

Tillitsmodellen

En empirisk studie fra hjemmebaserte tjenester om ansattes erfaringer med tillitsmodellen i Oslo kommune.

Annette Moldrup Pedersen

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet Oslo

Masteroppgave

Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 27 992

18. mai 2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Etter snart 20 år med bestiller- utfører modellen som fungerende tjenestemodell med sterk påvirkning fra New Public Management reformene mente lokalpolitikere i Oslo kommune at det var tid for endring.

To demografiske trender; økning i antall eldre og urbanisering gjorde at man ønsket å imøtekomme dette ved å utvikle en innovativ løsning for tjenesten. Politikerne ønsket en avbyråkratisering av tjenesteproduksjonen med mindre kontroll. Den hjemmebaserte tjenesten ble kritisert for å være rigid og uten mulighet for å yte faglig skjønn i møte med brukeren brukerne. Som et resultat valgte politikere å utvikle en tillitsmodell for Oslo kommune.

Det overordnede tema for denne oppgaven er tillitsmodellen, og hvordan den praktiseres i hjemmebaserte tjenester i Oslo kommune. Et mål for tillitsmodellen i Oslo var å gi større myndig og faglig tillit til ansatte, og derved økt kompetanse, motivasjon og arbeidsglede. Et annet sentralt mål var brukerfokus i tjenesten med større fleksibilitet, kvalitet og økt tilfredshet med tjenesten for bruker.

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om et nytt felt innen hjemmebaserte tjenester. Studien vil omfatte ansattes erfaringer med tillitsmodellen, knyttet til tverrfaglige teams og brukermedvirkning. Det er valgt en kvalitativ metode for studien da det var et ønske å gå i dybden og få frem nyanserte data i et lite utvalg. Data ble innhentet gjennom individuelle intervjuer av ansatte fra tverrfaglige team.

Resultater knyttet til tverrfaglige team:

Studien viser at ansattes roller og ansvar hadde endret seg etter implementeringen av tillitsmodellen. Ansatte opplevde en større grad av autonomi og tillit til å ta beslutninger som ga dem motivasjon og engasjement i tjenesten. Tillitsmodellen ga større grad av kontinuitet og fleksibilitet. Det tverrfaglige samarbeide fremmet av tillitsmodellen styrket kompetansen og kvaliteten på tjenesten. Studien fremhevet at tillit og kontroll kan fungere sammen, men at kontrollen må gi mening og være begrunnet, ellers kan det føre til mistillit.

Resultater knyttet til brukermedvirkning:

Tillitsmodellen ga en bedre relasjon og nærhet mellom ansatte og brukere. Dette ble blant annet skapt når spørsmålet «Hva er viktig for deg?» ble stilt. En utfordring og bekymring ble vist de sårbare gruppene i tjenesten som ikke klarte å sette ord på egne ønsker og behov. Studien viser at ansatte opplevde at tillitsmodellen oppfordret til høy grad av brukermedvirkning. Dette var på tross av at ingen hadde spurt brukeren om deres opplevelser.

Nøkkelord: Tillitsmodellen, hjemmebaserte tjenester, tverrfaglig team, brukermedvirkning.

Abstract

After nearly 20 years with the Ordering–Performing model as the governing service model strongly influenced by the New Management Reform, Oslo’s city council decided that it was time for a change.

Two demographic trends—an ageing population and urbanisation—evoked a desire to build a more innovative service solution. The council members wanted to reduce the level of bureaucracy related to the service and reduce the amount of controls involved. The home care service was criticised for being rigid and limiting the practitioner’s ability to apply professional discretion concerning the patient. As a result, the Oslo council developed the Trust-based model.

The primary focus of this study is the Trust-based model and assessing how it is practiced in the home care services provided by Oslo council. A primary objective for the Trust-based model was to provide a greater level of autonomy and professional trust, and, in turn, increase competency, motivation and work satisfaction. Another core objective was providing a more patient-focused service with increased flexibility, quality, and patient satisfaction.

The aim of this study is to develop a better understanding of a new practice within home care services. The study will include accounts of practitioners using the Trust-based model across interdisciplinary teams and an assessment of patient involvement. A qualitative method was applied to extract nuanced data from a small sample and facilitate in-depth analysis. Data was collected through individual interviews with practitioners across interdisciplinary teams.

Results related to interdisciplinary teams:

The study shows that practitioner’s roles and responsibilities have changed following the implementation of the Trust-based model. Practitioners experienced a greater level of autonomy and professional trust, which left them more motivated and engaged in their profession. The Trust-based model generated a higher level of continuity and flexibility. Interdisciplinary cooperation generated by the Trust-based model improved competency

and the quality of service. The study highlights the fact that trust and control can coexist, yet, when controls exist without reason and appropriate justification, it can lead to mistrust.

Results related to patient involvement:

The Trust-based model cultivated a better relationship and closeness between the practitioners and the patient. These improvements were seen when patients were asked “What matters to you?”. The practitioners were concerned, however, that vulnerable groups could not adequately express their own wishes and needs.

The study found that practitioners experienced a greater patient involvement through the Trust-based model. However, their experience was not substantiated by asking patients for their feedback.

Keywords: Trust based model, home care/community care, interdisciplinary teams, patient involvement.

Forord

Etter mange års arbeidserfaring som sykepleier oppstår gjerne et behov for påfylling av kunnskap. Teoriutviklingen innen helsevitenskap er akselererende, men jobberfaring utløser også et behov for å se grunnutdannelsen gjennom nye briller.

Jeg hadde glemt at studietilværelsen er så mye mer enn fag. Den er sosialt utfordrende og berikende, nye vennskap oppstår, nettverk dannes og tverrfaglige diskusjoner gir nye og uventede perspektiver på fag, men kanskje også på levd liv. Studier vitaliserer og forynger.

Mastergradsstudiet i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre har vært spesielt relevant for mitt arbeid som pasientrådgiver. Jeg takker generalsekretær Tove Hanche-Olsen i Norsk Pasientforening for muligheten til å kombinere deltidsstudiet med en fulltidsjobb. En raus og fleksibel ordning gjorde det mulig for meg å gjennomføre studiene kombinert med en travel hverdag.

En spesiell takk til min veileder Hilde Thygesen som har vært en helt uvurderlig støtte. Jeg er svært takknemlig for gode og konstruktive tilbakemeldinger under arbeidet med masteroppgaven.

En stor takk går også til mine kjære kolleger Gry Pedersen, Eva Bjørnsborg og Lottelise Folge for faglige diskusjoner, gode innspill og for nødvendig korreks av mine danismer.

Bidrag fra ansatte i hjemmebaserte tjenester og som var villige til å delta i studien har vært avgjørende for det empiriske grunnlaget for oppgaven. Jeg føler meg privilegert ved å bli møtt med et stort engasjement i en vanskelig tid med stort arbeidspress knyttet til covid 19.

Jeg har vært så heldig å oppleve studietilværelsen på samme tid som mine tre voksne døtre. Det har vært en bonus jeg ikke var forberedt på. Vår lille – og til tider isolerte kohort har blitt til en studiegruppe som jeg har hatt stor glede av. Med andre ord er det dobbel grunn til å takke min kjære mann for hans tålmodighet og støtte.

Oslo. Mai 2021.

