleierne. Og at avdelingsledere i HT bidrar til et godt samarbeid med øvrige avdelingsledere i OT, rundt bruken av de fagansvarlige. Dette bør ikke overlates til sykepleierfaglig konsulent.

Sykepleierfaglig konsulent sin veiledende rolle overfor de fagansvarlige bør videreføres og er verdifull for å koordinere enhetenes overordnede arbeid med fag, kvalitet og utvikling. De fagansvarlige oppleves som verdifulle for sykepleierfaglige konsulenter, ved at de fagansvarlige i ny rolle kan fungere og være konsulentene «sine forlengede armer» ute i teamene i den praktiske arbeidshverdagen. På den andre siden må de fagansvarlige i ny rolle selv være engasjert og tilgjengelig for ansatte og ledere i team. Den nye rollen fordrer de tar initiativ og viser god selvledelse. De fagansvarlige kan ikke «bare vente på bestillinger», de må på selvstendig grunnlag kunne identifisere og spille inn kompetansebehov og forslag til forbedringer til avdelingsledere og enhet. Fagansvarlige ønsker dessuten en mer fleksibel arbeidstid, og ikke være bundet til en fast helg. Og de fagansvarlige ønsker at det kommer på plass faste møtepunkter mellom fagansvarlige sykepleiere, på tvers av enheter i HeltOm. Møteplassene er viktige for erfaringsutveksling og faglig påfyll.

6.12.1 Delkonklusjon

Den nye rollen og funksjonen til de fagansvarlige vurderer prosjektet bør rendyrkes mer, til å være opplæring, undervisning og kvalitetsarbeid på individ og gruppenivå. Selv om funksjonen endres, bør ikke de fagansvarlige fjernes permanent fra å kunne utføre sine tidligere driftsoppgaver. Her må enhetene og etaten finne en balanse når nye stillingsbeskrivelser, rutiner og prosedyrer skal jobbes frem. Over tid vil det være viktig at de fagansvarlige fortsatt opprettholder viss nærhet til team, og at de har ferdigheter som de skal lære videre, men uten at de skal være stedfortreder for avdelingsleder eller gå arbeidslister ute i team.

Prosjektet anbefaler de fagansvarlige fortsetter å lede og planlegge de tverrfaglige tavlemøtene, da dette fortsatt er en viktig kompetanse og læringsarena for primærkontakter, relatert til forståelse og tilrettelegging av hjelpebehov. Dersom kommunen velger å satse på klinisk avansert sykepleie, kan ansvaret opp mot tavlemøtene være en oppgave som også kan deles med disse.

Forståelsen for den nye fagansvarligrollen handler også om hvordan fagansvarlige benyttes som en ressurs på kveld og helg, til fag, kvalitetsarbeid og opplæring. Prosjektet vurderer at det bør legges til rette for en arbeidstidsordning som er mer fleksibel enn i dag, og som kan imøtekomme de fagansvarliges ønske om å bedre

tilpasse seg behovet ute i team. De fagansvarlige fremhever da behovet for å ha et fokus på ansatte som er i mindre stillinger og vikarer.

Siden funksjonen til fagansvarlige er ny, og en ønsker å fortsette med å implementere den videreutviklede modellen i øvrige enheter, vil opprettelsen av en felles arena være av betydning. Prosjektet anbefaler en fast møteplass en gang i halvåret, hvor fagansvarlige kan dele erfaringer og undervisningsmaterieell på tvers av enheter samt få faglig påfyll, jf. innspill i workshop til fagansvarlige sykepleiere.

Prosjektets vurdering er at arbeidet med bruk av «Fagmenyen» fra pilot HeltOm 2.0 og etablering av de de fagansvarlige som «fagteam» må videreføres i alle enheter.

6.13 Spesielt om sykepleiere i HT

HeltOm i videreutviklet modell representerer også forandringer for sykepleiere i HT. I tillegg til deres nye veiledende rolle i primærområdemøter i OT, ser vi at de tar over eller deler flere av de fagansvarlige sine tidligere arbeidsoppgaver. Eksempler på dette er brukertelefon, oppfølging av rapport i HT og OT, fordeling og omfordeling av egne lister, samt oppgaven mottak av nye pasienter. Dette er oppgaver i tillegg til medisinrom og behandling av e-meldinger. I HT defineres dette som ulike arbeidsstasjoner og betegnes som «inneoppgaver». I omorganiseringen erfarer vi at dette er arbeidsoppgaver som er ukjent for mange sykepleiere fra gamle avdelinger. For sykepleiere kan det være en stor overgang å gå til videreutviklet modell, og mye nytt skal mestres.

Tilbakemeldingene fra sykepleierne er gode når strukturen rundt fordeling av inneoppgaver og oppdrag ute på liste har fått satt seg, samtidig som flere fungerer og mestrer nye arbeidsoppgaver. Det rapporteres om et godt arbeidsmiljø. De fleste trives bra til veldig bra. I samtaler forteller sykepleiere de ikke ønsker seg tilbake til tradisjonell organisering. De trekker frem flere positive ting med et HT i videreutviklet modell.

Nye administrative oppgaver og mer faglige utfordringer er spennende. En sykepleier forteller: *«Nå føler jeg meg som ordentlig sykepleier. Jeg gjør mange sykepleieroppgaver jeg ikke gjorde i den gamle avdelingen. Jeg hadde aldri fordelt arbeidslister eller tatt imot en pasient i journalsystemet før jeg begynte i HeltOm. Det gjorde den fagansvarlige i min gamle avdeling. Dessuten var jeg den ferske sykepleieren og fikk de letteste sykepleieroppdragene. Nå får jeg utfordre meg selv, og jeg lærer stadig nye ting.»*

Mange sykepleiere reflekterer i samtaler over at de har fått en større forståelse for tjenesten og samarbeidende instanser gjennom «inneoppgaver» og tverrfaglige tavlemøter. Sykepleiere forteller at et tetter samarbeid med fysio og ergo har vært lærerikt og er bra for mange av pasientene. Spesielt nevner de pasienter med kroniske eller alvorlige sykdommer.

De forteller om et større fagmiljø, og at det er trygt å vite en ikke er alene sykepleier på vakt på kveld eller helg. En forteller: *«Før kunne jeg grue meg til ansvarsvaktene på helg. Noen ganger var det bare meg som sykepleier og jeg hadde ingen andre sykepleiere å spørre hvis jeg var usikker.»*

Sykepleierne er imponert over vaktkoordinator i OT, og sier de opplever samarbeidet stort sett som bra, men de mener OT må bli bedre på dokumentasjon.

Det som sykepleiere synes er den største utfordringen med HeltOm-modellen er omfanget av komplekse og krevende oppdrag og belastningen over tid med krevende pasientoppdrag. En sier: *«Noen dager er det få pusterom med lettere oppdrag innimellom, slik vi hadde før».* Det vil være av betydning hvordan sykepleiere blir koordinert og organisert innad i HT, som gjør at belastningen ikke blir for stor, og at det er en tilstrekkelig variasjon mellom «inneoppgaver» og å være ute på arbeidsliste.

Noen mener at det er en fare at HeltOm-modellen skal bli så generell, hvis ikke HT blir styrt; at en ikke får brukt sykepleiere med spesial kompetanse eller videreutdanning målrettet nok mot spesielle pasientgrupper, som kreft. En sykepleier uttrykker: *«Det er fint alle skal kunne alt, men vi må ikke glemme at folk har gjerne en videreutdanning.»* Alle sykepleiere sier de nå får brukt den generelle sykepleierkompetansen sin godt, men pasientoppdragene sin karakter i HT krever at arbeidslistene er tilpasset. Kompetansen i teamet må bli brukt på rett plass. Og sykepleiere må få tid til å dokumentere og koordinere arbeidet rundt pasientene.

Dette kan være noe som kan bli bedre når HT blir mer etablert, og ansatte kjent med hverandre sin kompetanse. Størrelsen på HT vil ha betydning for grad og mulighet til selvstyre, uten en fagansvarlig sykepleier.

Det er et utvalg av sykepleiere i hvert HT som har fått opplæring og tilgang til funksjon «mottak av nye pasienter» i journalsystemet. Flere mener det bør åpnes for alle sykepleiere som har fått opplæring til å gjøre dette. De mener det vil gjøre HT mindre sårbar ved at flere kan utføre dette.

Der sykepleier ikke kjenner pasient fra før, forteller sykepleiere at de bruker mye ekstra tid til å lete etter informasjon ved behandling av e-meldinger. Sykepleiere er derfor tydelige på at intern organisering i HT i en størst mulig grad må rigges rundt de geografiske områdene sykepleierne er fordelt på. Dessuten bør det være en viss kontinuitet i å sitte på de samme arbeidsoppgaver inne noen dager av gangen. Dette gjelder for eksempel på fordeling av arbeidslister.

6.13.1 Delkonklusjon

I HeltOm kan tjenesten spisse bruken av sykepleierkompetansen. HT danner et stort og godt fagmiljø. Arbeidet i HT representerer mer fysisk variasjon enn tidligere, men den psykiske belastningen kan bli større. Enhetene bør ha interne tiltak mot dette. Det er en fordel at flere av arbeidsoppgavene kan løses av sykepleierne selv, uten å må gå veien gjennom en fagansvarlig sykepleier. Flere sykepleiere bør bli gitt tilgang til oppgaven «mottak av nye pasienter» i Profil.

Et HT som er geografisk inndelt mot OT, synes også å ha positive resultat opp mot samhandling og primærarbeid, jf. kap. 5.

Prosjektet vurderer at det ligger et stort uforløst potensial knyttet til å koordinere og bruke sykepleiernes kompetanse mer målrettet mot pasientgrupper. Tjenesten må legge til rette for at de med videreutdanninger blir brukt aktivt. Prosjektet savner at fagansvarlige i en større grad involverer sykepleiere i HT i undervisning og opplæring. Selv om dette som hovedregel er en fagansvarlig oppgave, kan sykepleiere i HT med fordel involveres mer.

På generelt grunnlag kan vi si strukturer og samhandling i HT, under en videreutviklet modell, fortsatt er under utvikling. HT har enda ikke funnet sin mest gunstige form. Arbeidet krever god faglig ledelse, og at avdelingsleder har mulighet til å ha oversikt over pasienter og ansatte, jf. kap. 5 og kap. 6.16.2. Der HT blir for store, og det samtidig ikke er mulig for HT å hente ut rapporter på egne pasienter i journalsystem, oppstår det utfordringer. Disse utfordringene kan gjøre at nye tilførte arbeidsoppgaver til avdelingsledere og sykepleiere i HT blir mindre effektivt utført. Det gjør HT mer sårbart.

6.14 Helsefagarbeidere og assistenter.

Innsiktarbeidet viser at både helsefagarbeidere og assistenter overtar flere nye arbeidsoppgaver og tar mer faglig ansvar i OT. Dette i enheter som jobber i vanlig HeltOm og videreutviklet modell. Erfaringene tilsier at der assistenter blir vurdert som egnet og har fått god opplæring, kan de fungere godt som vaktkoordinator og primærkontakter i OT. Den nye organiseringen melder ansatte i OT oppleves som positiv og motiverende. Der assistenter har begynt å fungere som vaktkoordinator har det ikke vært meldt om uro i team, eller at det har oppstått en intern profesjonskamp. Det gjør driften i OT mer fleksibel. Flere kan dele på de samme arbeidsoppgavene.

Det er likevel viktig å understreke at det fremdeles vil være en forskjell på en helsefagarbeider og en assistent. Det er viktig å prioritere at det er nok helsefagarbeidere i OT til å dekke fagoppdragene ute på arbeidslistene.

Det er trolig en fornuftig utvikling at de administrative oppgavene ikke kun skal kunne utføres av helsefagarbeidere. Team risikerer da at administrative oppgaver inne kan gå på bekostning av fagoppdragene ute. Dette vil igjen henge sammen med hvor god fagdekning det er i et OT.

Vi må være oppmerksomme på at det ikke utvikler seg en kultur der oppgavene inne i team er mer attraktive, fordi en assisterer avdelingsleder, enn det å gjøre oppdrag ute på arbeidsliste. Videre må vi erkjenne det tar tid for ansatte i OT å bli god på fordeling. Å lage arbeidslister som er mest mulig økonomisk effektive, og samtidig ivaretar spesielle hensyn til ansatte og pasienter, er mer enn bare det tekniske. God og tett oppfølging fra en

avdelingsleder og en fagansvarlig vil være av betydning for hvor raskt ansatte i OT vil komme inn i nye tilførte arbeidsoppgaver.

6.14.1 Delkonklusjon

Dersom det skal opprettes nye omsorgsteam, i en videreutviklet modell, vurderer prosjektet en ikke bør starte opp et nytt OT uten at 50% av de ansatte er helsefagarbeidere. Dette for å sikre godt nok dekning på fag i forhold til OT-oppgaver. Det er videre viktig at 4-5 ansatte har fått god opplæring i forkant og ved oppstart kan fungere godt i VK- rolle, jf. kap. 5. Bruk av assistenter som vaktkoordinator må evalueres.

6.15 Spesielt om klinisk avansert sykepleie

Sykepleiere med klinisk avansert sykepleie har en spesialkompetanse rettet mot pasienter med store og sammensatte behov, som kan trenge langvarig oppfølging fra to eller flere tjenester. Disse pasientene vil ofte ha rett på individuell plan (IP)¹⁵. Videre er masteren praktisk, og spesielt rettet mot å kunne yte og samhandle som sykepleier rundt pasienter i et tverrfaglig perspektiv. Disse sykepleierne har dessuten inngående kunnskap om farmakologi og medisiner.

Innsiktarbeidet har vist at det er et behov for en type ressurs-sykepleiere, som kan fange opp de pasientene som ikke er rammet av kreft eller ALS. Eksempler på dette er MS, Parkinson og pasienter med revmatiske skjelett og muskelsykdommer. Vi ser et behov for at noen spesielle sykepleiere kan fange opp og følge de pasientene som er i en tidlig fase av livsstilsykdommer. Her vil en klinisk avansert sykepleier kunne komme inn tidligere i forløpet, og iverksette tiltak for å utsette forverring, for eksempel pasienter med diabetes.

Hjemmetjenesten administrerer og doserer medikamenter til svært mange pasienter i året. Det er helt klart et behov for noen, som i dialog med pasient, lege og pårørende, har kompetanse til å kunne reflektere over mulige bivirkninger og uheldige kombinasjoner av medikamenter. En kompetanse som strekker seg utover det en vanlig sykepleier kan.