Annette Moldrup Pedersen

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema og interessefelt..... | 2 |
| 1.2 | Problemstilling og forskningsspørsmål..... | 2 |
| 1.3 | Oppgavens hensikt | 3 |
| 1.4 | Begrepsavklaring | 4 |
| 1.5 | Oppgavens oppbygging | 5 |
| 2 | Beskrivelse av feltet | 6 |
| 2.1 | Tillitsmodellen i et samfunnsperspektiv..... | 6 |
| 2.2 | Bestiller- utfører modellen | 7 |
| 2.3 | Tillitsmodellen | 11 |
| 2.4 | Oslo modellen..... | 12 |
| 2.5 | Forskning knyttet til tillitsmodellen..... | 16 |
| 3 | Teoretiske perspektiv..... | 23 |
| 3.1 | Tillit | 23 |
| 3.2 | Tverrfaglige teams | 24 |
| 3.2.1 | Tverrfaglighet og fordeler | 25 |
| 3.2.2 | Tverrfaglighet og utfordringer | 25 |
| 3.3 | Brukermedvirkning | 27 |
| 3.3.1 | Brukers rettigheter | 27 |
| 3.3.2 | Deltagelsesnivå..... | 28 |
| 3.3.3 | Brukermedvirkning og autonomi | 30 |
| 3.3.4 | Brukermedvirkning og makt..... | 31 |
| 3.3.5 | Empowerment..... | 32 |
| 4 | Metode..... | 34 |
| 4.1 | Begrunnelse for metodevalg | 34 |
| 4.1.1 | Fenomenologisk perspektiv. | 35 |
| 4.1.2 | Egen forforståelse | 36 |
| 4.2 | Utvalgsprosessen..... | 37 |
| 4.3 | Datainnsamling..... | 39 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.3.1 | Det kvalitative forskningsintervju | 39 |
| 4.3.2 | Intervjuguide | 40 |
| 4.4 | Transkribering av datamateriale | 41 |
| 4.5 | Analysemetode | 42 |
| 4.5.1 | Helhetsinntrykk | 43 |
| 4.5.2 | Meningsbærende enheter | 43 |
| 4.5.3 | Kondensering..... | 44 |
| 4.5.4 | Syntese | 44 |
| 4.6 | Metoderefleksjon | 45 |
| 4.6.1 | Troverdighet | 45 |
| 4.6.2 | Gyldighet og pålitelighet | 46 |
| 4.6.3 | Overførbarhet | 47 |
| 4.7 | Etiske refleksjoner | 47 |
| 5 | Resultat..... | 49 |
| 5.1 | Erfaringer med tverrfaglig team etter tillitsmodellen..... | 49 |
| 5.1.1 | Nye roller | 49 |
| 5.1.2 | Ansvar og autonomi | 53 |
| 5.1.3 | Tillit og kontroll | 55 |
| 5.2 | Erfaringer med brukermedvirkning i tillitsmodellen..... | 59 |
| 5.2.1 | Tettere på brukeren | 59 |
| 5.2.2 | Mestringsfokus..... | 60 |
| 5.2.3 | Medvirkning | 62 |
| 6 | Diskusjon | 65 |
| 6.1 | Hvilken betydning har tverrfaglig team i tillitsmodellen?..... | 65 |
| 6.1.1 | Team på en annen måte | 65 |
| 6.1.2 | Større ansvar | 68 |
| 6.1.3 | Tillit og kontroll | 70 |
| 6.2 | Hvilken betydning har brukermedvirkning i tillitsmodellen?..... | 73 |
| 6.2.1 | Ivaretagelse av brukermedvirkning..... | 73 |
| 6.2.2 | Reell brukermedvirkning..... | 75 |
| 6.2.3 | Brukermedvirkning på flere nivå..... | 76 |

| | | |
|-----|--------------------------------|----|
| 6.3 | Drøfting av metodisk valg..... | 78 |
| 7 | Avslutning..... | 79 |
| | Litteraturliste..... | 81 |
| | Vedlegg..... | 92 |

1 Innledning

Det overordnede tema for denne oppgaven er tillitsmodellen, og hvordan den praktiseres i hjemmebaserte tjenester i Oslo kommune. Dette er en ny tjenestemodell som i 2015 ble initiert av lokalpolitikere i kommunen og utviklet som en innovasjonsmodell for hele Oslo kommunes hjemmetjenester i 2015-2018 (Byrådserklæringen, 2015; Eide et al., 2018). Tillitsmodellen har sitt opphav i Nederland og har inspirert tjenestemodeller i flere skandinaviske land som Danmark og Sverige (Bentzen, 2016; Bringselius, 2017). I 2015 var det et klart mål fra politikerne i Oslo å bryte med den eksisterende bestiller- utfører modellen (Byrådserklæringen, 2015, s. 45). Dette var en modell som de fleste norske kommuner hadde organisert sine hjemmetjenester etter siden 2000 tallet (Busch, 2011, s. 112). Tjenesten skulle ikke lengre være atskilt i en bestillerenhet og en utførerenhet. Det bærende prinsippet var at de to enhetene skulle slås sammen og tjenesten skulle organiseres i selvstyrte tverrfaglige team (Eide et al., 2018, s. 5). På denne måten skulle tjenesteyteren komme tettere på brukeren i både vurdering og utførelsen av tjenesten. Denne oppgaven er en kvalitativ studie av ansattes erfaringer med tillitsmodellen i Oslo. Datamaterialet er innsamlet gjennom individuelle intervjuer hvor tema ble avgrenset til erfaringer med tverrfaglige team og brukermedvirkning, da det er to helt sentrale prinsipper for modellen.

Samtidig med utviklingen av tillitsmodellen i Oslo ble det i 2015 besluttet at tillitsbasert styring og ledelse skulle være det bærende prinsippet i alle ledd i kommunen (Byrådssak, 1055/17). Målet var å gi de ansatte større myndighet og autonomi til selv å organisere seg, utvikle og utføre tjenestene tettere på bruker, med et mål om større grad av motivasjon og tilfredshet i tjenesten (Oslo kommune 2019, s. 10). Det var samtidig også et brudd med styringsformen New Public Management (NPM) som hadde dominert den kommunale helse- og omsorgstjeneste siden 80 tallet (Grimen & Terum, 2009, s. 32). Tillitsmodellen innebærer derfor en omfattende omstillings- og kulturendring samt et paradigmeskift for hjemmebaserte tjenester (Eide et al., 2018, s. 12).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og interessefelt

Som pasientrådgiver i en brukerorganisasjon mottar jeg daglig klagesaker fra pasienter og pårørende hvor ting har gått galt i helsevesenet. Innholdet i klagen er ofte manglende brukermedvirkning og fragmenterte tjenester hvor ingen påtar seg pasientansvaret. Det oppleves til tider som tjenestemodell-organiseringen er direkte til hinder for gode og helhetlige pasientforløp. Brukers tjenester følger ikke brukers behov, og bruker må i stor grad tilpasse seg systemet med lite fleksibilitet og mulighet for individuelle tilpasninger. Etter 15 år i hjemmetjenesten i Danmark har jeg hatt ulike roller som hjemmesykepleier og saksbehandler. Det har gitt meg en bred erfaring knyttet til møtet med den eldre pasienten med helseutfordringer, i eget hjem. Jeg har erfart at kontinuitet og tett oppfølging av pasienten gir en spesiell relasjon og kompetanse som gjør tjenesteutøveren bedre i stand til å forstå brukers behov. I 2018 ble tillitsmodellen implementert som ny tjenestemodell i hjemmebaserte tjenester i Oslo. Et viktig prinsipp for modellen var høyere grad av brukermedvirkning og større grad av autonomi til ansatte. Det har gjort meg nysgjerrig på å få mer kunnskap om hvordan ansatte erfarer å jobbe tverrfaglig og med brukermedvirkning i ny tjenestemodell. Da mine erfaringer fra praksis har gitt meg en opplevelse av at brukermedvirkning i hjemmetjenesten ofte er honnørord og ikke reel, kan det ha påvirket min forskning. Det har jeg forsøkt å være bevisst i alle ledd av studiens gjennomføring.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av gjennomgang av tema om en ny tjenestemodell for hjemmebaserte tjenester i Oslo vil jeg presentere min problemstilling:

Hvilke erfaringer har ansatte i hjemmebaserte tjenester i Oslo med tillitsmodellen -knyttet til tverrfaglig team og brukermedvirkning?