Masteren ble i sin tid opprettet på bakgrunn av et meldt behov fra kommunene selv. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket dette var en utdanning, og stilling, som kommunene skulle prioritere og implementere i sine tjenester. Ulike kommuner har løst det på ulike måter. I vår etat har vi 3- 4 sykepleiere med utdanning i klinisk avansert sykepleie.

6.15.1 Delkonklusjon

I lys av de positive erfaringene tjenesten har med ressurs-sykepleiere opp mot kreft og ALS pasienter, vurderer prosjektet en kan foreslå en liknende type stilling for sykepleiere med klinisk avansert sykepleie. Prosjektet foreslår en klinisk avansert sykepleier i hver enhet. Disse skal ha et fokus på andre pasientgrupper med komplekse og sammensatte behov, og pasienter med livsstilsykdommer. Pasientgruppene favnes ikke av dagens ressurs-sykepleiere. Ressurs-sykepleiere har i 20% av stillingen sin avsatt til eget arbeid.

Det vil videre være naturlig at sykepleiere med klinisk avansert sykepleieutdanning er en del av teamene sine tverrfaglige tavlemøter, og blir invitert inn til disse etter behov, basert på type pasientcase som blir tatt opp. De kan også fungere som enhetenes koordinatører for pasienter med individuell plan. Videre anbefaler prosjektet at de brukes aktivt opp mot spørsmål knyttet til medisiner og mulige bivirkninger. I likhet med andre sykepleiere med spesial og videreutdanninger representerer sykepleiere med klinisk avansert sykepleie en kunnskap og kompetanse som bør brukes mer til opplæring av ansatte i HT og OT. Dette sammen med eller koordinert av fagansvarlige sykepleiere.

Videre anbefaler prosjektet at kommunen også ser på muligheten for å bruke klinisk avansert sykepleie inn mot tjenesten vurderingsteam i Etat for vurdering og rehabilitering og evt. avlastings- og rehabiliteringsopphold.

¹⁵ IP er en forkortelse for individuell plan. IP er en lovpålagt rett til koordinasjon av tiltak og tjenester rundt pasienter med langvarige og sammensatte tjenestebehov.

Sykepleiere med klinisk avansert sykepleie er naturlige kandidater til stillinger som avdelingsledere i HT, fagansvarlige sykepleiere og sykepleierfaglig konsulent.

Prosjektet har ikke sett på stillingskode. Dette lå utenfor prosjektets mandat.

6.16 Organisatoriske rammer for roller i endring

Erfaringene fra implementeringsarbeidet har vist at det viktigste enhetene kan gjøre for å sikre en best mulig oppstart i HeltOm-modellen er å prioritere opplæring og forberedelse av ansatte i forkant av omorganisering. Spesielt i nye tilførte arbeidsoppgaver og/eller roller. Dette gjelder i OT og HT. Å legge til rette for gode lokale og interne rutiner i team og på tvers av team har også betydning for rolleklarhet.

Ikke alt kan forberedes. Noe har også blitt fulgt opp og tatt gradvis i etterkant. Betydningen av at et overtall av ansatte i hvert team er trygge nok på å utføre nye tilførte arbeidsoppgaver før omorganiseringen er viktig. En har blant annet gode erfaringer med at yngre ansatte, som ofte tar det digitale raskere enn gjerne eldre kolleger, sitter sammen. Den yngre kan lære den eldre opp.

I HeltOm 3.0 ble det gjort en god og grundig jobb opp mot VK- rollen i begge enheter. Dette kan ha vært en av grunnene til at lokalisasjon Laksevåg mestret å gå rett på den videreutviklede modellen. OT var godt forberedt. Avdelingsledere i OT hadde flere ansatte i eget team som kunne bistå med administrative oppgaver inne i team.

Noe overraskende erfarer prosjektet, at i de enhetene som jobber i den videreutviklede modellen, er ikke mostanden rettet mot den nye oppgavedelingen og nytt innhold i roller. Mange ledere og ansatte setter søkelys på rammene rundt den nye oppgavefordelingen, det vi kan kalle for organisatoriske rammebetingelser. Disse kan påvirke ansattes opplevelse av mestring og grad av effektivitet i nye roller og oppgaver.

De fem områdene som skiller seg ut innsiktarbeidet er:

- bemanningsutfordringer
- begrensinger i journalsystemet for HT
- mulighet for fleksibilitet knyttet til bruker/publikumstelefon
- dimensjonering av team størrelser
- dimensjonering av antall fagansvarlige fordelt på antall team

6.16.1 Bemanningsutfordringer

Flere OT har store bemanningsutfordringer. De strever med å ha en god nok fagdekning i team. Avdelingsledere i flere OT forteller de bruker store deler av arbeidsdagen på drift og å ha nok folk på jobb. Det handler om å ha nok helsefagarbeidere til å dekke fagoppdrag.

Flere avdelingsledere har ikke vært motvillig til å dele på og overta noen av de fagansvarlige sine tidligere arbeidsoppgaver, men som en leder sa: «Dagene går med til å fylle hull i vaktboken».

Prosjektet vurderer at bemanningsutfordringer er en risiko for teamets kvalitet, samtidig som det gjør noe med avdelingslederrollen sitt omdømme. Personell som søker seg til en avdelingslederroller ønsker å lede; de vil bygge et team og se resultat. For mange oppleves det demotiverende å bruke store deler av arbeidsdagen på å skaffe vakter og rekruttere.

Noen avdelingsledere melder i workshop, ønske om at rekruttering blir en stabsfunksjon for å avlaste trykk i OT. Dette var uavhengig om ledere jobbet i en videreutviklet modell eller ikke. Andre ledere mente muligheten til selv å påvirke hvem de vil ha i eget team ikke burde delegeres vekk fra avdelingslederrollen. Det er med andre ord delte meninger. En erfarer i lokalisasjoner hvor avdelingsledere samarbeider om bemanning, på tvers av team, gjør det bemanningsarbeidet lettere. Lokalisasjonen kan hente ut stordriftsfordeler ved å være samlokalisert.

6.16.2 Begrensinger i journalsystem for HT

Det har i store enheter blitt meldt om til dels store utfordringer opp i dagens journalsystem, og mangel på mulighet for HT til å ta ut rapporter på egne pasienter. Journalsystemet er bygget opp rundt pasienters geografiske tilhørighet. HT ligger som en geografisk «paraplyavdeling» over alle OT på hver lokalisasjon. Navn på HT sine pasienter kommer i i rapport ut mellom navn på OT sine pasienter. På den måten er det vanskelig

for HT å få lett tilgang på informasjon om egne pasienter. Særskilt gjelder dette store HT. Dette har blitt meldt som en risiko og har ført til avvik. Det er lett å glippe. Informasjon forsvinner i mengden.

Slik systemet fungerer i dag støtter ikke journalsystemet HeltOm sine nye arbeidsprosesser og organisatoriske oppbygging. Journalsystemer er rigget for de gamle og blandede avdelingene med en fagansvarlig i team. Avdelingsledere i store HT sier dette gjør det vanskelig for de som ledere å ha god nok oversikt og å styre personell målrettet.

6.16.3 Mulighet for fleksibilitet knyttet til publikum/bruker telefon?

En annen utfordring som blir løftet opp fra Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen / Laksevåg, er kravet til etat og enheter om at publikumstelefonen skal være tilgjengelig 24/7. Det er et stort trykk på publikum/bruker telefon. Ikke alle samtaler er like akutte. I en videreutviklet modell blir avdelingsledere OT, i deler av formiddagen, sittende igjen alene med telefonen til teamet. Arbeidsdagen blir ofte stykket opp. Det blir ikke vurdert av prosjektet som en god løsning at henvendelser på publikumstelefon sluses videre til ansatte som er ute på arbeidsliste. Det kan oppstå utfordringer opp mot til taushetsplikt. Prosjektet støtter enheten i at det fremmes løsninger som gjør at trykket på publikumstelefon reduseres. For eksempel at pasienter og pårørende blir bedt om å ringe tilbake på et visst tidspunkt på dagen. Dette relatert til de henvendelsene som ikke er akutte. Det som er akutt, vil fremdeles kunne slippe igjennom og bli besvart på publikumstelefonen. Den skisserte løsningen vil kunne være et viktig tiltak for å gi avdelingsledere og vaktkoordinatorer gode rammer i ny arbeidshverdag. Alternativt kan enheten se på mulighet for en felles merkantil ressurs.

6.16.4 Dimensjonering av teamstørrelser

Vi ser at en videreutviklet modell er ekstra sårbar ved overdimensjonering av antall arbeidslister i HT og OT. Den fungerer best i mindre team.

I HeltOm 2.0 ble det sagt at OT burde ligge på mellom 10-13 arbeidslister. Når OT har 13-16 arbeidslister kan det bli utfordrende å ha god nok oversikt alene som avdelingsleder. Dette forsterkes dersom det er mangel på helsefagarbeidere. Store OT er også mer sårbar for plutselige økninger i pasientgrunnlag.

Vi ser at modellen fungerer best i et HT som ikke server et for stort geografisk område, som medfører mye ekstra kjøretid eller et for stort pasientgrunnlag som de skal ha oversikt over.

6.16.5 Dimensjonering av antall fagansvarlige fordelt på antall team

Basert på innsikten fra de ulike enhetene vurderer prosjektet om det vil være hensiktsmessig at etaten legger til grunn en dimensjoneringsnøkkel for antall fagansvarlige fordelt på antall team. Erfaringene tilsier at et redusert antall vil kunne fungere som en katalysator på oppgavegliding, der team blir nødt til å fungere mer selvstendig og ansatte ta ansvar for nye arbeidsoppgaver. Hittil har ikke dette vært et krav fra etaten. Målet om ikke å bli flere ledere, sammenlignet med det antallet ledere enhetene hadde før omorganisering, har hittil vært målestokken. Dette har ført til at enhetene har en ulik dimensjonering. De enheter som har kommet ut av omorganiseringen med et likt antall team, som tidligere avdelinger, har derfor en fagansvarlig for hvert team. De enhetene som har økt antall team, har enten valgt å konstituere midlertidig en fagansvarlig pr. team eller å redusere antall fagansvarlige sykepleiere fordelt på antall team. Prosjektet vurderer at å redusere antall fagansvarlige, på en måte som gjør at ikke hvert team vil kunne ha «sin egen fagansvarlige» bundet opp, lettere vil sette fortgang i prosessen oppgavegliding. Dette er noe etaten bør se på i fortsettelsen.

Videre må etaten være oppmerksom på at fagansvarlige i tjenesten sitt økonomisystem teller og regnes som vanlige sykepleiere under HT. Dette vil også kunne gi et litt feil bilde av antallet sykepleiere i hvert HT, og hvordan sammenlikne bemanningen mellom ulike HT.

6.17 Faktorer som kan påvirke oppgavedeling- og forskyving

Basert på en samlet vurdering av innsiktsarbeidet mener prosjektet å ha identifisert følgende faktorer som kan påvirke ansattes evne og mulighet til å jobbe effektiv med ny oppgavedeling- og forskyving i anbefalt HeltOm modell. Dette er faktorer som kan fremme eller virke hemmende på ønsket utvikling. Trolig vil disse faktorene også kunne overføres til andre tjenester i helse- og omsorg.

Faktorene kan deles inn i tre hovedområder:

1. Organisasjon og struktur
2. Ledelse og styring
3. Roller og kompetanse

Tabell 6: Viser oppsummering av faktorer som kan virke til å fremme oppgavedeling- og forskyving i HeltOm

Faktorer som kan virke til å hemme oppgavedeling- og forskyving i HeltOm	
Organisasjon og struktur	<ul style="list-style-type: none"> - overdimensjonerte OT og/eller HT - journalsystem forblir som i dag hvor, HT ikke kan hente ut rapporter på egne pasienter - ikke tilstrekkelige frigjorte fagansvarlige sykepleiere til å drive opplæring i team - krav til tilgjengelighet på publikums telefon 24/7, uten mulighet til differensiering av type henvendelser - ikke oppdaterte stillingsbeskrivelser, prosedyrer og rutiner i henhold til valgt HeltOm modell - sykepleiere i HT ikke gitt tilstrekkelig nye tilganger og/eller mangelfull opplæring i nye arbeidsoppgaver - beslutning om HeltOm modell eller dimensjonering av fagansvarlige ressurser pr. team utsettes, enheter får fortsette å utvikle egne praksiser - ikke tydelige anbefalinger til prosentandel på fagdekning i OT - et ikke velfungerende primærkontaktsystem - prinsipper for samhandling mellom HT og OT forblir tilfeldig eller uklare - mangelfull dokumentasjon
Ledelse og styring	<ul style="list-style-type: none"> - avdelingslederrollen forblir økonomi og personalledelse, på bekostning av behov for mer faglig ledelse i team - ulikskap i belastning og arbeidsoppgaver mellom avdelingsledere i HT og OT - kultur som holder fast ved «arven fra gammel organisering» med styring og kontroll, samt tradisjonell forståelse av oppgavefordeling og ansvar mellom faggrupper og roller - utrygghet og/eller ansattes opplevelse av mangel på tillit fra leder i team til å mestre nye arbeidsoppgaver - mangel på psykologisk trygghet og tillit fra leder eller kolleger
Roller og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - mangelfull opplæring og oppfølging av ansatte og ledere i nye arbeidsoppgaver og roller

Tabell 7: Viser oppsummering av faktorer som kan virke til å fremme oppgavedeling- og forskyving i HeltOm

Faktorer som kan virke til å fremme oppgavedeling- og forskyving i HeltOm	
Organisasjon og struktur	<ul style="list-style-type: none"> - riktig dimensjonerte OT og HT, som er ikke er for store eller uoversiktlige - et redusert antall fagansvarlige i forhold til antall team - endringer i journalsystemet, som gjør at HT kan ta ut rapporter på egne pasienter - flere sykepleiere i HT med tilgang til oppgaven «mottak av ny pasient» - differensiering av henvendelser i publikumstelefon, som frigjør tid og fokus til arbeidsoppgaver for avdelingsledere og VK- rolle i OT på dag og kveld - klare prinsipper for samhandlingsstruktur mellom OT og HT relatert til: gråsonepasienter, overføring av pasienter mellom team, bemanning, bruk av fagansvarlige til opplæring og undervisning - god bemanning- og fagdekning i begge typer team, som står i forhold til dimensjonering og pasientoppdrag - videreføring av tverrfaglige tavlemøter i henhold til ny og oppdatert rutine i HeltOm 3.0 - HT er tilgjengelig for spørsmål, og henvendelser fra OT - enheter med velfungerende primærkontaktsystem med primærområdemøter - god og systematisk dokumentasjon
Ledelse og styring	<ul style="list-style-type: none"> - til faglig ledelse i OT og HT - prinsippene i tillit- og faglighetsreformen som styrende for HeltOm praksis - ledere med tilstrekkelig og uforstyrret tid til egne arbeidsoppgaver - lik ledelsespraksis i OT og HT - fokus på en kultur som fremmer økt ansvar og tillit og endringskapasitet hos ansatte, med et mål om mest mulig selvstyrte team og tjenester av høy kvalitet

	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleierfaglige konsulenter fortsetter ha å jevnlig møtepunkt med veiledning av fagansvarlige sykepleiere - psykologisk trygghet i team
Roller og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - prosedyrer, tydelig på funksjon og arbeidsoppgaver, som ansatte har hovedansvar for og/eller medansvar for og der oppgaver deles med andre - kravspekk sjekklister for kompetanse for hver rolle inkl. avdelingsledere, jf. kap.5. - Innføring av mer fleksitid for fagansvarlige sykepleiere - et kontinuerlig kompetansehevende arbeid i henhold til roller og nye tilførte arbeidsoppgaver for ALLE ansatte og ledere i HeltOm

6.18 Vurderinger, de viktigste anbefalingene og konklusjon

Delprosjektet har vært vellykket og bidratt til en høy grad av innsikt og organisatorisk læring, samt hatt en høy grad av ansattmedvirkning. I prosjektrunde HeltOm 3.0 ser vi det har skjedd en ytterligere oppgavegliding- og deling i modellen. Dette mellom faggrupper og roller. Den har endret seg og er i utvikling. Hovedsakelig har utviklingen skjedd i de enhetene som har innført videreutviklet HeltOm modell. Prosjektet erfarer at flere arbeidsoppgaver kan utføres eller deles mellom grupper av ansatte. Tjenesten kan løse oppgaver og pasientoppdrag på enda lavere nivå, og på en mer bærekraftig måte enn tidligere. Den nye oppgavedelingen bygger team med økt fleksibilitet og selvstendighet, samtidig som alle ansatte får tilført ny og økt kompetanse. Ansatte tilbakemelder de opplever høy grad av trivsel og mestring når modellen har blitt innarbeidet på lokalisasjonene.

HeltOm krever at alle ansatte må tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper. Faggrupper og profesjoner får tilført kompetanse, som strekker seg utover den formelle kompetansen de har fått gjennom skole og utdanningssystem. I HeltOm må også assistenter kunne utøve fag. Under HeltOm-modellen har Bergen kommune tatt et økt ansvar som arbeidsgiver. Kommunen skal sikre at ansatte har den kompetansen de trenger for å fylle nye tilførte arbeidsoppgaver og roller i HeltOm. Dette blant annet gjennom en egen plan og et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse.

I videreutviklet modell utfører alle ansatte arbeidsoppgaver som i tradisjonell organisering var forbeholdt ledere og fagansvarlige sykepleiere. Vi erfarer at utvalgte og opplærte assistenter fint kan fungere i VK- rollen i omsorgsteam, men at dette må evalueres videre.

Ved prosjektets avslutning praktiseres HeltOm ulikt i enhetene. I tre av fem enheter har det ikke skjedd en endring i oppgavedeling, sammenliknet med løsnings jobbet frem i første pilot 2019. Prosjektet anbefaler at etatens bestilling til enhetene om å innføre en videreutviklet modell står fast. Denne løsningen kan i en større grad sies å svare ut prinsippene i tillits- og faglighetsreformen, samt prosjektets overordnede målsetting om bærekraft og mest mulig selvstyrte team.

Ansatte har opplevd uklarhet rundt egne roller, og at stillingsbeskrivelser ikke samsvarer med HeltOm-modellen. Valg av HeltOm modell får følgelig konsekvenser for hvilke arbeidsoppgaver og forventinger, som kan knyttets til de ulike faggruppene og rollene i HeltOm. Prosjektet anbefaler at nye stillingsbeskrivelser, prosedyrer og rutiner oppdateres i henhold til de erfaringer som er gjort i enheter med videreutviklet modell. Det er videre viktig at styrende dokument skiller på hvem som har hovedansvar eller medansvar for arbeidsoppgaver, der arbeidsoppgaver deles mellom faggrupper eller roller.

Delprosjektet har videre identifisert faktorer som kan virke til å hemme eller fremme oppgavedeling- og gliding i HeltOm. Kommunen anbefales å være oppmerksom på disse faktorene i sitt videre arbeid med oppgaveforskyving i tjenestene. Noen av faktorene kan betegnes som organisatoriske rammebetingelser. Betingelsene erfarer prosjektet kan påvirke ansattes evne og mulighet til å jobbe effektivt, og etter anbefalt HeltOm-modell.

Utfordringer med overdimensjonerte team og at dagens journalsystem ikke tilstrekkelig understøtter ny tjenestemodell HeltOm, utmerker seg som andre negative faktorer.

En reduksjon av antall fagansvarlige fordelt på antall team, blir i innsiktarbeidet trukket frem som en faktor som kan virke «katalyserende» og positivt på oppgavedeling- og oppgavegliding i en videreutviklet modell.

Prosjektet argumenter for at «*arven fra tidligere praktisering og tradisjonell organisering*» utfordres i en HeltOm-modell. Under en HeltOm organisering trenger tjenesten mindre todelt ledelse og mer hybridledelse.

Modellen passer best for ledere som kan kombinere faglig ledelse, med personal, økonomi og administrasjon. Dette er en naturlig konsekvens av en flatere lederstruktur med mindre team. Avdelingslederen er i ny modell den av de ansatte i OT med den høyeste faglige kompetansen. Videre vurderer prosjektet at det er behov for ledere under en HeltOm modell, som evner å favne en mer tillitsbasert lederstil, og som er mindre opptatt av styring og kontroll.

At flere arbeidsoppgaver kan utføres av ulike faggrupper og roller, vurderer prosjektet som en ønsket utvikling og naturlig konsekvens av tillit og faglighetsreformen. I videreutviklet modell utfører alle faggrupper tidligere lederoppgaver. Prosjektet løfter opp faren med at arbeidsoppgaver og faglig ansvar, som tidligere var forbeholdt ledere i tradisjonell organisering, skal bli brukt til å legge premisser for forståelse av ledelse og fremtidige lønnskrav. Dette vil kunne slå bena under den økonomiske bærekraften til HeltOm-modellen.

Prosjektet vurderer det er et stort effektivisering og gevinstpotensial i den foretrukne videreutviklede HeltOm-modellen. Effektivitet vil trolig tilta etter hvert som flere enheter kommer inn i modellen, og ansatte blir trygge i nye tilførte arbeidsoppgaver, og ved at rammebetingelsene blir bedre tilpasset arbeidsprosessene i modellen.

6.18.1 Leveranse

- Delrapport «Roller i endring»¹⁶

7 Delprosjekt «Ansvarsvakt versus vaktkoordinator»

7.1 Bakgrunn for delprosjektet

Rollen som vaktkoordinator i OT ble etablert i HELTOM for å ha en ansvarlig rolle i det enkelte OT på kvelder og helger. Rollen skulle ha ansvar for å koordinere ansatte på vekten i teamet og søke bistand fra ansvarsvakten i HT når det var vurdert et behov for dette. Prosjektet så at HeltOm-modellen var i stadig utvikling og vurderte at det var behov for å få en tydeligere kartlegging og differensiering av rollene ansvarsvakt og vaktkoordinator.

7.1.1 Prosjektgjennomføring og endringer

Det ble opprettet en delprosjektgruppe. Arbeidsgruppen fikk et eget mandat fra styringsgruppen. Det ble utarbeidet handlingsplan. Arbeidsperioden ble satt fra november 2023 til ut april 2024.

Mandat:

Arbeidsgruppen skulle utarbeide en sammenlignbar differensiering av rollene ansvarsvakt versus vaktkoordinator i OT og HT med et spesielt fokus på arbeidsoppgaver og ansvarsområder som skulle avklares. Det skulle spesielt sees på forskjeller i rollene under samlokalisering versus ikke samlokalisering. I tillegg var det ønskelig å se på betydningen av enhetens størrelse opp mot behovet for antall ansvarsvakter i HT.

Det lå ikke inne i prosjektet sitt mandat å vurdere hvor mange OT som maksimalt bør knyttes opp mot ett HT eller hvordan rollene ansvarsvakt og vaktkoordinator fungerer i resterende HeltOm enheter. Delprosjektet var planlagt til å favne alle HeltOm 2.0 enhetene, men ble begrenset til to enheter; Fana/Ytrebygda som gjennomførte piloten med endring av fagansvarlig rollen, og Bergenhus som ikke var samlokalisert. Enhet Årstad ble forhindret fra å delta i intervjuene, men enheten har deltatt på høringsrundene. For å få en beskrivelse av dagens situasjon, intervjuet de to sykepleiefaglige konsulentene åtte vaktkoordinatorer og tre ansvarsvakter i Bergenhus og Fana/Ytrebygda etter en intervjuguide. Prosjektleder skulle videre bearbeide innsamlet materiale. Delprosjektet har rapportert inn på framdrift til samarbeidsmøter med enhetslederne i HeltOm 3.0, etatsdirektør samt til prosjektet sin overordnede styringsgruppe.

¹⁶ Delrapport «Roller i endring, HeltOm 3.0»

7.2 Resultat fra innsiktsarbeid

Funnene i intervjuene viste et behov for å revidere de to sjekklister for ansvarsvakt og vaktkoordinator, prosedyren for ansvarsvakt i hjemmebaserte tjenester, samt utarbeide en ny prosedyre for vaktkoordinator.

De viktigste funnene fra intervjuene viste:

7.2.1 Opplevd ansvar i vaktkoordinatorrollen i OT

Vaktkoordinatorerne er teamets viktigste person for å sikre at teamet leverer forsvarlige helsetjenester på aktuell vakt. Faglig forsvarlighet handler om at helsefagarbeideren skal utøve sitt yrke på en faglig og etisk korrekt måte og i henhold til myndighetskrav og kommunens egendefinerte krav. Vaktkoordinatorernes opplevde handlingsrom henger sammen hvordan enhetene har fortolket hvilket faglig ansvar og hvilke arbeidsoppgaver som skal ligge til vaktkoordinatorrollen versus ansvarsvaktrollen gitt i de nåværende sjekklister for vaktkoordinator og ansvarsvakt samt føringer gitt i tillits- og faglighetsreformen.

Vaktkoordinatoren opplever et ansvar for alle ansatte på aktuell vakt i form av ivaretagelse på vakten. De opplever et ansvar både for hvordan teamet driftes på vakten og for at ansatte som bistår pasientene har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene på en korrekt måte. Vaktkoordinatorerne går egne pasientlister og håndterer selv pasienter som har redusert allmenntilstand gjennom observasjoner og undersøkelser. De tar målinger av pasientene, og de prioriterer hva som skal skje videre med pasienten. De vurderer om pasienten må ha bistand fra HT eller Legevakten. De kontaktes av assistenter når pasienten har redusert allmenntilstand. De rykker da ut og utfører målinger og vurderer pasientens helsetilstand. De bistår videre Responssenteret med alarmer og tar imot pasienter som kommer hjem fra sykehus/sykehjem.

Vaktkoordinatorerne har ansvar for å gå gjennom teamets huskeliste. Denne er ofte lang og genererer nye oppdrag og ekstra arbeid. Når de ansatte melder fravær i teamet, omfordeler de arbeidslister i Profil og må da vurdere hvilken kompetanse aktuelt oppdrag krever. Noen ganger innebærer dette at de må prioritere hvilke oppdrag som må gjennomføres og hvilke som må utgå. Teamet har utarbeidet en prioriteringsliste som benyttes. yOT består av ansatte med ulik kompetanse; oftest er det få fagarbeidere og mange ufaglærte. Vaktkoordinatoren må sørge for faglig forsvarlighet og «se» den enkelte fag – og ufaglærte opp mot behovet for kompetanse hos pasientene. Vaktkoordinatorerne vurderer også om det utløses overtid ved innleie av vikar og vil så langt som mulig velge en annen til vakten. Når den ansatte blir tildelt et oppdrag vedkommende ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre, må vaktkoordinator omfordele oppdraget. Når den ansatte oppleves vanskelig å forstå, grunnet språkutfordringer, må vaktkoordinatoren gå gjennom oppdraget med den ansatte og ved fortsatt usikkerhet, må den ansatte få et annet oppdrag. Ofte ved språkutfordringer må vaktkoordinatoren sørge for at den ansatte faktisk har forstått det de har fått beskjed om.

7.2.2 Opplevd ansvar i ansvarsvaktrollen i HT

Ansvarsvakten har det sykepleiefaglige ansvaret i sitt HT og de OT som er tilknyttet HT. Dette ansvaret beskrives i hovedsak som behandling av e-meldingene som gjelder pasienter i HT og de OT som ligger i samme geografiske området. Det er kun sykepleiere som kan behandle disse. E-meldingene har økt i mengde, noe som er avhengig av antall OT som er tilknyttet HT. I tillegg bruker de lang tid på å lese seg opp på rapport og har mange telefoner fra vaktkoordinatorer, andre ansatte i OT og fra pasienter og pårørende.

Ansvarsvakten opplever at de har større ansvar da de har flere pasienter enn i tradisjonell organisering, og flere alvorlig syke er samlet i ett team. Alle pasientene krever sykepleiekompetanse. Flere sykepleiere uttrykker at «faglig kompetanse har en annen betydning i HT». De kan ikke avlyse oppdrag og må alltid passe på at det er et tilstrekkelig antall sykepleiere på vakt slik at pasientsikkerheten ivaretas. Ansvarsvakten eller sykepleiere bistår helsefagarbeiderne i OT med tilsyn av pasienter som har behov for sykepleiefaglig tilsyn. De bistår også responscenteret med alarmer. Det er mange ekstraoppdrag som krever koordinering og logistikk i løpet av en vakt.

Erfaring viser at det er større sirkulasjon av pasienter enn sykepleierne er vant til i den tradisjonelle organiseringen, og som ansvarsvakt må de oppdatere seg på nye pasienters journal. De beskriver at ofte går ikke

pasientene innom Vurderingsteamet da kjente pasienter med forverret helsetilstand går direkte til HT. Det samme gjelder også for palliative pasienter og rus/psykiatri med somatiske lidelser.