Problemstillingen er presisert gjennom følgende forskningsspørsmål

Forskningsspørsmål:

Hvordan fordeles ansvar og oppgaver i tillitsmodellen knyttet til brukers tjenester?

Hvordan innlemmes bruker i et tverrfaglig team knyttet til beslutninger om brukers tjenester?

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om et nytt felt innen hjemmebaserte tjenester. Tillitsmodellen ble som nevnt i innledning implementert i Oslo i 2018 og er en relativt ny organisering av tjenesten (Oslo kommune, 2019). Modellen er forespeilet å bli den nye tjenestemodellen i Skandinavia innen hjemmebasert tjenester og er av forskningsmessig stor interesse (Bentzen, 2016; Bringselius, 2017; Kuvaas et al. 2017). Det er i norsk kontekst gjennomført et stort forskningsprosjekt av Eide et al. (2018) som gjennom følgeforskning av pilotprosjektene i Oslo kommune har fremmet noen anbefalinger knyttet til behov for mer forskning på området. Noen av anbefalingene var knyttet til teamorganiseringen med nye roller og ansvar samt utfordringer knyttet til kommunikasjonen med bruker og deres behov (Eide et al., 2018, s. 7). Den hjemmebaserte tjenesten er en omfattende og kompleks tjeneste som er påvirket av mange forhold for å fungere. Min studie er avgrenset til å omfatte intervju med ansatte om deres erfaringer med organisering i team og med brukermedvirkning. Det hadde vært interessant å forske på brukererfaring og grad av opplevd medvirkning for brukeren i den nye tjenestemodellen. I forhold til en begrensning i omfanget av masteroppgaven er det ikke tatt med i denne forskningen. Studien vil omfatte de ansattes erfaringer med ny modell og forutsetninger i denne for å bistå og legge til rette for brukermedvirkning. I forhold til reell brukermedvirkning og opplevd innflytelse vil det kun være brukers erfaringer som vil kunne gi gyldighet i resultatet, som denne studien ikke kan gi svar på. Tillitsmodellen ble initiert som en ny modell som skulle erstatte den tidligere bestiller- utfører modellen da denne hadde møtt stor kritikk. I tråd med disse utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er hensikten å bringe ny kunnskap til tjenesten og eventuelle anbefalinger for videre utvikling.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepene tillit, tverrfaglig teams og brukermedvirkning vil bli definert og utdypet senere i oppgaven under den teoretiske delen.

Hjemmebaserte tjenester er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven 2011). Helsetjenester i hjemmet blir gitt som hjemmesykepleie, personlig assistanse og praktisk bistand og opplæring. Tjenestene organiseres i bydelene som et heldøgns helse- og omsorgstilbud og gir pleie og omsorgstjenester til ulike pasientgrupper med forskjellig hjelpebehov, uavhengig av alder eller diagnose (Helse og omsorgstjenesteloven 2011). Når jeg i oppgaven bruker begrepet "tjenester" henviser jeg overordnet til de hjemmebaserte tjenestene. Tillitsmodellen omfatter tjenester til personer i den kommunale helse og omsorgstjenesten og de vil i oppgaven bli beskrevet som «brukere» da det er begrepet som benyttes i tjenesten.

Tillitsmodellen: Når jeg i oppgaven bruker begrepet tillitsmodellen viser jeg til de ideologiske prinsippene bak modellen. Modellen har sitt opphav fra Nederland, men er ikke en standard modell. Hovedprinsippene er at man er organisert i tverrfaglige selvstyrte team. Bruker er inkludert i vurderinger og beslutninger om tjenester og at de samme fagpersoner vurderer og utfører oppgaver knyttet til bruker. Ansatte gis myndighet og tillit til selv å ta beslutninger om brukers tjenester. Modellens opphav og utvikling beskrives senere i oppgaven.

Oslo modellen: Er på samme måte som tillitsmodellen ikke en standard modell. Det ble gjennom tillitsbasert ledelse i Oslo kommune gitt myndighet til at bydelene selv skulle tilpasse modellen i egen tjeneste. Det betyr at det er mange ulike måter modellen blir praktisert på. Allikevel er det fra politisk side og etter en innovasjonsprosess gitt noen anbefalinger inspirert av tillitsmodellen fra Nederland, Danmark og egne pilotprosjekter. Det vil i oppgaven bli omtalt som Oslo modellen og er basert på mange av de samme prinsippene som i tillitsmodellen. Denne omfatter en organisering av tverrfaglige selvstyrte team hvor en saksbehandler er inkludert i teamet. Det er et hovedprinsipp i modellen at de ansatte gis tillit til selv å vurdere planlegge og utføre tjenestene til bruker. Bruker skal i stor grad og ved å stille spørsmål «Hva er viktig for deg?», inkluderes i ønsker og behov for tjenesten. Kontroll

og styring av tjenesten vil i mindre grad være detaljstyrt. Modellens utvikling og innhold beskrives mer detaljert senere i oppgaven.

Bestiller- utfører modellen: Den vil bli nevnt i oppgaven da det er modellen Oslo kommune har benyttet tidligere som tjenestemodell, og som Oslo modellen er utviklet for å erstatte. Den var primært basert på at tjenesten var delt i to forvaltningsmyndigheter. En myndighet som vurderte tjenester til bruker, og en annen avdeling som utførte tjenester. Det er en av de største forskjellene mellom Oslo modellen og bestiller- utfører modellen. Modellen vil bli omtalt senere i oppgaven.

Det tverrfaglige teamet i tillitsmodellen har en basisbemanning med sykepleier, saksbehandler, fysioterapeut, ergoterapeut, helsefagarbeider og hjemmehjelper. De ansatte er alle omfattet av helsepersonell-loven (Helsepersonell-loven, 1999).

1.5 Oppgavens oppbygging

Den videre oppbygging av oppgaven vil inneholde:

Kapittel 2 gir en beskrivelse av feltet. Den tidligere organisering i Bestiller- utføremodell, og ny tillitsmodell i Oslo vil bli gjort rede for. Til slutt vil forskning knyttet til Tillitsmodellen bli presentert.

Kapittel 3 tar for seg teoretiske perspektiver knyttet til sentrale begreper som tillit, tverrfaglige teams og brukermedvirkning.

Kapittel 4 vil jeg redegjøre for valg av metode, og beskrive den metodiske tilnærmingen jeg har benyttet. Videre vil kapittelet omhandle forskningsetiske overveielser.

Kapittel 5 er en presentasjon av resultatene fra analysen av datamaterialet ved intervju av ansatte.

Kapittel 6 tar for seg drøfting av resultatene i lys av forskning og det teoretiske perspektivet som er redegjort for i kapittel 3.