Det er meldt fra ansvarsvakter i Bergenhus at pasienter med avansert medisinsk teknisk utstyr i økende grad blir utskrevet til hjemmet, og det skjer at disse blir utskrevet på alle tider av døgnet. Dette er pasienter som skal til HT og ansvarsvakten og sykepleiere opplever dette som tidkrevende da pasientene ofte mangler både medisiner og utstyr når de kommer hjem. Ansvarsvakten er avdelingsleders stedfortreder og den eneste som kan beordre personell på jobb ved fravær eller bytte personell mellom teamene. På vakter hvor beredskapsplanen tas i bruk, er dette ansvaret definert i aktuelt aksjonskort i planen. Dette ansvaret innebærer eget HT og de OT som ligger i det geografiske område.

I intervjuer og i arbeidsgruppen uttrykte flere sykepleiere at det er imponerende på hvilken måte vaktkoordinatorene har tatt ansvar i rollen, har videreutviklet denne og hvordan de nå står i en selvstendig rolle samtidig som de utøver samhandlingen med HT. Det er ingen uttrykt bekymring for at vaktkoordinatorene går utover sin kompetanse.

Opgaver ansvarsvakten bistår OT med:

- dosetter og doseringer (mangler i dosett, tablett ligger på gulvet)
- tillatelse til å gi behovsmedisin
- pasientens helsetilstand, ting de ikke finner helt ut av om helsefagarbeideren er usikker, eksempelvis dårlige pasienter og sykepleierråd
- pasientbundet opplæring som insulin og kateter
- oppdrag og hjelp til koordinering grunnet sykefravær som ligger til rollen «Stedfortreder for avdelingsleder» er beordring av ansatte og flytting av personell mellom team

Stort sett opplever ansvarsvakten at henvendelser fra OT er relevante, men det er telefoner fra OT som de kunne løst selv. Dette gjelder oftest ekstravakter eller vikarer som ringer direkte til ansvarsvakten i stedet for til vaktkoordinator.

7.2.3 De sykepleiefaglige konsulentenes opplevelse av dagens vaktkoordinatorrolle

Etter gjennomført intervjurunde var det viktig å stille de to sykepleiefaglige konsulentene spørsmålet om vaktkoordinatorene har tatt for mye ansvar i den nye rollen. De svarte: «Vaktkoordinatorene har gjennom hele perioden tatt ansvar etter den kompetansen de besitter i øyeblikket. Dette har vært individuelt fra vaktkoordinator til vaktkoordinator innenfor enheten».

De viser til at enhetene har jobbet med å heve observasjonskompetansen i daglig praksis i mange år. Dette har vært en ønsket utvikling av praksis for å sikre faglig forsvarlighet. Grunnpilaren i vår drift har i mange år vært observasjonsskjema for vurdering av helsetilstand, arbeids- og beslutnings verktøyet NEWS2. Dette beslutningsstøtteverktøy er de ansatte opplært i som et arbeidsverktøy, og dette benyttes nå i alle teamene. Verktøyet inneholder blant annet en skala ut fra skåring i hvordan alle ansatte, både sykepleier/helsefagarbeider/assistent skårer aktuell pasient. Etter at den ansatte har funnet pasientens totalskår, veiledes den ansatte i egen tabell til ønsket respons ut ifra NEWS totalskår. Skjemaet forteller når den ansatte skal kontakte eksempelvis sykepleier eller lege.

Enheterne jobber også systematisk med andre verktøy for å utøve en faglig forsvarlig drift, også i samarbeidet mellom ansvarsvakt og vaktkoordinator.

I HeltOm har vaktkoordinatorene fått opplæring i ny organisering og nye roller av prosjektleder. For å oppnå nye dataferdigheter i journalsystemet (eks: fordeling og omfordeling av arbeidslister), har vaktkoordinatorene fått opplæring og blir tett fulgt opp av sykepleiefaglig konsulent, fagansvarlig og/eller avdelingsleder. Dette har spesielt vært et fokus i ukene etter ny organisering da rollen skulle implementeres. Etter omorganiseringen har dette vært et av teamene i peptalkene som prosjektleder har hatt i alle teamene.

De sykepleiefaglige konsulentene uttaler seg med bakgrunn i sin lange fartstid i hjemmebaserte tjenester hvor de er tett på tjenesten i sitt daglige virke. De opplever at det har vært utvikling av rollene ansvarsvakt og vaktkoordinator som en følge av at vår etat har valgt at alle enheter skal jobbe i en HeltOm-modell. I utviklingen av rollene ansvarsvakt og vaktkoordinator ser vi nå konsekvensen av den store oppgaveforskyvningen fra sykepleier til helsefagarbeider som er en følge av denne modellen. De sykepleiefaglige konsulentene opplever at dette er en forsvarlig utvikling da hjemmebaserte tjenester har systemer på plass for å sikre oppdagelse og behandling av avvik og uønskede hendelser som vil vise oss hvor kompetanseheving til personalet må settes inn. Enhetene følger i tillegg utviklingen gjennom risikobehandling og jobber systematisk med forbedringsarbeid.

7.2.4 Prosjektets oppsummering av innsikt

- Vaktkoordinatoren har helsefagutdanning og administrerer teamet innenfor føringer gitt i sjekklisten for vaktkoordinator samt rammene gitt i henhold til myndighetskrav og kommunens egendefinerte krav
- Vaktkoordinator har et stort faglig ansvar innenfor sitt kompetanseområde og det er forventet at vaktkoordinator tar dette ansvaret
- Vaktkoordinator har et ansvar for driften i sitt OT på vekten
- Oppgaver som kun ansvarsvakten utførte i tradisjonell organisering er overført til vaktkoordinatoren, eksempelvis selve rollen som administrator i OT, omfordeling av arbeidslister i OT og innleie av vikarer i OT. Dette utføres samtidig som de har en pasientarbeidsliste i Profil
- Vaktkoordinator kan alltid kontakte ansvarsvakten for sykepleierråd
- Ansvarsvakten har et større overordnet faglig ansvar enn tidligere da ansvaret rekker over et større geografisk område
- Ansvarsvakten har det sykepleiefaglige ansvaret i sitt HT og de OT som er tilknyttet HT, og benytter nå mer av tiden til å behandle e-meldinger for disse teamene enn i tradisjonell organisering. De må holde seg oppdatert på de nye pasientene som har kommet inn siden siste ansvarsvakt ved å sette deg inn i pasienten sin journal
- Ansvarsvakten opplever at de har større ansvar da de har flere pasienter enn i tradisjonell organisering, og flere alvorlig syke er samlet i ett team. I tillegg mottar de mange telefoner fra vaktkoordinatorer, andre ansatte i OT og fra pasienter og pårørende
- Ansvarsvakten eller sykepleier bistår helsefagarbeiderne i OT med tilsyn av pasienter som har behov for sykepleiefaglig tilsyn. De bistår også responscenteret med alarmer. Det er mange ekstraoppdrag som krever koordinering og logistikk i løpet av en vakt aAnsvarsvakten er avdelingsleders stedfortreder og den eneste som kan beordre personell på jobb ved fravær eller bytte personell mellom teamene
- Begge roller er ledere på vekten

7.2.5 Samlokalisering versus ikke samlokalisering

Alle enheter i kommunen er samlokaliserte unntatt Bergenhus. Her har teamene tre forskjellige lokasjoner med HT alene og to og to OT samlokalisert. I Fana er ett HT og tre OT samlokalisert, mens i Ytrebygda er ett HT samlokalisert med to OT.

Når det gjelder de to rollene ansvarsvakt og vaktkoordinator, så vanskeliggjøres all kommunikasjon på vekten av fysisk avstand mellom HT og OT. Imidlertid har Bergenhus hatt en god prosess for å kompensere for denne utfordringen, og risikoen ble akseptabel da prosjektet opprettet fire nye telefonforbindelser hvor hver vaktkoordinator i ett OT kan ha direktekontakt med en sykepleier i HT når det er behov for dette.

Dette kom frem under intervjuene av begge roller i Bergenhus:

- «Samhandling mellom HT og OT er utfordrende – vanskeliggjøres av avstand»
- «Savner at vi finner ut av ting sammen, dette vanskeliggjøres når vi kun møtes i telefonsamtale»
- «Mangler den uformelle dialogen som vi har ved samlokalisering»
- «Kjenner ikke hverandre på samme måte»

Teamene i Bergenhus i mangler den uformelle kontakten vi oppnår når teamene er i samme lokasjon. Foruten kommunikasjonen vanskeliggjør fysisk avstand mellom HT og OT legemiddelhåndteringen (LMH). LMH er mer tidkrevende for vaktkoordinatoren når det oppstår feil i medisin-dosetter. Dette kan typisk være feil i antall tabletter da tablett(er) har falt i gulvet eller pasient har tatt medisin fra feil dag. Da må den ansatte ta med dosetten til kontoret hvor på vaktkoordinatoren må levere dosetten til sykepleier i HT for retting.

7.2.5.1 Samarbeid mellom vaktkoordinatorene

Intervjuene med vaktkoordinatorene viser lite samarbeid mellom vaktkoordinatorene, uavhengig om de er samlokalisert eller ikke. Under 19 % tilbakemelder at de samarbeider, mens 56 % sier at de aldri samarbeider. De 44 % som samarbeider mer eller mindre gjør det når de har behov for bistand til oppdrag ved sykdom, deling av telefonlister til ansatte og ved lån av ledig bil. Som årsak sier ansatte: «Alle har sitt å holde på med».

7.2.5.2 Betydningen av enhetens størrelse opp mot behovet for antall ansvarsvakter i HT

Delprosjektet kartla betydningen av enhetens størrelse opp mot behovet for antall ansvarsvakter i HT i valgte enheter. Antall pasienter i Bergenhus var 539 i november 2023 mens i Fana og Ytrebygda var det registrert 756 pasienter på samme tidspunkt. En vil her kunne trekke den slutning at ansvarsvakten i Bergenhus håndterte 71% av det antall pasienthenvendelser som to ansvarsvakter i Fana og Ytrebygda håndterte til sammen.

Det tilbakemeldes om større belastning i Bergenhus. Ansaret gjenspeiles i antall e-meldingene som skal behandles i denne enheten grunnet det store omfanget av pasienter. I tillegg bruker ansvarsvakten inntil 1,5 vakt i helgen på å komme gjennom rapport som gjelder pasientene. Det er også større belastning med flere telefoner fra vaktkoordinatorene og fra ansatte, pasienter og pårørende i det geografiske området. I tradisjonell organisering hadde alle gruppene ansvarsvakt som behandlet e-meldinger i sitt team, telefoner fra ansatte, pasienter og pårørende i gruppen og de måtte reise ut på pasientoppdrag.

Prosjektet ba derfor sykepleiere som går ansvarsvakt i HT i Bergenhus om å beskrive opplevd ansvar i rollen:

- «Det er absolutt mer ansvar. En ansvarsvakt krever mer av oss i dag enn hva det gjorde før omorganiseringen. Før var vi ansvarsvakt for ca. 1/5 av de pasientene vi har i dag, og honoraret har ikke endret seg. Jeg tror det viktigste er å få frem at ansvaret er større og at rollen har endret seg betydelig. Det er også viktig å presisere at det vil gå ut over pasientsikkerheten hvis ansvarsvakten ikke er tilgjengelig på telefonen hele vekten, vi kan ikke ha oppdrag eller oppgaver utenfor kontoret slik vi kunne før»
- «Jeg tror det er enighet hos oss i hvert fall at vi kun ønsker en ansvarsvakt, men at det bør være en annen på jobb som enten er på medisinrom eller har lite på listen ute som kan avhjelpe med eventuelle utrykninger»
- «Jeg tenker at det er tilstrekkelig med en ansvarsvakt, da jeg er redd det hadde blitt uoversiktlig med to. Men det en stor bydel, så vi er helt avhengig av at ansvarsvakten ikke må gå ut fra kontoret. Ideelt har vi en sykepleier som ikke har liste ute og som kan rykke ut på alarmer og ta ekstraoppdrag»

7.3 Vurderinger, anbefalinger og konklusjon

Arbeid i delprosjektet har svart ut bestillingen til mandatet fra styringsgruppen til HeltOm 3.0 og overordnede funn viser:

- Vaktkoordinatorenes opplevde handlingsrom henger sammen med hvordan enhetene har tolket hvilket faglig ansvar og hvilke arbeidsoppgaver som skal ligge til vaktkoordinator rollen versus ansvarsvakt rollen gitt i de gjeldende sjekklister for vaktkoordinator og ansvarsvakt og føringer gitt i tillits- og faglighetsreformen, også der enheten ikke er samlokalisert. Det handler om mye mer enn administrasjon og koordinering i og mellom teamn
- Det tyder videre på at det har skjedd en ytterlig oppgavegliding med økt faglig ansvar fra sykepleier (ansvarsvakt) til helsefagarbeidere (vaktkoordinator) etter hvert som HeltOm-modellen har utviklet

seg og helsefagarbeidere har fått tilført økt kompetanse i vaktkoordinatorrollen. Det har vært en ønsket målsetning at de skal ha økt kompetanse

- Omfanget av ansvar og arbeidsoppgaver for ansvarsvakten har økt da de nå har det sykepleiefaglige ansvaret i sitt HT og de OT som er tilknyttet HT. Dette har også påvirket glidningen
- Sjekklister for ansvarsvakt og vaktkoordinator er revidert for å samsvare med gjeldende praksis og hverandre. Utgangspunkt for løsningene er hentet fra prinsippene i tillit og faglighetsreformen.
- Kvalitetssystemet vårt, BkKvalitet, viser at det ikke har vært alvorlige hendelser eller avvik som følge av at vaktkoordinatorer har påtatt seg ytterligere faglig ansvar
- I Bergenhus, hvor fire OT er knyttet opp mot ett HT, er det ønske fra sykepleierne om kun å ha én ansvarsvakt på jobb. Dette fordi det fort kan bli uoversiktlig med to. Ansvarsvakten må være tilgjengelig for telefoner på hele vekten grunnet ivaretagelse av pasientsikkerheten og kan ikke ha oppdrag eller oppgaver utenfor kontoret. I tillegg ser sykepleierne behov for en sykepleier på kveld og helgevakter som enten er på medisinrom eller har lite på listen ute og som kan rykke ut på alarmer og ta ekstraoppdrag
- I Bergenhus har enheten utarbeidet et eget flytskjema «Rutinen for elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgssystemet». Dette for å sikre at alle sykepleierne håndterer e-meldingene på samme måte. Flytskjemaet gir en oversikt over de praktiske oppgavene, den beskriver trinnene i prosessen og ansvaret til rollene ansattansvarlig for e-meldinger aktuell vakt og medisinromskontakt aktuell vakt. Etaten bør vurdere innføring av flytskjema «Rutinen for elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgssystemet» i hele etaten
- Enhetene bør ha fokus på større samhandling mellom OT-ene og HT-ene i tiden fremover for å utnytte ansattressursene bedre. Dette bør drøftes og håndteres på ledernivå

Delprosjektet vurderer det blitt gjennomført en grundig kartlegging av hvordan ansvarsvaktrollen og vaktkoordinator rollen fungerer i HeltOm. Arbeidet har vært vellykket, og bidratt til god og verdifull innsikt til forståelsen og arbeidet med HeltOm-modellen.

Prosjektet vurderer at vaktkoordinatorer i etablerte enheter tar et større faglig og administrativt ansvar enn ved oppstarten og innføringen av HeltOm. Det økte ansvaret for vaktkoordinator har skjedd uavhengig om enheter samlokalisert eller ikke, og om enhet fungerer i videreutviklede eller i den originale HeltOm-modellen. Dette har igjen bidratt til en økt grad av selvstyrte team.

Sammenliknet med tradisjonell hjemmesykepleie tar helsefagarbeidere et mye større faglig og administrativt ansvar nå enn tidligere. Den tilførte og nye kompetansen vurderes å ha hatt en positiv innvirkning på ansattes opplevelse av mestring, og bidrar til god kvalitet i tjenesten.

Det økte faglige og administrative ansvaret som vaktkoordinatorer tar ligger inn forbi deres tildelte og definerte faglige kompetanseområde.

Sykepleiere sitt overordnede sykepleierfaglige ansvar i ansvarsvaktrollen ligger fast i HeltOm. Den er ikke endret, men sykepleiere som ansvarsvakt i HeltOm har flere pasienter, et større geografisk område og flere alvorlig syke pasienter som de har ansvar for. Samtidig er det en trygghet for ansvarsvakt at de har vaktkoordinatorer i OT de kan samhandle med i det daglige. Prosjektet anbefaler etaten bør evaluere behovet for «støtteroller» til ansvarsvakt i store HT, for å kunne være nok tilgjengelig for OT og sikre tilstrekkelig trygghet for VK i OT. Prosjektet anbefaler at en her ser til erfaringer fra store og nye enheter i HeltOm 3.0.

Prosjektet anbefaler at innsikt fra delprosjektet, tas inn i etatens videre arbeid rutiner og prosedyrer for samhandling mellom OT og HT. Og at forslag til reviderte sjekklister for ansvarsvakt og vaktkoordinator implementeres i tjenesten i dialog med nye enheter i HeltOm 3.0. Vurdere innføring av flytskjema «Rutinen for

elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgssystemet» i hele etaten. Prosjektet oppfordrer også enhetsledernivå til et økt fokus på samhandling mellom OT-ene og HT-ene i sin enhet.

7.3.1 Leveranser:

- Delrapport «Differensiering av ansvarsvaktrollen versus vaktkoordinator rollen»¹⁷
- Reviderte dokument:
 - o Revidert EHBT Ansvarsvakt i hjemmebaserte tjenester
 - o Ny EHBT Vaktkoordinator i hjemmebaserte tjenester
 - o Revidert EHBT sjekklister for ansvarsvakt i Helsetjenesteteteam
 - o Revidert EHBT sjekklister for vaktkoordinator i Omsorgsteam

8 Delprosjekt «Veileder til kriteriene HSY (Hjemmesykepleie) og PBP (Praktisk bistand person)»

8.1 Bakgrunn

Kriteriene for fordeling av pasientoppdrag i HeltOm-modellen har holdt seg stabil siden oppstarten i første pilot. Kriteriene tar utgangspunkt i pasientdiagnoser og kodene for i hvilket team pasientoppdragene blir ført og registret i kommunens journalsystem. Likevel erfarte prosjektet og enhetene at det kunne være pasienter som det ikke alltid var like enkelt å definere på hvilket omsorgsnivå i HeltOm om de skulle tilhøre, og det var uklart om enhetene vurderte og arbeidet likt.

I overgangen mellom HeltOm 2.0 og HeltOm 3.0, i mars 2023, gjennomførte derfor prosjektet en workshop med tema «Kriteriene HSY og PBP». Prosjektet ønsket å vite om enhetene brukte og forstod kriteriene likt.

Representanter fra alle HeltOm enhetene deltok; avdelingsledere OT og HT, fagansvarlige og enhetsledere fra Fana/Ytrebygda, Bergenhus og Årstad, foruten etatsdirektør og prosjektleder. Enhetsledelsen i Fyllingsdalen/Laksevåg og Arna/Åsane deltok som observatører.

I forkant av workshopen sendte HeltOm enhetene inn fiktive pasientcase til ansvarlig prosjektleder. Det ble videre opprettet en egen arbeidsgruppe rundt prosjektleder som utarbeidet ulike pasientcaser med fem fiktive «gråsomeoppdrag», basert på innspill fra enheter. Gråsomeoppdrag ble definert som en pasientcase, basert på diagnose, som det ikke var opplagt hørte til i et OT eller HT.

Pasientcasene ble behandlet på workshop, hvor enhetene var inndelt i egne arbeidsgrupper. De fem fiktive pasientcasene omhandlet: Pasient med dårlig regulert diabetes, Psykisk helse, Pasient med KOLS, Pasient med kognitiv svikt, hovne bein, tendens til sårdannelser og Palliativ kreftpasient. Etter at enheter hadde hatt fremlegg på sine gruppearbeid, var det en felles dialog rundt valgte løsninger. Basert på workshop vurderte prosjektet behovet for å utarbeide en «Veileder for kriteriene HSY og PBP» for å sikre at alle enheter hadde en felles forståelse for disse. Spesielt vurderte prosjektet det kunne være av betydning å belyse hvilke «gråsomeoppdrag» som kan ligge i OT, hvilke som skal til HT, samt finne tiltak enheten kan sette inn for at pasientoppdraget kan ligge i OT (PBP). I tillegg er det viktig at enheten vurderer tilgjengelig fagkompetanse i aktuelt team når beslutningen tas, om en helsefagarbeider har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppdraget og har tillatelse i myndighetskrav eller kommunens selv pålagte krav til å utføre oppdraget. Hensikten er å sikre at pasientsikkerheten ivaretas.

¹⁷ Delrapport HeltOm 3.0: Differensiering av ansvarsvaktrollen versus vaktkoordinator rollen»

8.2 Prosjektgjennomføring

Det ble opprettet en tverrfaglig arbeidsgruppe der alle enheter ble representert. Arbeidsgruppen fikk et eget mandat fra styringsgruppen, og det ble utarbeidet handlingsplan. Arbeidsgruppen startet opp arbeidet i midten av februar og dette pågikk til slutten av april 2024. Delprosjektet rapporterte på framdrift i samarbeidsmøter med enhetslederne i HeltOm 3.0, til etatsdirektør samt til prosjektet sin overordnede styringsgruppe.

8.2.1 Vurderinger i arbeid med veilederen

Til tross for utarbeidet forslag til «Veider for kriteriene HSY og PBP» med de fem fiktive pasientcasene, opplevdes det vanskelig for arbeidsgruppen å kategorisere hvilket team «gråsonoppdraget» skulle tilhøre. Det opplevdes som en umulig oppgave at enhetene skulle fordele «gråsonoppdragene» likt. Gruppen innså raskt at dette var fordi kriteriene våre beskriver hvilket team det enkelte oppdraget skal tilhøre basert på diagnose, og ikke tar utgangspunkt i hver enkelt pasient sin helsetilstand. Prosjektgruppen ble derfor enig om å ta utgangspunkt i pasientens samlede behov og sykdomsbilde. Det naturlige ble da naturlig å definere dette som en «gråsonepasient».

Arbeidsgruppen landet på at vi heller bør jobbe frem en metodikk knyttet til prosessen for å finne det best egnede teamet for «gråsonepasienten». Den oppsatte leveransen med en tradisjonell veileder besluttet gruppen måtte revideres. Prosjektgruppen vurderte at det heller burde vektlegge en metodikk rundt hvordan vurdere pasientens sykdomsbilde. En veileder som tok utgangspunkt i diagnoser ville ikke kunne tilstrekkelig fange opp nyanser, kompleksitet eller behovet for spesielle og individuelle faglige vurderinger. Prosjektgruppen vurderte teamtilhørighet kan best vurderes fra pasient til pasient. Noen ganger må en pasient ha hjelp fra både OT og HT, og teamene må samarbeide tett rundt pasienten.

Det ble derfor lagt til grunn i veilederen en metode som skisserer hvordan en kan vurdere hver enkel pasientsituasjon utfra tilstand og behov for kompetanse. Å vektlegge prinsippene i tillits- og faglighetsreformen, med fokus på utøvelse og tillit til faglig skjønn, var et uttalt mål i prosjektgruppen. På bakgrunn av dette kom arbeidsgruppen tilbake med en samlet innstilling til styringsgruppen i mai 2024 om en veileder til bruk i vurdering av det prosjektgruppen valgte å kalle «gråsonepasienter», fremfor «gråsonoppdrag».

8.3 Oppsummering, anbefaling og konklusjon

Alle enhetene har deltatt i arbeid med delprosjekt «Veileder for kriteriene HSY og PBP». Arbeidet har vært viktig og bidratt til ny innsikt. Delprosjektet har hatt en høy grad av ansattmedvirkning.

Prosjektet vurderer at kriteriene som utgangspunkt og grunnlag i HeltOm ligger fast, men at vi vil flytte fokuset fra ensidig om diagnose til å ta mer hensyn til pasienten sin helsetilstand, som best vurderes fra pasient til pasientcase. I HeltOm må vi begynne å snakke om en «gråsonepasient». Prosjektet anbefaler at ny veileder implementeres i drift.

Den sykepleierfaglige kompetansen i hvert team vil være av betydning. Enheten må vurdere tilgjengelig fagkompetanse i aktuelt team når beslutningen tas. Det er viktig at helsefagarbeiderkompetansen i OT er tilstrekkelig til å utføre arbeidsoppgavene, og har tillatelse i myndighetskrav eller kommunens selv pålagte krav til å utføre arbeidsoppgavene rundt en tildelt pasient. Hensikten er å sikre at pasientsikkerheten ivaretas.

8.3.1 Leveranse:

- Delrapport «Veileder til kriteriene HSY og PBP»¹⁸
- Vedlegg 12. Veileder til kriteriene PBP og HSY¹⁹

¹⁸ Delrapport HeltOm 3.0: «Veileder til kriteriene HSY og PBP»

¹⁹ Vedlegg 12: Veileder til kriteriene PBP og HSY

9 Delprosjekt og pilot «Mål og tiltak i Profil»

9.1 Bakgrunn

Det ble under HeltOm 2.0 jobbet frem opplærings- og kompetansemateriell som skulle fokusere på forbedringer i dokumentasjon og som tok utgangspunkt i sykepleieprosessen. Prosjektet erfarte sammen med enhetene at det var et stort forbedringspotensial i tjenesten med å jobbe mer systematisk og målrettet med dokumentasjon. Kvaliteten på dokumentasjon var varierende, og informasjon som skulle ha vært dokumentert kunne glippe. Under HeltOm-modellen må alle ansatte ta et økt faglig ansvar. Ansattes observasjoner, vurderinger og bevissthet rundt tiltak og målsetting for pasientarbeid blir viktig. En god samhandling mellom OT og HT, samt en god kvalitetssikring av tjenesten forutsetter dokumentasjon av god nok kvalitet.

I forrige prosjektrunde erfarte prosjektet at fanene for de ulike områdene i sykepleieprosessen ikke ble brukt av teamene. Det vanlig var å skrive løpende rapport. Sjelden eller aldri ble det satt mål for tiltak for pasientene, og evalueringen var ikke systematisk. På bakgrunn av skisserte behov ble det opprettet et eget delprosjekt som skulle ligge inn under HeltOm 3.0 som hadde som målsetting å jobbe videre med å høyne kvaliteten på dokumentasjon. Arbeidet fikk et eget mandat som ble godkjent i styringsgruppen. Ansvaret for delprosjektet og gjennomføringen skulle deles mellom sykepleierfaglig konsulent og ansvarlig prosjektleder i enhet. I praksis ledet sykepleierfaglig konsulent prosjektet og prosjektleder sikret kvaliteten.

9.2 Prosjektgjennomføring og tilnærming

Delprosjektet erfarte tidlig i arbeidet at det allerede eksisterte veiledere og krav til hvordan jobbe systematisk og målrettet med dokumentasjon i journalsystemet. Flere kommuner hadde testet ut et arbeid med dokumentasjon kalt INCP²⁰, som var en standardisert tilnærming til hvordan dokumentere i henhold til sykepleieprosessen i pasientjournal. Et slik arbeid ble vurdert til å være av betydning for at tjenesten på sikt bedre kunne svare ut nasjonale anbefalinger og veiledninger til kvalitet i dokumentasjon. Det ville også på sikt kunne svare ut behovet om bedre dokumentasjon i samhandling mellom OT og HT, og dette var et identifisert forbedringsområde i prosjektarbeidet.

Delprosjektet besluttet sammen med enheten Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane å teste ut konseptet. For å avgrense omfanget av arbeidet ble det satt til kun å favne dokumentasjon på området ernæring og satt til lokalisasjon Arna. Siden arbeidet gjaldt ernæring kunne arbeidet også linkes opp til de tverrfaglige tavl møtene, hvor klinisk ernæringsfysiolog var fast deltaker.

Sykepleierfaglig konsulent og fagansvarlige sykepleiere hadde i forkant av uttestingsperiode opplæring av alle involverte faggrupper. Det ble utarbeidet en veileder i mappeformat, hvor de standardiserte variantene og svaralternativene til tiltak og målutforminger kunne letes opp. Delprosjektet valgte å ha en kvantitativ tilnærming til evaluering av pilot. En skulle måle hvor mange pasienter som hadde fått satt mål og tiltak, og evaluert tiltak i pasientjournal etter opplæring.

Målinger ble utført mars 2024 og mai 2024.

²⁰ INCP er et verktøy for dokumentasjon av sykepleiediagnoser/problemer, -tiltak og – mål i ett og samme system. Det er dekkende for alle deler av sykepleiepraksis, på tvers av spesialiteter, språk, land og kulturer. International Council of Nurses (ICN) er eier og utvikler.