Kapittel 7 er en konklusjon av studien hvor mine resultater, metode og svar på problemstillingen blir oppsummert.

2 Beskrivelse av feltet

For å sette tillitsmodellen i en kontekst vil jeg i denne delen av oppgaven beskrive feltet. Det vil si den kommunale hjemmebaserte tjenesten og bakgrunnen og inspirasjonen for endring av tidligere tjenestemodell. Bakgrunnen og utviklingen av Oslo modellen vil bli gjort rede for og til slutt presenteres forskning som er gjort på området.

2.1 Tillitsmodellen i et samfunnsperspektiv

Som redegjort for innledningsvis er tillitsmodellen en ny tjenestemodell i hjemmebaserte tjenester. Strukturen i tjenestemodellen er endret og påvirker måten ressursene i kommunen forvaltes på (Eide et al., 2018, s. 14). Interessen for hvordan man organiserer og drifter offentlig sektor har stor betydning og interesse for både politikere, brukere og ansatte og handler i stor grad om tid og ressurser (Kuvaas, 2017). Utvikling av tjenestemodeller er ofte politisk motivert utfra ideologier og menneskesyn (Grimen & Terum, 2009, s. 32). Denne oppgaven vil ikke redegjøre for bakgrunnen og sammenhenger mellom de politiske retninger og tjenestemodeller, men presisere at omtale, forskning og kritikk ofte er farget av den enkeltes politisk ståsted (Olstad, 2021). Det er kjent at politikere bruker en retorisk overbevisning i reformer, modeller og organisering, hvor ord som brukermedvirkning, tillit og medbestemmelse ofte blir honnørord (Solberg, 2020, s. 54).

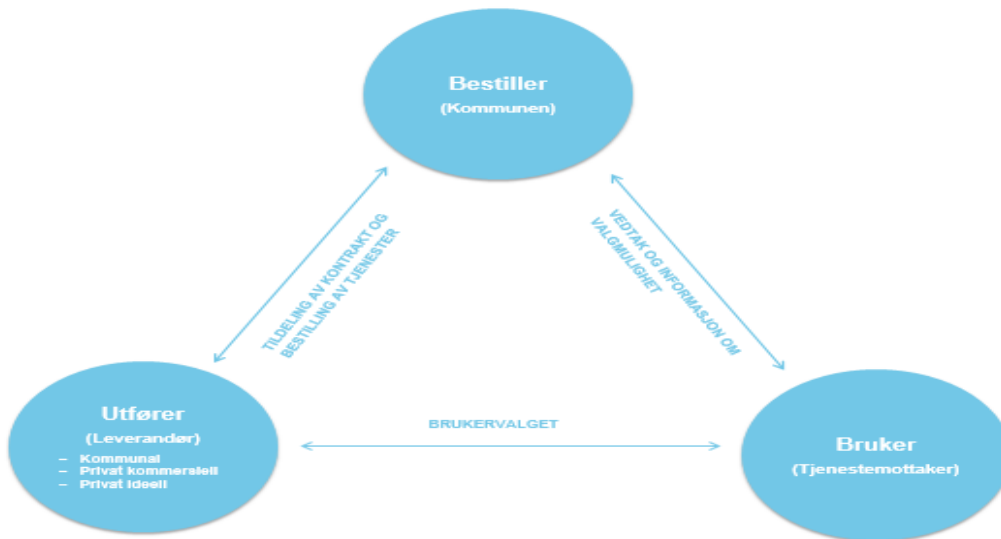
Samfunnets ressurser er knappe og fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det ønskelig at ressursene brukes der de kaster mest av seg, og hvor de er mest samfunnsnyttige (Oslo kommune 2021, s. 2). I Norge har vi gode og omfattende velferdsordninger som vi må verne om. Samtidig må også ordningene være rustet til å kunne møte utfordringene i fremtiden (Meld. St. 30 (2019-2020), s. 7). Befolkningen i Norge blir eldre, samtidig som de eldre lever lengre (Hjemås et al., 2019, s. 18). Det vil medføre at flere vil trenge helsehjelp fra det offentlige noe som legger sterkt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene å tilrettelegge for (Meld. St. 14 (2020-2021), s. 9). Framskrivninger gjennomført av SSB i 2019 viser at vi går mot en kraftig underbemanning av de fleste grupper av helsepersonell frem mot 2035. Dette skyldes i stor grad den aldrende befolkningen (Hjemås et al., 2019, s. 18).

Tillitsmodellen i Oslo ble initiert av lokalpolitikere som et innovasjonsprosjekt for å finne gode og effektive tjenestemodeller som kan forvalte og fordele de offentlige ressurser på en rettferdig, likeverdig og god måte (Byrådserklæringen, 2015, s. 7). Oslo kommune er styrt etter byparlamentarisme med Oslos bystyre som parlamentarisk organ med ordfører som kommunens øverste leder, og Oslos byråd med byrådsleder som utøvende myndighet og øverste ledelse av kommunens administrasjon. Hele Oslo kommune arbeider i dag ut fra de samme prinsippene for tillitsbasert styring og ledelse (Byrådssak, 1055/17). Ansvar for dette ligger hos Byrådsledernes kontor. Det overordnede ansvaret for tillitsmodellen innenfor helse og omsorgstjenestene ligger hos Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester. Oslo skiller seg fra andre kommuner ved at den er oppdelt i 15 bydeler med etablerte folkevalgte bydelsutvalg, og at det er opprettet egne bydelsadministrasjoner med vidtgående myndighet på visse områder. Derfor er det slik at alle bydeler har et selvstendig ansvar for å implementere prinsippene for tillitsbasert styring og ledelse og medfører at det vil være ulikt hvordan den enkelte bydel velger å organisere tjenesten (Byrådssak, 1055/17, s. 7).

2.2 Bestiller- utfører modellen

Bestiller- utfører modellen er en tjenestemodell som mange norske kommuner i dag benytter i større eller mindre grad i hjemmebaserte tjenester (Kattouw & Wiig, 2018, s. 2). Prinsippene som ligger til grunn for modellen ble introdusert under privatiseringsbølgen på 1980- tallet (Grimen & Terum, 2009, s. 32). Bestiller- utfører modellen var ikke en klart definert og fasttømret modell, men et løst konsept som kunne innebære mange ulike organisatoriske løsninger, og måtte tilpasses den enkelte kommune (Busch et al., 2011, s. 112). Utbredelsen i norske kommuner skyldes at modellen kunne tydeliggjøre kommunens ansvar og ga en ryddig oversikt over kommunens roller som forvalter/myndighetsutøver og tjenesteleverandør (Kommunenenes sentralforbund, 2004, s. 16).

Forholdet mellom aktørene er illustrert i figur 1:



Figur 1: Forholdet mellom aktørene i en bestiller-utfører-modell (Deloitte, 2015, s.10).

Det viktigste og mest grunnleggende med bestiller- utfører modellen var at det ble innført et tydelig skille mellom forvaltnings- myndighetsutøvelse (bestiller) og tjenesteproduksjonen (utfører) (som illustrert i figur 1). (Busch et al., 2011, s. 112).

Forvaltningsutøvelse fra bestiller var en sikring av at politiske beslutninger ble gjennomført og myndighetsutøvelse handlet om å avgjøre hvem som skulle ha og ikke ha tilgang til tjenester i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kriterier (Kommunenes sentralforbund, 2004, s. 15). Det vanligste var at det ble etablert et tildelingskontor som behandlet søknader fra bruker, fattet vedtak og bestilte en tjeneste utfra en faglig og juridisk vurdering (Forvaltningsloven, 1967; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Tildelingskontoret var atskilt fra de som skulle utføre tjenestene.