9.2.1 Resultat fra uttesting i pilot

Resultatene fra pilot var svært gode og oppmuntrende. Ved siste måling hadde i overkant av 50% av alle pasienter fått tiltaksmaal for ernæringsarbeid i pasientjournal, og flere pasienter fikk evaluert ernæringstiltakene enn tidligere.

Videre erfarte delprosjektet at det ville være mulig å få opprettet en egen mappe i journal for tverrfaglige tavlemøter, som kunne fungere på måten etaten jobbet opp mot ernæring. En egen tverrfaglig mappe ville kunne lette det tverrfaglige arbeidet og tverrfaglig tematikk kunne dokumenteres og følges opp. Mulighet ble meldt inn til samarbeidene delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse», jf. kap. 9.5.6.

9.2.2 Vurdering, anbefaling og konklusjon.

Pilot og delprosjekt ble vurdert som meget nyttig og vellykket. Delprosjektet erfarte at tilnærmingen og løsningen i INCP kunne tilpasses de muligheter som allerede lå i kommunens journalsystem, uten større justeringer. Journalsystem hadde hovedfanene til sykepleieprosessen. Arbeidet ble vurdert til å skape en høyere kvalitet av dokumentasjon i tjenesten.

Prosjektet anbefaler at arbeidet med INCP implementeres i alle enheter, og at «svaralternativ» i verktøyet blir lagt inn i sikker sone, slik at ansatte slipper å forholde seg til en fysisk perm/mappe. Videre vurderer og anbefaler delprosjektet at det bør utarbeides opplæring og undervisningsmaterieell i videoformat, som bedre kan forklare hvordan ansatte skal arbeide med de ulike elementene knyttet til dokumentasjon i sykepleieprosessen. Slike opplæringsvideoer vil kunne være et supplement til fysisk opplæring en til en, eller i mindre grupper.

9.2.3 Leveranser:

- Delrapport «Mål og tiltak i Profil»²¹

10 Delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse»

10.1 Bakgrunn

I delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse» videreføres arbeid og restanser fra tidligere prosjektrunder i HeltOm. Kommunen har testet ut to ulike former for organisering. Tilnærmingene skulle styrke det tverrfaglige arbeidet rundt pasienter i hjemmebaserte tjenester. I den ene modellen har terapeutene vært ansatt og organisert under Etat for hjemmebaserte tjenester, integrert modell. Mens terapeuter i den andre modellen har vært ansatt i Etat for vurdering og rehabilitering under ergo- og fysioterapitjenesten. I deler av sin stilling har de servet inn mot HeltOm i en hybridmodell.

Hybridmodellen ble valgt som løsning under HeltOm 2.0. Løsningen var et kompromiss for å møte terapeutenes ønske om tilknytning til eget fagmiljø. Hybridmodellen ble ansett som den mest fleksible måten å bruke terapeutressurser på. Valgte løsning vektla kontinuitet i pasientforløp. Modellen fulgte pasienters geografiske tilhørighet i kommunen.

Uavhengig av modell, har de ukentlige tverrfaglige tavlemøtene i OT og HT vært kjernen i det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm.

Før HeltOm var tjenestene fragmenterte, lite koordinert og bar preg av «silo organisering». Etat for hjemmebaserte tjenester hadde et behov for å jobbe mer rehabiliterende, med et økt fokus på pasientene sine ressurser. I HeltOm 2.0 evaluerte prosjektet at det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i hjemmebaserte tjenester og ergo- og fysioterapi tjenesten hadde blitt tettere og bedre. Ansatte opplevde samarbeidet som

²¹ Delrapport HeltOm 3.0 «Mål og tiltak i Profil»

lærerikt og nyttig. Pasienter fikk mer helhetlige og tverrfaglig tjenester enn tidligere. Terskelen for å ta kontakt mellom tjenestene var blitt lavere. Sammenliknet med gammel organisering representerte HeltOm en stor forbedring.

Forskjellige oppfatninger mellom aktører til utforming av arbeidsplasser, grad av terapeuters tilstedeværelse og ulike arbeidstidsordninger skapte noe uro i HeltOm 2.0.

Til tross for mange gode gevinster vurderte prosjektet at det tverrfaglige arbeidet i HeltOm 2.0 måtte jobbes med videre. Arbeid med ansattes tverrfaglige kompetanse, tiltak for samarbeid, identifisering av enkle kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy for funksjon, stod som viktigste restanser.

Byrådsavdelingen besluttet at hybridmodellen skulle videreføres under HeltOm 3.0. En erkjente at det å etablere en felles kultur måtte møtes med tålmodighet. Samarbeidet i HeltOm representerte noe nytt for ansatte i begge etater. Prosjektet vurderte at det i HeltOm 3.0 var viktig med et felles fokus for det som skulle bygges gjennom et tettere felleskap. Drøftinger og avveininger til organisasjonsmodell ville ligge utenfor prosjektets mandat. Det ble meldt at kommunen ville gjøre en ny gjennomgang av terapeutressurser våren 2024, sett opp imot satsningen på vurderingsteam.

10.2 Oppsummering av delprosjekt «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse»

Grunnet begrensede ressurser måtte delprosjektet redusere omfang av arbeid. Prosjektet fikk ikke gjort en samlet og ny evaluering av det tverrfaglige samarbeidet i alle HeltOm enhetene. Delprosjektet besluttet derfor å vektlegge utarbeidelse og uttesting av en ny rutine for tverrfaglige tavlemøter. Rutinen skulle bidra til å svare ut de viktigste forbedringsområdene. Felles og tydelig målsetting for rutine, kunnskapsbasert tilnærming til funksjon, samt økt ansvarliggjøring av primærkontakter ble vektlagt. Rutinen har vært testet ut i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg i to måneder. Tilbakemeldingene på rutinen har vært svært gode. Prosjektet vurderer at rutinen legger et godt grunnlag for det videre tverrfaglig samarbeidet i HeltOm. Samtidig som rutinen tar høyde for de organisatoriske endringer som måtte komme, knyttet til velferdsteknologi, vurderingsteam og evt. sykepleiere med master i klinisk avansert sykepleiere.

I likhet med forrige prosjektrunde, erfarer vi at det tverrfaglige samarbeidet styrkes rundt felles pasienter i en HeltOm-kontekst. HeltOm fører til en økt tverrfaglig forståelse og kompetanse på tvers av profesjoner og tjenester, kortere «responstid» på henvisninger fra hjemmebaserte tjenester til fysio- og ergoterapitjenesten, samt mer helhetlige og tverrfaglige tjenester.

I forbindelse med evaluering av rutine og samarbeid i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg meddeler sykepleiere at pasienter i HT spesielt kan sies å ha fått et bedre tilbud enn tidligere. En trekker gode vekslere på fordelene i hybridmodellen opp mot pasientforløp. Sammenliknet med HeltOm 2.0 ser vi rutinen bidrar til et mer systematisk arbeid med å identifisere mulige kandidater til tverrfaglige tavlemøter, styrker kvaliteten i primærarbeidet og øker ansattes sin kompetanse. Gode tverrfaglige vurderinger blir løftet opp som en spesielt god gevinst av tavlemøtene.

Trolig har kravet til at pasienter må meldes opp i forkant av tverrfaglige tavlemøte, bruk av tavle i sikker sone, egne møter som holdes utenfor lunsj og ansvarliggjøring av ansatte vært viktige suksessfaktorer. De fagansvarlige har vært sentrale, som planleggere og ledere av tavlemøtene. Vi erfarer videre i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg at terapeuter prioriterer å være tilgjengelig fast for ansatte i hjemmebaserte tjenester, før og etter tavlemøtene. Samtidig som de ikke planlegger oppdrag ute, gir dette gode resultat for opplevelse av nærhet i samarbeidet. Det har også vært positivt at terapeutene, i de dagene hvor tavlemøtene gjennomføres, spiser lunsj inne i team. Samlet har disse tiltakene hatt forsterkende effekt på ansattes oppmerksomhet rundt det nye tverrfaglige arbeidet. Det har brutt ned barrierer, og gjort det lettere for ansatte å ta kontakt og stille spørsmål. Prosjektet vurderer det er viktig at målsetting rundt tverrfaglig samarbeid og at rutinen følges opp i drift etter prosjektet er avsluttet. Prosjektet anbefaler at rutinen implementeres, uavhengig av valgt organisasjonsmodell for HeltOm. Og at kommunen ved eventuelle endringer opp mot vurderingsteam, fortsatt tilstreber at det er de samme terapeutene som deltar på tavlemøtene. Dette vil kunne ha betydning for kontinuitet og trygghet i etableringen av tverrfaglig samarbeid.

Utarbeidelse av opplæringsmateriell del 2, samt undervisning av ansatte i kartleggingsverktøy, vil kunne styrke kvaliteten i det tverrfaglige arbeidet ytterligere. Dette står som restanse til drift fra prosjekt. Samarbeidende

etater bør også vurdere en samlet evaluering av det tverrfaglige arbeidet som favner alle involverte HeltOm enheter.

10.2.1 Kapitlets oppbygging

Kapitlet presenterer innledningsvis mandatet og tilnærmingen til delprosjekt «*Tverrfaglig samarbeid og kompetanse*». Deretter gis en gjennomgang av de viktigste avveiningene og endringene som ble gjort i delprosjektet. Hoveddelen gir en oppsummering av innsikt fra evalueringsarbeidet i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg. Evalueringen favner uttesting av rutine og det tverrfaglige HeltOm-samarbeidet under en hybrid modell 3- 4 måneder etter oppstart av tavlemøter. Kapitlet avsluttes med en kort sammenfatning og konklusjon på arbeidet, samt videre anbefalinger til drift og restanser.

10.3 Mandat, tilnærming og endring i delprosjektet

Mandat for delprosjekt «*Tverrfaglig samarbeid og kompetanse*» ble godkjent i styringsgruppen for HeltOm 3.0 i november 2023.

«Som et delprosjekt under HeltOm 3.0 skal en jobbe videre med forbedringsområdene og restansene fra HeltOm2.0. I HeltOm 3.0 vil en videreutvikle og forbedre det tverrfaglige samarbeidet. Dette i tråd med tillits- og faglighetsreformen, overordnet mandat, målsetting og sluttrapport. Arbeidet i delprosjektet skal legge grunnlaget for en mest mulig lik tilnærming til tverrfaglig praksis i alle HeltOm enheter.

I delprosjektet skal en planlegge, iverksette, teste ut og evaluere tiltak på system- og ansattnivå, som har til hensikt å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom involverte yrkesgrupper og tjenester. Tiltakene skal også bygge opp under pasientene sitt behov for gode overganger, kvalitet, samt bidra til økt egenomsorg og mestring i hverdagen. Arbeidet skal ha et særskilt søkelys på funksjon og rehabiliterende tankesett, samt vektlegge økt tverrfaglig og særfaglig kompetanse hos ansatte. Løsninger og tiltak skal fremme ansattes opplevelse av trivsel, tillit og involvering.»

Planlagt oppstart for delprosjektet var desember 2023. Grunnet pågående arbeid for prosjektleder med implementering i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg ble oppstart utsatt til februar 2024. Arbeidet ble avsluttet medio juni 2024.

I samarbeid med involverte enheter i Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering og rehabilitering ble det opprettet en egen prosjektgruppe. Gruppen bestod av representanter fra alle enheter og profesjoner som jobbet i HeltOm. Gruppen inkluderte klinisk ernæringsfysiolog. Det var viktig for prosjektet at sammensettingen skulle representere helheten av involverte faggrupper i det tverrfaglige samarbeidet. Meningen var å sike en felles forankring. Arbeidet ble innledningsvis orientert om arbeid i delprosjekt «Mål og tiltak i Profil» i Hjemmebaserte tjenester i Arna/Åsane.

Prosjektgruppemøtene har vært engasjerende og svært konstruktive. Grunnet liten tid måtte delprosjektet fokusere på utarbeidelse av en ny rutine for tverrfaglige tavlemøter. En helhetlig evaluering og kartlegging av status i alle HeltOm enheter, samt et arbeid med øvrige tiltak på ansatt og systemnivå måtte utgå. Delprosjektet fikk derfor ikke utarbeidet nytt undervisning- og kompetansemateriell, eller avholde en felles og koordinerende workshop mellom involverte terapeuter og enheter i hele HeltOm. Arbeidet med utarbeidelse av en ny felles rutine for det tverrfaglige tavlemøtet ble vurdert som svært viktig. Prosjektgruppen tok utgangspunkt i erfaringer i eget arbeid, og tilbakemeldinger fra tidligere prosjektrunder. I forbindelse med rutinen fikk prosjektgruppen tatt stilling til bruk av aktuelle kartleggingsverktøy.

Det var en samlet prosjektgruppe som anbefalte at ny rutine skulle være det foretrukne valget for uttesting opp mot tverrfaglige tavlemøter i HeltOm. Rutinen ble også forelagt sykepleierfaglig konsulent i Hjemmebaserte tjenester i Fana/Ytrebygda, som hadde fulgt det tverrfaglige arbeidet siden pilot HELTOM i 2019.

Grunnet kort uttestingsperiode ble rutinen bare testet ut med prosjektoppfølgning i to lokalisasjoner i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg. De resterende enhetene stod fritt til å starte med rutinen samtidig, men enhetene ville da være uten støtte eller oppfølging fra prosjektet.

Prosjektleder utarbeidet et registreringskjema som fagansvarlige skulle fylle ut i uttestingsperioden på hver lokalisasjon.

I forbindelse med oppstart av tverrfaglig samarbeid i HeltOm ble det opprettet kontakt mellom enhetsledere i ergo- og fysioterapitjenesten og Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg. Før uttesting fikk ansatte og terapeuter opplæring, jf. Opplæring og kompetanseplan HeltOm 2.0. Prosjektleder hadde også en egen gjennomgang av rutinen med de som skulle være faste deltakere i tavlemøtene. Videre ble det planlagt tre felles møtepunkt mellom ledere på enhet og avdelingsleder nivå i ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmebaserte tjenester. Møtene ble satt ut prosjektperioden.

Videre bestemte hver lokalisasjon hvilket tidspunkt og hvilke dager som skulle brukes til tverrfaglige tavlemøter. Kravet om ukentlige møter i hvert team ble beholdt. Møtene ble satt til å vare i 30 minutter. Fordelingsnøkkel på antall terapeutressurser fordelt på antall team ble opprettholdt fra HeltOm 2.0. Grunnet plassmangel i forbindelse med ombygging og nye lokalisasjoner i Etat for hjemmebaserte tjenester, var det vanskelig for terapeuter å få gjennomført oppsatt og ønsket tilstedeværelse i uttestingsperiode, jf. modell HeltOm 2.0. Felles lunsj med ansatte i team ble prioritert. Kombinert med lunsj i team hadde terapeuter fast tilgjengelighet i team før eller etter tavlemøtene. Terapeutene la ikke inn avtaler i kalender når de prioriterte å være fast tilgjengelig for ansatte utover tavlemøtene. Det var også det tidsrommet på dagen det var mest sannsynlig ansatte i hjemmebaserte tjenester var inne på lokalisasjon og ikke ute på arbeidsliste.

Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg hadde ikke klinisk ernæringsfysiolog-ressurs tilgjengelig i uttestingsperioden. Andre enheter har rapportert gode erfaringer med i å innlemme kliniske ernæringsfysiologer i sine tverrfaglige tavlemøter.

Uttestingsperioden for rutinen ble satt til to måneder. Evalueringen av rutinen og det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen /Laksevåg skulle basere seg på gjennomgang av registreringer fra tavlemøtene, samt samtaler mellom prosjektleder og ansatt. Samtalene var rettet mot ansatte i OT og HT, fagansvarlige sykepleiere og involverte terapeuter på hver lokalisasjon i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg.

10.4 De viktigste avveiningene rundt ny rutine for tverrfaglige tavlemøter

10.4.1 Aktuelle kandidater for tverrfaglige tavlemøter.

Erfaringene fra tidligere arbeid viste at det kunne være vanskelig for ansatte i hjemmebaserte tjenester å reflektere over hvilke pasienter som var aktuelle for tverrfaglige tavlemøter. Sammen med bruk av «gullspørsmålene» ble det derfor jobbet frem noen inklusjonskriterier, som skulle hjelpe ansatte til å finne de riktige pasientene i eget team. Det var et uttalt mål at terapeutene også kunne melde inn egne pasienter. Videre skulle ansatte bruke faglig skjønn. Inklusjonskriteriene vurderte prosjektgruppen ikke måtte bli for rigide.

Inklusjonskriteriene som ble valgt for tverrfaglig tavlemøte var:

- Nye pasienter
- Pasienter med funksjonsfall
- Pasienter som ansatte i hjemmebaserte tjenester eller Etat for vurdering og rehabilitering ønsker skal vurderes tverrfaglig
- Pasienter som med eller som har behov for tverrfaglig hjelp/tjenester.

Sammen med de fagansvarlige sykepleierne var avdelingsledere i hjemmebaserte tjenester medansvarlig for å bidra til faglig refleksjon rundt egne pasienter og oppfølging av tavlemøter i team. Som nevnt skulle tillit til ansattes faglige skjønn og vurdering av pasientcaser bli vektlagt.

Prosjektgruppen ønsket at de som skulle delta i tavlemøtene kunne lese seg opp på pasienter og møte forberedt til tavlemøtene. Prosjektgruppen besluttet at det ble gitt en tidsfrist. Innen kl. 12.00, dagen før møtet, skulle aktuelle kandidater være meldt opp til fagansvarlige sykepleiere. De fagansvarlige sykepleierne la pasientene inn på tavlen i sikker sone. Der det var få eller ingen pasienter meldt til et tavlemøte kunne terapeuter heller prioritere andre oppgaver, eller ha utvidet tid i tavlemøte i et annet team.

10.4.2 Målsetting for rutine til tverrfaglige tavlemøter

Det ble vurdert som vesentlig det var en felles forståelse av hensikten med de tverrfaglige tavlemøtene.

Følgende målsetting ble satt for rutinen:

- bidra til et tett og godt samarbeid rundt felles pasienter i HeltOm
- sikre gode, helhetlige og tverrfaglige vurderinger av pasienters behov og ressurser- i ergo- og fysioterapi tjenesten og hjemmebaserte tjenester
- sikre tiltak og tjenester av høy kvalitet, som fører til økt mestring i dagliglivet, samt utsetter og/eller redusere behovet for kompensierende hjelp/tjenester til pasienter i HeltOm
- bidra til økt kompetanseoverføring mellom faggrupper og tjenester
- koordinering- og samhandlingspunkt rundt pasienter i HeltOm som har behov for tverrfaglige tjenester eller tiltak
- bidra til god flyt i pasientforløp
- bidra til likskap i pasientbehandling
- bidra til fleksibel og bærekraftig ressursbruk i ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmebaserte tjenester
- bidra til en styrking av primærarbeidet i HeltOm-modellen

10.4.3 Tavle i sikker sone

Tavlen for tverrfaglige tavlemøter skulle ligge inne på sikker sone, i et Excel-ark. Tavlen fungerte etter trafikklysmodellen med pasientnummer, jf. erfaringer og oppsett fra workshop HeltOm 2.0. Det var viktig at dokumentasjon av vurderinger og eventuelle tiltak besluttet i møtet, i tillegg til å bli registrert på tavle, ble ført inn i pasientens sitt journalsystem. Det var et uttalt ønske fra prosjektgruppen at det ble opprettet en egen tverrfaglig mappe for HeltOm i Profil, med «skrive og lesetilgang» for involverte aktører. Mappen måtte fungere på tvers av enheter og etter mønster for mappe til klinisk ernæringsfysiolog sitt arbeid med ernæring.

10.4.4 Ansvarliggjøring av primærkontakter i tavlemøter

Prosjektgruppen vurderte at dersom kompetansen knyttet til tverrfaglig arbeid skulle bli bedre forankret, måtte primærkontaktene i en større grad ansvarligjøres og satses på. Det ble derfor viktig å få primærkontaktene inn i rutinen. Ansvarliggjøring var også et argument for at prosjektgruppen ikke anbefalte å videreføre tavlemøter i lunsj. Det ble vurdert at det som kom opp i tavlemøter som ble avholdt i lunsjen ofte var for tilfeldig og ikke godt nok gjennomtenkt. Det var for tilfeldig hvem som skulle følge opp tiltak. Diskusjonene og møtene hadde høyere kvalitet der pasientcase var forberedt.

Det var videre en erkjennelse av at det ikke alltid var praktisk mulig at en primærkontakt var på jobb når det tverrfaglige tavlemøtet skulle avholdes. Som et alternativ ble det åpnet opp for at dersom primærkontakten ikke kunne stille, skulle en annen ansatt, som kjente pasienten godt være et alternativ. Ansvar for å følge opp tiltak besluttet i tavlemøtene skulle som hovedregel ligge hos primærkontakten.

10.4.5 Utvidet forståelse av hensikt med tverrfaglige tavlemøter.

Det var et mål at rutinen kunne løfte forståelsen for at tverrfaglig tavlemøter var mer enn samarbeid med fysio- og ergoterapitjenesten. Det var mange andre gode tiltak i kommunen som også kunne være aktuelle for pasientene. Det ble lagt inn som et mål i rutinen at tavlemøtene på sikt åpnet opp for rus og psykisk helse, vurderingsteam og hverdagsrehabilitering. De skulle ikke være faste deltakere i tavlemøtene, men kunne kalles inn etter behov. Ikke alle tiltak kunne eller skulle nødvendigvis bli utført av ansatte i HeltOm.

10.4.6 Valg av kartleggingsverktøy for funksjon

I forbindelse med rutinen var det et mål om å jobbe mer kunnskapsbasert med funksjon, jf. anbefalinger og restanse fra HeltOm 2.0. Ansatte skulle lettere ha mulighet til å vurdere funksjon, og se endring i utvikling hos pasientene. Testene måtte være enkle. Og de måtte kunne utføres av primærkontakter, som også var assistenter. Skrøpelighestesten og Katz ADL ble derfor valgt. Disse kan også nyttes som måleindikatorer for funksjon, jf. kap. 3.1. Det var ønskelig opplæring i disse testene skulle gis av Kraftsenter for rehabilitering i Etat for vurdering og rehabilitering. En ansatt fra kraftsenter for rehabilitering satt i prosjektgruppen, og ble oppfordret til å ta dette ønsket videre inn i sin etat.

10.5 Evaluering av samarbeid og ny rutine for tverrfaglige tavlemøter.

Evaluering av tverrfaglig samarbeid og forslag til ny rutine i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg viste mye av de samme positive gevinstene som en hadde sett i tidligere prosjektrunder.

10.5.1 Tettere tverrfaglig samarbeid og gode pasientforløp

Det tverrfaglige samarbeidet og rutinen for tverrfaglig tavlemøter i HeltOm ble vurdert av ansatte til å være svært nyttig. Hybridmodellen hadde vist sin verdi i henhold til pasientforløp. En fagansvarlig sykepleier uttalte i evalueringssamtale på lokasjon Laksevåg: *«Det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter i HT har aldri vært bedre. Det er så fantastisk å kunne utveksle erfaringer med terapeutene om pasienter som de har jobbet med før de kommer til oss i hjemmesykepleien. De har mange gode råd. Pasienter med ALS eller kreft har terapeutene ofte vært inne hos før de blir så syke at vi må hjelpe. Det har gjort overgangen til oss så mye lettere»*. På den måten kan vi si at arbeidet i hybridmodellen har vist den kan føre til bedre pasientforløp og bedre koordinering av tjenestene. Og at det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm oppleves verdifullt for den enkelte ansatte, og har på generelt grunnlag positiv betydning for arbeidet rundt felles pasienter.

10.5.2 Styrking av primærarbeidet og kompetanseoverføring mellom faggrupper

Ansatte i hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering og rehabilitering sier alle at de tverrfaglige tavlemøtene spesielt har ført til økt tverrfaglig forståelse for pasientene sine behov. Ulike faggrupper har forskjellige perspektiv på pasientene. Det blir også nevnt at rutinen har bidratt til et felles språk, gjennom fokus på ADL. Prosjektet erfarer at det i denne evalueringen ble det spesielt løftet opp tavlemøtene sin betydning for gode tverrfaglige vurderinger. Ansatte på tvers av faggrupper kunne i møtene søke en bekreftelse på at iverksatte tiltak var de riktige. Disse tverrfaglige vurderingene av pasientcaser ble av ansatte opplevd som like viktige som at tavlemøtene i seg selv skulle resultere i mange nye tiltak rundt pasientene som ble tatt opp.

Ansatte i Etat for vurdering og rehabilitering og Etat for hjemmebaserte tjenester forteller det er lettere å ta kontakt nå enn tidligere. Og at responstiden på henvisinger har blitt mye kortere. De melder det er lettere å følge opp pasienter utenfor tavlemøtene når ansatte har blitt kjent og har konkrete navn å forholde seg til. De fagansvarlige sin betydning som den som planlegger, forbereder og leder tavlemøtene blir løftet opp av alle ansatte som noe positivt. Det har ikke vært behov for at andre roller deler dette ansvaret i uttestingsperioden.

Flere primærkontakter sier at de har følt seg godt ivaretatt. De har fått hjelp til det de trenger i møtene og får svar på det de lurer på. Noen sier at møtene har ført til at de *«må tenke mer selv»* og de opplever seg sett og anerkjent i møtene.

Det vurderes som positivt at det meldes flere pasienter som har fått endret oppdragstekst i journalsystemet etter tverrfaglige tavlemøter, men her vurderer prosjektet det er et forbedringspotensial.

Registreringen viser at alle profesjonene som har vært satt opp på møtene har vært til stede. Flexibiliteten rundt hvem som stiller og representerer pasienten i møtene har fungert. Registeringer viser at noen pasienter også har blitt henvist til andre kommunale tjenester etter møtene. Prosjektet vurderer at slike henvisinger er positivt. Det viser at møtene gjennom rutinen har nådd målet om at det rehabiliterende «blikket» må stekker seg utover fysio- og ergoterapitjenesten.

10.5.3 Like tverrfaglige vurderinger og hjemmebesøk

Terapeuter og fagansvarlige mener pasientene gjennom rutinen i tavlemøtene får en mer lik vurdering, og at det viktig slike vurderinger blir gjort tverrfaglig.

Det ble avtalt to tverrfaglige hjemmebesøk i uttestingsperioden, men disse måtte gå ut da pasientene ble dårlige og innlagt på sykehus. På generelt grunnlag hadde det vært ønskelig med flere og oftere tverrfaglige hjemmebesøk enn det en fikk til i uttestingsperioden.

10.5.4 Oppmelding av pasienter og ressurseffektivitet.

Hensikten med at pasienter skal bli meldt i forkant av møtene har fungert etter intensjonen. En ser at tid til forberedelse er verdifullt for tavlemøtene sin kvalitet, og at ansatte har muligheten til å omdisponere tid til andre arbeidsoppgaver ved behov.

10.5.5 Felles lunsj og fast avsatt tid i team før og etter tavlemøter.

At terapeuter har spist lunsj sammen i de ulike teamene, de dagene de er i HeltOm, har bidratt til økt søkelys på det tverrfaglige samarbeidet. Det har redusert tekselen for ansatte i hjemmebaserte tjenester til å ta kontakt og stille spørsmål. Det har også blitt opplevd som positivt at terapeutene ikke har gjort avtaler en halv time før eller etter det tverrfaglige tavlemøtet. Tiden har gitt en mulighet til å diskutere caser mer inngående, hvis det har vært behov dette.

10.5.6 Forbedringsområder

Selv om ansatte i Etat for vurdering og rehabilitering og i hjemmebaserte tjenester er veldig fornøyd med rutinen og det tverrfaglige samarbeidet i HeltOm under en hybrid modell, er det fremdeles et forbedringspotensial. Registeringer viser at både terapeuter og ansatte i hjemmebaserte tjenester melder inn pasienter til tavlemøtene. Fagansvarlige sykepleiere er tydelige på at egne ansatte må bli flinkere til å finne og melde aktuelle kandidater. De mener ansatte i hjemmebaserte tjenester fortsatt kan bli bedre på å se pasienten sine ressurser, og jobbe mer målrettet med egenomsorg og mestring. Dette vil igjen henge sammen med at det jobbes mer systematisk med oppdragsteksten og dokumentasjon.

Det oppleves positivt at ansatte i Etat for vurdering og rehabilitering også har meldt inn kandidater til noen møter. Dette vurderes som en målsetting som må vektlegges videre, sammen med flere tverrfaglige hjemmebesøk.

Den tverrfaglige forståelsen og kompetanse forventer prosjektet vil tilta etter hvert som arbeidet blir mer etablert i den nye HeltOm enheten. Prosjektet anbefaler at i alle HeltOm enheter må det være noen ansatte i hvert team som får et spesielt ansvar å opprettholde det rehabiliterende fokuset i egen avdeling. Prosjektet foreslår dette kan være de ansatte som allerede nå har fått ekstra opplæring i bestilling av hjelpemiddel.