Tjenesteproduksjonen som var utfører i figur 1 bestod i å utføre tjenester til bruker som brukeren hadde rett på gjennom et vedtak (Kommunenes sentralforbund, 2004, s. 17). Ved endringer av brukers tjenester måtte tildelingskontoret kontaktes på nytt for ny vurdering og utforming av nytt vedtak (Busch et al., 2011, s. 112).

Det fulgte også med en finansieringsmodell med kontraktstyring og stykkprisfinansiering hvor pengene fulgte vedtakene til bruker. Det innebar at utfører fikk de ressursene som var nødvendig for å utføre bestillingen, og bestiller hadde til enhver tid en oversikt over forbruket i forhold til budsjett, ved en innsatsstyrt finansiering (Deloitte, 2012, s. 11).

Ideologien og målet med modellen var at definerte roller og arbeidsoppgaver og tydelige dokumentasjons- og kvalitetsmålingsverktøy ville føre til forbedringer av tjenesten (Stamsøe, 2009, s. 77). Distansen mellom bruker og tjenesteutøverne skulle sikre likebehandling samt at bruker fikk de tjenester de hadde behov og rett på. Det ville sikre gode prioriteringer, rettigheter og plikter og tydelige ansvarsforhold (Vabø, 2007, s. 54). På bakgrunn av tydelig likebehandling og styring kunne også virksomhetene sammenligne seg med hverandre og konkurrere om hvem som var best på kvalitet og effektivitet (NOU 1997:17).

Det var et fokus på brukermedvirkning i tjenestemodellen. Vedtak om detaljerte tjenester, valgfrihet og kontrollsystemer for å sjekke at tjenesten ble utført, samt en oppmerksomhet på å yte god service skulle komme brukeren til gode (NOU 1997:17).

Med denne styringsformen fulgte en større kontroll funksjon, hvor bestiller måtte sette krav til utfører om deres virksomhet innfridde krav som var satt. Det medførte en stor grad av kvalitetsmålinger og dokumentasjon av tjenesten (Stamsøe, 2009, s. 77). Den tydeligere styringen skulle føre til bedre utnyttelse av tverrfaglig kompetanse, samt en bedre ressursutnyttelse (Kommunenes sentralforbund, 2004, s. 18).

Utgangspunktet for innføringen av bestiller- og utfører modellen var at offentlig sektor var for dyr, for tungdreven og for fjern i forhold til de den skulle betjene (Vabø, 2007, s. 51). En ny reformbølge som fikk stor betydning for styringen av den offentlige sektor på 80-90 tallet var New Public Management (NPM) (Grimen & Terum, 2009, s. 76). Utredningen "En bedre organisert stat" (NOU 1989:5) dannet grunnlaget for nye måter å tenke organisering av statlige virksomheter på, og denne hentet inspirasjon fra NPM. I praksis betød det at mye av tankegodset fra det private markedet skulle benyttes til å styre offentlig sektor (Grimen & Terum, 2009, s. 76). Det medførte en oppsplitting og desentralisering av tidligere byråkratiske strukturer (Stamsøe, 2009, s. 67). Ideologien for NPM- reformer var at organisering av resultatenheter, stykkprisfinansiering, belønningsmekanismer, konkurranseutsetting og privatisering, ville føre til økt produktivitet, høyere kvalitet på tjenesten og større grad av brukerorientering (NOU 1989:5). Det fulgte med et sett av begreper fra markedet hvor pasienten nå var «for- bruker» og tjenesten var en «vare» som kunne settes på anbud (Klyve & Severud, 2014).

Etter en bølge av endringer og gjennomføring av nye styringsprinsipper i offentlig sektor som følge av NPM, startet det en internasjonal debatt knyttet til erfaringer med denne styringen

(Stamsøe, 2009, s. 77). Kritikken gikk i hovedsak ut på at tjenesten ble for detaljstyrt med et rapporteringsregime som virket lammende på offentlig sektor, og hvor kontrollsystemer hadde økt den administrative byrden (Amdam & Veggeland, 2011). Bestiller- utfører modellen ble betegnet som «stoppeklokkeomsorg», og «minutt-tyranni» hvor ansattes faglige skjønn, kompetanse, fleksibilitet og brukermedvirkning var delvis fraværende (Grimen & Terum, 2009, s. 193; Olstad, 2021). Videre ble bestiller- utfører modellen kritisert for å frata helsepersonell mulighet for selv å gjøre faglige vurderinger og ta beslutninger (Vabø, 2007, s. 225). Dette resulterte i at helsepersonell i hjemmetjenesten mistet sin motivasjon og status og fant seg andre jobber (Skogli, et al., 2018, s. 18). Kritikere mente man i stor grad hadde undervurdert hva profesjonsutøvelse handlet om i forhold til engasjement for sitt fag og viktigheten av å ha et meningsfullt arbeid (Slagstad & Messel, 2014). I 2012 viste en stor undersøkelse at det ikke var noen sammenhenger mellom hvilken bestiller- utføre modell kommunene hadde valgt å innføre, og effektiviteten av den. Det som viste seg var av betydning var måten modellen ble praktisert og etterlevd, i forhold til prinsippene i modellen. Det hadde mer betydning for om den var effektivitetsfremmende enn modellen i seg selv (Deloitte, 2012, s. 2).

I etterkant av NPM har det fulgt en rekke av store helsereformer, med utspring i ulike politiske ståsted med en intensjon om å forbedre helsetjenesten (Stamsøe, 2009, s. 78). Det hadde blitt et stort rettighetsfokus i tjenesten med innføring av nytt lovverk som pasientrettighetsloven (1999) og pasientskadeloven (2001). I tillegg ble det gjennomført en rekke store reformer som fastlegeordningen og sykehusreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001; Meld. St. 5 (2003-2004)). En hel rekke reformer med store konsekvenser for helsetjenesten.

I 2012 ble samhandlingsreformen innført av helse- og sosialtjenesten i Norge (Meld. St. 47 (2008-2009)). Målet var et tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Reformen ble sett på som en av de reformene med størst effekt på helse- og omsorgstjenestene i kommunen (Grimsmo, 2015). Et av de viktigste elementene i reformen var å gjøre sykehusene mer spesialisert og at man i større grad skulle overføre flere oppgaver til kommunene. Det var et mål at kommunen i større grad skulle opprettholde ansvaret for pasienten ved innleggelse på sykehus og det skulle medføre kortere innleggelser, reduserte ventelister og at bruker i størst mulig grad skulle behandles i,

eller nær eget bosted (Meld. St. 47 (2008-2009)). I praksis har det medført at pasienter som utskrives til kommunale tjenester i dag er mer ressurskrevende, er sykere og krever mer avansert medisinsk oppfølging enn tidligere. Det har stilt større krav om faglig kompetanse til ansatte i hjemmebaserte tjenester (Grimsmo, 2015).

2.3 Tillitsmodellen

Tillitsmodellen ble på mange måter utviklet som en reaksjon på reformbølgen og styringsmodeller knyttet til NPM med et ønske om en endring (Aspøy, 2020, s. 2).

Tillitsmodellen som tjenestemodell har sitt opphav i Nederland med Buurtzorg (Monsen & de Blok, 2013, s. 55). Buurtzorg som oversatt betyr «nabolagsomsorg», er en privat ikke kommersiell banebrytende helseorganisasjon som ble grunnlagt i 2006 av et lite team av profesjonelle sykepleiere (Gray et al., 2015, s. 2). De mente at flere år med reformpraksis hadde undergravd deres forhold til pasientene og redusert deres yrkesengasjement, hvor hjemmesykepleien ble karakterisert som kostbar og fragmentert og hvor ansatte var overarbeid og misfornøyde (Kreitzer et al., 2015, s. 40). Ideologien var enkel. Det var et mål å eliminere antall ledere og byråkrati, gi myndighet og faglig kompetanse tilbake til de som var nær bruker, og gi brukeren en større medbestemmelse (Monsen & de Blok, 2013, s. 56). Ved å ha et mestringsfokus i pleien, og mindre byråkrati ville antallet omsorgstimer bli redusert og tjenesten ville bli mer kostnadseffektiv (Monsen & de Blok, 2013, s. 58).

Det helt grunnleggende for modellen var at man hadde tillit til at fagpersoner i selvstyrte tverrfaglige teams vurderte, tildelte og utførte tjenestene hos ca. 50-60 brukere (Kreitzer et al., 2015, s. 40). Fagpersonen skulle opptre som «helse Coach» for den enkelte og deres familie, og forebyggende helsetiltak ble vektlagt. Den gyldne regelen var at sykepleieren måtte bruke 60% av tiden sin i direkte kontakt med bruker (Monsen & de Blok, 2013, s. 55). Nabolagsfokuserte tjenester omfattet at fagpersoner måtte kjenne til og benytte lokale ressurser, inkludere frivillige og annet formelt og uformelt nettverk for å iverksette forebyggende aktiviteter som forbedret helse og velvære for bruker (Kreitzer et al., 2015, s. 42). Vurderingen av brukers tjenester ble utført i brukers hjem med vurdering av tjenesten i et helhetsperspektiv. Et lite antall personer og mindre fragmentert pleie var et mål. Fagpersoner skulle bli generalister og relasjonen mellom klient og tjenesteutøver var

kjernestrategien (Monsen & de Blok, 2013, s. 56). Modellen hadde et stort fokus på Empowerment, at bruker så raskt som mulig skulle bli så uavhengig som mulig. Teamet måtte jobbe intensivt med bruker fra starten, gi informasjon og undervisning i egenomsorg og gevinst. Det var gunstig både for bruker, familie og helsevesenet (Kreitzer et al., 2015, s. 41). Buurtzorg er en privat leverandør av tjenester i hjemmepleien, og med modellen fulgte også en forenkling av faktureringen av tjenesten samt en omfattende IKT system som skulle gjøre organiseringen transparent i forhold til rammer og økonomi og med tilgang til faglige kunnskapsdeling (Monsen & de Blok, 2013, s. 56). Buurtzorg modellen har vært inspirasjon for mange land i verden til å utvikle en ny tjenestemodell for de kommunale hjemmebaserte tjenester (Kreitzer et al., 2015).

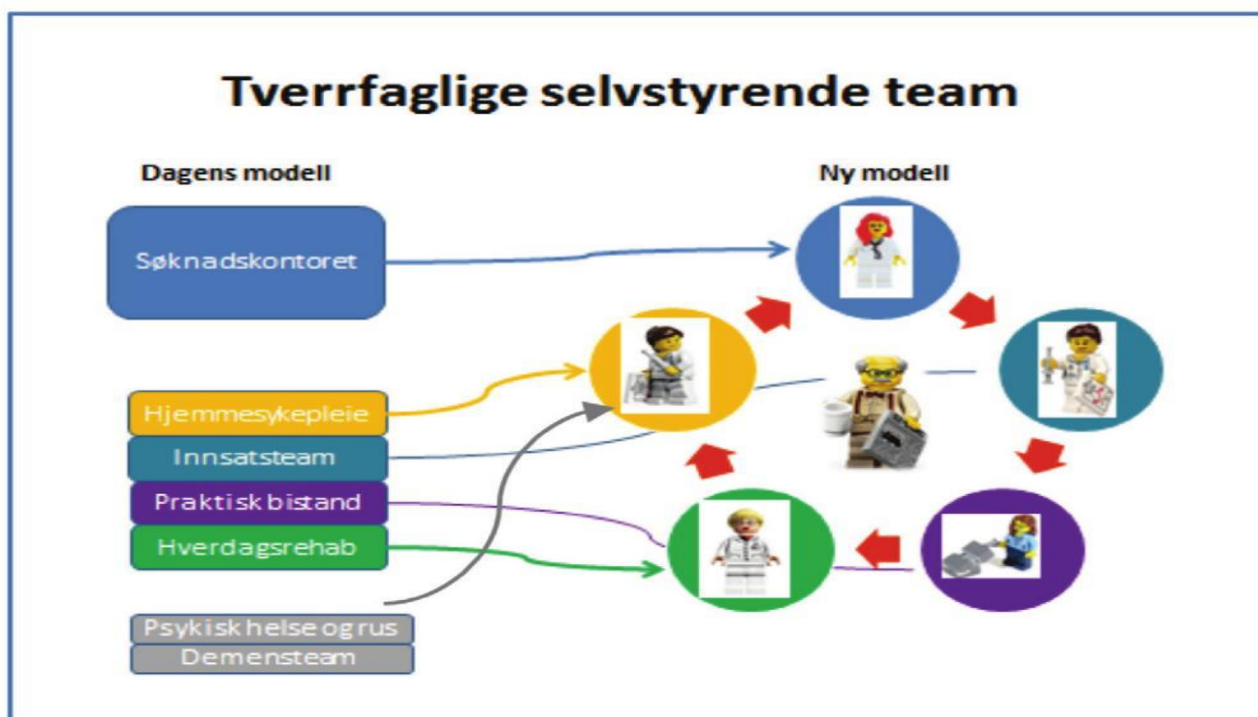
2.4 Oslo modellen

Etter snart 20 år med bestiller- utfører modellen som fungerende tjenestemodell med sterk påvirkning fra NPM reformene mente lokalpolitikere i Oslo kommune at det var tid for endring. To demografiske trender, som økning i antall eldre og urbanisering gjorde at man ønsket å imøtekomme dette ved å utvikle en innovativ løsning for tjenesten (Bystyremelding nr. 1/2014). Utgangspunktet for «Ny Oslo modell» prosjekt «Tillitsmodellen» startet i Oslo kommunes Seniorsmelding (2014) «*Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo*» (Bystyremelding nr. 1/2014). I 2015 etter kommunestyrevalget ble planer om en tillitsreform vedtatt (Byrådserklæringen, 2015). På flere områder var det et oppgjør med NPM reformstyringen der man ønsket en avbyråkratisering av tjenesteproduksjonen med mindre kontroll (Byrådserklæringen, 2015, s. 12). Stoppeklokketenkningen med vedtak, avgrenset på tid, måtte fjernes og erstattes av målrettede tjenester (Byrådserklæringen, 2015, s. 45). Politikernes mål med organisering etter tillitsmodellen var økt kompetanse, motivasjon og arbeidsglede blant ansatte og mer fleksibilitet, kvalitet og økt tilfredshet med tjenesten for bruker (Byrådserklæringen, 2015, s. 12). Målet var høy grad av brukermedvirkning i utvikling av egne tjenester, hvor større grad av mestring ville føre til færre tjenester og modellen vil være ressursbesparende for kommunen (Oslo kommune, 2019, s. 10).