Prosjektet har ikke fått startet opp med opplæring og bruk av utvalgte funksjonstester i prosjektperioden. Det gjenstår å sette bruk og opplæring av testene i system, samt legge testene inn på aktuell sjekkliste for primærkontakt.

Ledere i hjemmebaserte tjenester kan også bli flinkere til å snakke om og bruke «gullspørsmålene» i avdelingenes daglige arbeid. Ansvaret for hvordan jobbe med ansattes fokus er noe som prosjektet vurderer må deles mellom avdelingsledere og fagansvarlige. Ansvaret er noe avdelingsledere må minnes på.

10.6 Vurderinger og anbefalinger

Delprosjektet har bidratt til økt innsikt og hatt verdi opp mot kjernen i det tverrfaglige arbeidet i HeltOm som er tavlemøtene. Delprosjektet har hatt en høy grad av ansatt medvirkning og involvering. Delprosjektet har grunnet mangel på ressurser og tid ikke fått gjennomført en felles evaluering av tverrfaglig samarbeid i alle HeltOm enhetene. Delprosjektgruppen har derfor måttet konsentrere seg om utarbeidelse av en ny og felles rutine for tverrfaglige tavlemøter, som tar utgangspunkt i felles erfaringer fra HeltOm og noen utvalgte restanser fra forrige prosjektrunde. Evaluering av tverrfaglig samarbeid og uttesting av rutine begrenser seg i HeltOm 3.0 derfor til Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg. I likhet med prosjekt HeltOm 2.0 erfarer vi at det tverrfaglige samarbeidet styrkes rundt felles pasienter i en HeltOm kontekst. HeltOm fører til en økt tverrfaglig forståelse og kompetanse på tvers av profesjoner og tjenester

Pasienter vurderes å ha fått et bedre tilbud enn tidligere. Det blir gjort gode tverrfaglige vurderinger av pasientsaker og responstid på henvisninger har gått ned. Hybridmodellen har vist fordeler knyttet til pasientforløp.

Tilbakemeldingene på rutinen har vært svært gode. Prosjektet vurderer at rutinen opp mot tverrfaglige tavlemøter legger et godt grunnlag for det videre tverrfaglig samarbeidet i HeltOm. Rutinen styrker kvaliteten i primærarbeidet. Arbeidet med og rundt rutinen svarer ut dens målsetting, samtidig som den tar høyde for de eventuelle endringer som måtte komme i organisering. Prosjektet vurderer det fortsatt er flere forbedringspunkter knyttet til det tverrfaglige samarbeidet. Et mer systematisk arbeid med å identifisere mulige kandidater til tverrfaglige tavlemøter, samt å styrke ansatte i hjemmebaserte tjenester sin rehabiliterende kompetanse er viktige satsingsområder. Spesielt hvis kommunen skal kunne redusere eller utsette behov for kompenserende hjelp ytterligere. Det er viktig å understreke at arbeidet representerer noe nytt og trenger tid. Anbefalingene fra HeltOm 2.0 om å etablere faste strukturer for tverrfaglig samarbeid på ledernivå i

organisasjonen er fortsatt gjeldene. De samarbeidende etatene bør vurdere en helhetlig evaluering av det tverrfaglige arbeidet som favner alle enheter og etablere faste felles workshops.

Det vil være av betydning at det kommer på plass en egen tverrfaglig mappe for pasienter i HeltOm i journalsystemet, og at arbeidet med dokumentasjon styrkes.

10.6.1 Konklusjon

Det tverrfaglige samarbeidet under hybridmodell i Hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen/Laksevåg evalueres til å være svært godt.

Rutinen for tverrfaglige tavlemøter legger et meget godt grunnlag og utgangspunkt for videre tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglige tavlemøter er en arena som gir mulighet for økt tverrfaglig og rehabiliterende forståelse. Vi ser at arbeidet med og rundt rutinen i en stor grad svarer ut dens oppsatte målsetting og flere områder i delprosjektets mandat. Prosjektet anbefaler at rutinen videreføres og implementeres i drift.

Kartleggingsverktøy for vurdering og overvåkning av funksjoner er valgt, men krever en opplæring av ansatte før det kan implementeres i drift.

Prosjektet anbefaler alle enheter går over til tavlemøter som ikke ligger i ansattes avvikling av lunsj. Prosjektet anbefaler videre at løsninger for å sikre gode pasientforløp fortsatt vektlegges i det tverrfaglige arbeidet opp mot HeltOm, samt at bruk av tverrfaglig tavle i sikker sone videreføres.

Utarbeidelse av ytterligere opplæringsmateriell og fastsetting av samhandlingsstrukturer på ledernivå står som restanse til drift.

Prosjektet anbefaler også at det blir gjort en kartlegging av status tverrfaglig samarbeid i alle HeltOm enheter. Kartleggingen står som den viktigste restansen til drift.

10.6.2 Leveranser

- Delrapport «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse»²²
- Vedlegg 13. Forslag til ny rutine for tverrfaglige tavlemøter i HeltOm²³

11 Prosjektets vurdering av gevinstrealisering og måloppnåelse i HeltOm

Arbeidet i HeltOm har vært meget vellykket. HeltOm er nå implementert som driftsmodell i alle Bergen kommunes byområder.

Prosjektet har vist en god risiko- og endringshåndtering. Prosjektet har levert på de største leveransene og gevinstene som ble satt for arbeidet. Vi ser en høy grad av innovasjon, gevinstrealisering og måloppnåelse.

Det understrekes at kommunen trolig vil se en forsterket gevinstrealisering når videreutviklet HeltOm modell har fått etablert seg i alle enheter, og etaten får jobbet videre med de forbedringsområder og anbefalinger som er skissert i denne sluttrapporten.

Prosjekt HeltOm 3.0 har vist at:

- videreutviklet HeltOm modell er den tilnærmingen som best svarer ut prosjektets målsetting om bærekraft, mest mulig selvstyrte team og prinsippene i tillits- og faglighetsreformen.

²² Delrapport HeltOm 3.0, «Tverrfaglig samarbeid og kompetanse»

- HeltOm er økonomisk bærekraftig fordi pasientoppdragene kan løses på et lavest mulig omsorgsnivå, det er behov for færre sykepleiere og fagansvarlige sykepleiere, og flere ansatte kan dele på og utføre de samme arbeidsoppgavene.
- HeltOm-modellen er bærekraftig fordi den kan representere et konkurransefortrinn i rekruttering, og i det å beholde ansatte. HeltOm gir mer jobbvariasjon og økt faglighet sammenliknet med tradisjonell organisering.
- vi i HeltOm ser en høy grad av motivasjon og trivsel hos ansatte, med en sterk grad av ansatt involvering.
- HeltOm har bidratt til et godt omdømme for Bergen kommune, som en innovativ og fremtidsrettet kommune.
- i HeltOm er det etablert et systematisk og målrettet arbeid med kompetanse. Vi har etablert strukturer og tiltak som bygger opp under fag, kvalitet, samhandling og god dokumentasjon.
- i HeltOm har den generelle kompetansen hos alle ansatte økt, sammenliknet med tidligere organisering, samt primærarbeidet har blitt styrket.
- i HeltOm er det jobbet frem måleindikatorer for styring og kontroll som er implementert i drift.
- HeltOm har bidratt til organisatorisk læring og forbedret tjenesten sin risiko og endringshåndtering.
- HeltOm gir bedre kvalitet på tverrfaglig samarbeid, mer helhetlige tjenester, kortere responstid på henvisninger til fysio- og ergoterapitjenesten, gode pasientoverganger, økt tverrfaglig forståelse og høyere kvalitet på tverrfaglige tavlemøter.

Tabell 8 Viser viktige konklusjoner, gevinster, leveranser og anbefalinger i HeltOm 3.0

Prosjekt HeltOm 3.0
<p>Viktige konklusjoner fra prosjekt HeltOm 3.0:</p> <ul style="list-style-type: none">- Prosjektet har vært meget vellykket- Høy grad av gevinstrealisering og innovasjon, som trolig vil forsterkes over tid- Hensiktsmessig prosjektorganisering og styring- God risiko og endringshåndtering, hvor tiltak i drift og prosjekt har utfylt hverandre: bidratt til oversikt og raske tilpassinger/endringer ved behov- Videreutviklet HeltOm modell det foretrukne valget, med endring av fagansvarlig rolle- God omdømmebygging eksternt av HeltOm-løsning og kommunen- Bidratt til god organisatorisk læring og endringshåndtering som videreføres i drift- Tverrfaglig samarbeid og kompetanse forbedret fra HeltOm 2.0- Gjort viktige forbedringer og presisering rundt oppgavefordeling og samhandling i modell - Ytterligere oppgaveforskyving og oppgavedeling mellom faggrupper og roller- Høy grad av ansattinvolvering og -medvirkning i utvikling og implementering av modell, trivsel og motivasjon- Videreutviklet et systematisk- og målrettet arbeid med kompetanse og kvalitet

- Under HeltOm tar kommunen et større ansvar som arbeidsgiver for å sikre at ansatte har den kompetansen de trenger for å utføre nye tilførte arbeidsoppgaver, revisjon av opplæring og kompetanseplan, arbeid med mål og tiltak forbedret
- HeltOm-modellen utfordrer arven og forståelse av ledelse og organisering i tradisjonell drift - mer tillitsbasert ledelse og mer hybrid ledelse
- Nye anbefalinger knyttet til dimensjonering av team i OT og HT

Viktige gevinster fra prosjekt HeltOm 3.0

- Ny og bærekraftig tjenestemodell for Etat for hjemmebaserte tjenester som svarer ut prosjektets målsetting om bærekraft, mest mulig selvstyrte team og tillits- og faglighetsreformen: **videreutviklet HeltOm modell**
- Indikatorer for styring og kontroll delvis implementert i drift
- Organisatorisk læring og endringshåndtering fra prosjekt integrert i drift
- Videreutviklet systematisk og målrettet arbeid med generell faglig kompetanse, kvalitet, samhandling og dokumentasjon
- **Bærekraft:** - tiltak på lavest mulig omsorgsnivå, behov for færre sykepleiere, færre fagansvarlige, flere ansatte kan dele på og utføre de samme arbeidsoppgavene, mer fleksibel drift og mer selvstyrte team under en redusert lederstruktur. Modellen representerer mer variasjon og økt faglighet: konkurransefortrinn i rekruttering og beholde ansatte
- **Økt kompetanse hos alle ansatte:** - den totale kompetansen og faglige kompetansen har økt hos alle ansatte
- **Høy grad av motivasjon og trivsel:** - i team som er riktig dimensjonert og tilstrekkelig bemanning
- **Godt omdømme:** - internt, men spesielt eksternt. Bergen kommune som en innovativ og fremtidsrettet kommune.
- **Bedre kvalitet på tverrfaglig samarbeid:** - bedre helhetlige og tverrfaglige tjenester, kortere responstid, gode pasientoverganger, økt tverrfaglig forståelse og kompetanse, økt kvalitet på tverrfaglige tavlemøter
- **Styrking av primærarbeidet i ny modell**

Viktige leveranser i prosjekt HeltOm 3.0

- Sluttrapport HeltOm 3.0
- Delrapporter HeltOm 3.0
- Kartlegging av status oppgavedeling i alle HeltOm enheter
- Forslag til rutiner, sjekklister, prosedyrer og veiledere som understøtter arbeidsprosessene og målsetting for HeltOm
- Kartleggingstabell for faktorer som kan påvirke grad av oppgavedeling- og forskyvning i HeltOm
- Tik Tok rekrutteringsvideoer
- Undervisning og opplæringsmateriell, revisjon av «Opplæring og kompetanseplan», grunnpakke 1
- Ny veileder og tilnærming til et systematisk arbeid med mål og tiltak i Profil
- Omdømmebyggende materiell og informasjonsmateriell HeltOm

Viktige anbefalinger fra prosjekt HeltOm 3.0

- Videreutviklet modell videreføres
- Redusert antall fagansvarlige fordelt på antall team
- Sikre riktig dimensjonering i forhold til videreutviklet modell
- Se på muligheter for endringer i journalsystem: rapport og ny mappe for tverrfaglighet
- Se på muligheter for endringer i telefonløsninger opp mot brukertelefon
- Aktiv bruk av kartleggingstabell for oppgavedeling- og forskyving i etatens videre arbeid med innføring av videreutviklet modell
- Systematisk arbeid med sykepleieprosessen og INCP må videreføres og implementeres i alle enheter
- Rutine for tverrfaglige tavlemøter implementeres
- System for samarbeid på avdeling og enhetsnivå mellom ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmebaserte tjenester i de ulike bydelene
- Opplæring av ansatte i kartleggingsverktøy skrøpeligheit og Katz ADL
- Innføring av faste workshop mellom enheter
- Endring av rutiner, stillingsbeskrivelser og prosedyrer i henhold til erfaringer og arbeid i videreutviklet modell
- Plan for ansvar og distribusjon av Tik Tok videoer- samarbeid byråd og etat
- Satse videre på rekruttering og bemanning
- Felles møtepunkt for fagansvarlige x 2 i året
- Bruke videreutdanninger mer systematisk
- Videreutvikle og forbedre det nye primærkontakssystemet
- Forbedringspotensialer i tverrfaglig arbeid må følges opp videre
- Evaluere VK for assistenter

Oversikt vedlegg i sluttrapport HeltOm 3.0

Vedlegg 1: Kriterier HSY og PBP

Vedlegg 2: Oppdragsnotat - Etat for hjemmebaserte tjenester 2023

Vedlegg 3: Måleparametere HeltOm

Vedlegg 4: Roller i endring. Status oppgavedeling HBT Fana_Ytrebygda, HeltOm 3.0

Vedlegg 5: Roller i endring. Status oppgavedeling HBT Fyllingsdalen- Laksevåg, HeltOm 3.0

Vedlegg 6: Roller i endring. Status oppgavedeling HBT Årstad, HeltOm 3.0

Vedlegg 7: Roller i endring. Status oppgavedeling HBT Bergenhus, HeltOm 3.0

Vedlegg 8: Roller i endring. Status oppgavefordeling HBT Arna_Åsane HeltOm 3.0

Vedlegg 9: Roller i endring. Oppsummering kartlegging av status oppgavedeling i enheter, HeltOm 3.0

Vedlegg 10: Roller i endring. Oppsummering tilbakemeldinger fra workshops, HeltOm 3.0

Vedlegg 11: Veileder gråsonepasient innenfor kriteriene HSY og PBP

Vedlegg 12: Forslag til rutine tverrfaglige tavlemøter