Utvikling av Oslo modellen.

I arbeidet med Seniorsmeldingen og utviklingen av en ny tjenestemodell ble flere faggrupper og organisasjoner inkludert. Meldingen ble lagt ut til åpen høring hvor innspill resulterte i at det fra politisk hold ble besluttet å utvikle en ny tjenestemodell som en åpen innovasjon (Bystyremelding nr. 1/2014, s.6). Byrådet etablerte en forskningsgruppe som skulle følge pilotprosjekter og utarbeide en ny forvaltningsmodell «Tillitsmodellen», inspirert av tillitsmodellen fra Nederland og Danmark. Et omfattende prosjektarbeid startet opp januar 2016 hvor tre bydeler ble plukket ut i en mini-pilot 2016-2017 (Eide et al., 2017). Det ble etterfulgt av en videreutvikling og hoved- pilotering i fire bydeler 2017-2018 (Eide et al., 2018). Det var en innovasjonsprosess som ved en «bottom-up»-tilnærming skulle involvere ansatte og brukere i å utvikle en ny tjenestemodell for den hjemmebaserte tjenesten (Eide et al., 2017). Hovedtankene for Oslo modellen bygget på en avvikling av bestiller- utfører modellen, og i 2018 var det utviklet noen anbefalinger for nye Oslo modellen (Eide et al., 2018, s. 2).

Figur 2. Illustrasjon av forskjellen mellom bestiller- utfører modellen som var «dagens modell» og som Oslo modellen, illustrert i «ny modell» skulle erstatte.

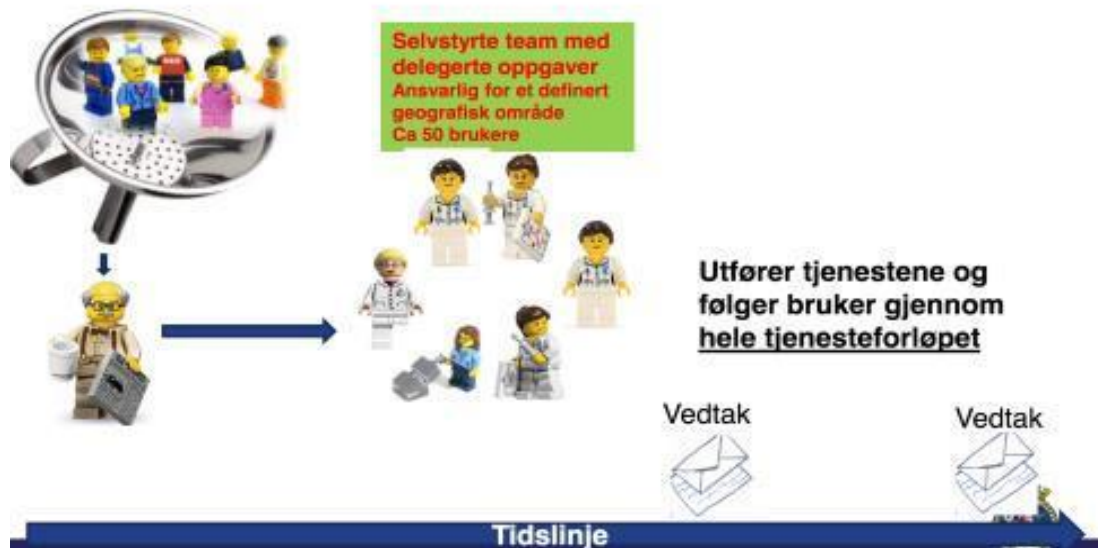


Figur 2. Tverrfaglig selvstyrende team (Joten, 2017).

Figur 2 illustrere endringen fra bestiller- utfører modellen (dagens modell) til Oslo modellen (ny modell). På et overordnet nivå representerte Oslo modellen en forvaltnings endring hvor bestillerenheten ble avskaffet og erstattet av tverrfaglig team som var en sammenlegning av myndighets/forvaltningsutøver og tjenesteutøver (Eide et al., 2018, s. 7). Bærebjelken i Oslo-modellen var at saksbehandler som tidligere var tilknyttet søknadskontoret ble integrert i et tverrfaglig selvstyrende team, og var det som skilte seg mest fra bestiller- utføre modellen i hjemmetjenesten. De tverrfaglige team hadde på denne måten det helhetlige ansvaret i både myndighetsutøvelsen og tjenesteproduksjonen (Eide et al., 2018, s. 12). Det skulle gi mulighet for rask og nødvendig justering av brukers behov, og den tjenesteansvarlige skulle sammen med brukeren være «limet» i denne modellen (Oslo kommune, 2019, s. 11). De selvstyrte teamene skulle i større grad enn tidligere ta egne faglige beslutninger og fordele arbeidsoppgavene seg imellom. Ansatte skulle få større ansvar og myndighet til å ta selvstendige beslutninger ute hos bruker (Eide et al., 2018, s. 6). Hvert team hadde ansvar for brukere med vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand tilhørende et definert geografisk område. Alle i teamet måtte rapportere til samme leder, og vedtaksmyndigheten lå hos teamleder (Eide et al., 2018). Hjemmetjenesten er som illustrert i figur 2 kompleks og er sammensatt av flere avdelinger og er ulikt organisert i bydelene. Det er påvirket av andre utviklings og endringsprosesser som gjør det utfordrende å tilpasse og prioritere tid og ressurser for tilrettelegging for Oslo modellen. Et hovedprinsipp i modellen er at selv om man prioritere å gruppere seg i mestringsteam ved kortvarige tjenester og for nye brukere, eller ved de mer langtidskrevende brukere med hjemmesykepleie så organiseres tjenesten i tverrfaglige team. Den tverrfaglige sammensetningen skulle inkludere sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, saksbehandler, ergoterapeut og fysioterapeut.

Figur 3 illustrere tverrfaglige team etter Oslo modellen fra henvendelse fra lege eller sykehus til tjenesten mottar, vurderer og utfører og fatter vedtak til bruker i samme team.

Slik fungerer Tillitsmodellen



Figur 3. Slik fungerer Tillitsmodellen (Joten, 2017).

Bærebjelken for modellen er som beskrevet de selvstyrende tverrfaglige team. På flere måter ble Oslo modellen en hybrid- modell hvor nye og allerede etablerte løsninger ble inkludert som del av modellen.

Brukermedvirkning

Hovedtankene fra nasjonale og lokalpolitiske reformer knyttet til brukermedvirkning ble synliggjort ved at setningen «Hva er viktig for deg?» fra kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet» ble en del av i Oslo modellen (Meld. St. 15 (2017-2018); Meld. St. 26 (2014-2015); Seniorsmeldingen, 2014). Hva som var viktig skulle være utgangspunktet for mål og tjenester for bruker.

Tillit og kontroll

Målet fra lokalpolitikere i utvikling av Oslo modellen var å bryte med styringen fra NPM med detaljstyring og kontrollsystemer. I mai 2017 ble tillit vedtatt som det bærende prinsipp i styring og ledelse i Oslo kommune (Byrådssak, 1055/17). Det var et mål at tillitsbasert styring skulle kjennetegnes ved få og tydelige mål og redusert detaljstyring samt hva skulle gjelde i alle ledd i kommunen (Byrådssak 1055/17). Mål og resultatstyring skulle fortsatt

praktiseres, men: *“Det skal legges mer vekt på tydelige mål, forventninger til resultater og effekt. Det skal legges mindre vekt på kontroll, detaljrapportering og måling av aktiviteter, tiltak og virkemidler.”* (Byrådssak 1055/17, 2017:2). Tillitsreformen skulle derav ikke erstatte mål og resultatstyringen som det rådende styringsprinsippet i Oslo kommune, men det var hellere en ambisjon om å begrense den. I juni 2019 ble det publisert «Overordnet standard for tjenester i hjemmet» (Oslo kommune, 2019). Denne synliggjorde en endring i myndighetsutøvelsen fra tidligere, hvor antallet av vedtak og detaljfokuset i vedtaksutformingen ble målrettet. Vedtak skulle fremover utformes etter en tverrfaglig behovsvurdering med mål for brukeren om å mestre dagliglivet sitt både i og utenfor hjemmet (Oslo kommune, 2019). Tillitsbegrepet betød i tjenestesammenheng at det tverrfaglige teamet ble gitt tillit til å kunne organisere, vurdere, tildele og utføre tjenesten til bruker (Byrådserklæringen, 2018). Ledelsen skulle i mindre grad måle og kontrollere de ansatte og tjenesten (Byrådssak 1055/17, 2017:2). Vedtak skulle fortsatt skrives av saksbehandler, men i det tverrfaglige team, på bakgrunn av en samlet vurdering fra primærkontakt, teamet og bruker, og kun ved tjenester som forventes å vare over 14 dager (Oslo kommune, 2019, s. 11).

Tjenesteansvarlig

Et annet prinsipp i Oslo modellen som tidligere har vært kjent i tjenesten, var at alle tjenestemottakere skulle ha oppnevnt en tjenesteansvarlig/primærkontakt avhengig av tjeneste og behov (Oslo kommune, 2019, s. 11). Behovsstyrt bemanning (BOB) ble innført i Oslo kommune i perioden 2010-2011 for å bedre kvaliteten i hjemmetjenesten. Denne var inspirert av NPM og inneholdt sjekklister, kontrollskjema og tiltaksplaner og prosedyrebeskrivelser for å sikre likhetsbehandling. Dette medførte et prinsipp om at hver mottaker av hjemmetjenesten skulle ha besøk av tjenesteansvarlig i minst hvert 7 hoved besøk (Rennemo & Sand, 2010).

2.5 Forskning knyttet til tillitsmodellen

Etter at tillitsmodellen første gang ble introdusert som en tjenestemodell i Nederland i 2006 har det vært stor interesse for ideologien og prinsippene for modellen i resten av verden (Drennan et al., 2018; Gray et al., 2015; Monsen & de Blok, 2013). Flere land har

implementert modellen i den kommunale helsetjenesten (Bentzen, 2016; Bringselius, 2017; Gray et al., 2015). Det er derfor interessant å kjenne til deres erfaringer med modellen. Forskning fra den kommunale sektor i England og USA blir trukket frem. Danmark og Sverige har implementert modellen på ulik måte og forskning knyttet til de skandinaviske land er trukket frem da deres samfunnsstruktur og velferdsstat er sammenlignbar med den norske. Resultater fra følgeforskning i gjennomføring av pilotprosjektene i Oslo er relevant, og til slutt vil forskning knyttet til tillitsbasert ledelse i offentlig forvaltning bli presentert da det er relevant for Oslo modellen og dens gjennomføring.

I mitt søk etter forskningsartikler er det benyttet norske søke-ord som «Tillitsmodell», «hjemmebaserte tjenester», «ansatte erfaringer», «brukermedvirkning» og «tverrfaglige team». Av engelske søkeord er det benyttet «Buurtzorg», «home care/community care», “Trust based model”, “interdisciplinary teams”, “patient involvement”. Av ulike søkemotorer har jeg benyttet ORIA, CINAHL, Google scholar, Idunn, SveMed+ samt snøballmetoden. Det var vanskelig å finne rette søkeord på engelsk knyttet til tillitsmodellen som tjenestemodell. Med søkeord som «trust- management» kom det mange treff i forhold til tillitsbasert ledelse. Når søkeordet ble erstattet med Buurtzorg var det treff på tillitsmodellen som tjenestemodell. Dette har igjen en sammenheng med at Tillitsmodellen ikke er en «standard modell» men ideologien bak inspirerer og utvikles og implementeres ulikt i kommunene. I norsk kontekst er det utover Oslo startet opp i flere kommuner som Tromsø og i Bergen. Erfaringene fra disse kommunene er ennå begrenset.

Forsknings-artikler knyttet til den nederlandske tillitsmodellen viser til en stor utbredelse og popularitet i landet (Monsen & de Blok, 2013, s. 57). I starten møtte den kritikk fra konkurrerende leverandører, og på bakgrunn av kritikken ble det fra det nederlandske Helsedepartement initiert en undersøkelse av de ulike tjenestemodellene (Brindle, 2017). Undersøkelsen ble presentert i 2015 og viste at Buurtzorg ble rangert blant de beste leverandører av hjemmetjeneste på målinger av pasienttilfredshet, kvalitet, økonomi og ansatte-tilfredshet. De har i flere år blitt kåret til beste arbeidsplass med over 1000 ansatte i Nederland (Gray et al., 2015, s. 4). Forskning viser at en styrke ved den nederlandske modellen er at de tiltrekker seg dyktige fagpersoner fra hele feltet, på grunn av populariteten med tilfredshet hos ansatte og brukere og grunnet gode lønninger (Monsen &

de Blok, 2013, s. 57). Utdanningsnivået er derved høyere enn andre tilbydere og reflekteres igjen tilbake til kvaliteten på pleien (Tholens, 2014). En svakhet ved modellen er at de er sårbare ved sykdom og fravær og mange deltidsstillinger gjør det vanskelig å få turnus til å gå opp (Tholens, 2014). Oppsummert kan man si at forskningen viser at modellens suksess bygger på en økt kompetanse og autonomi for de ansatte og at brukerens tilfredshet bygger på større grad av medbestemmelse og medvirkning i egen tjeneste (Monsen & de Blok, 2013, s. 57).

I 2014 ble en amerikansk kommune i Stillwater, Minnesota inspirert av modellen og startet et samarbeide med grunnleggeren av den nederlandske modellen. De utviklet et team i hjemmetjenesten etter ideologien fra Nederland (Gray et al., 2015, s. 4). I en case-study viser Gray et al. (2015) til at implementeringen av modellen har møtt flere utfordringer i USA. Som ny leverandør, uten kjennskap til nabolaget ble det vanskelig med rekrutering av pasienter. Faktureringen ble opplevd som komplisert og vanskelig å endre på. Det stilles spørsmål ved om den nederlandske modellen kunne overføres i stor skala i andre land. Gray et al. (2015) konkluderte imidlertid med at modellen inneholdt mange gode aspekter og verdier hvor det selvstyrte teamet med autonome arbeidsgrupper var den største styrken i modellen og kunne fungere som motgift til utbrenthet blant personalet (Gray et al., 2015, s. 6). Et engelsk forskningsprosjekt av Drennan et al. (2018) fra hjemmetjenesten i engelsk kontekst, viste at ansatte foretrakk denne tilpassede modellen fremfor den eksisterende (Drennan et al., 2018, s. 5). De mente at modellen hadde et potensiale for å svare på bekymringer fra ansatte som manglende fleksibilitet og kontinuitet i pleien og manglende pasientfokus. De tverrfaglige teamene gjorde tjenesten mer effektiv og fleksibel, men studien viste det var usikkerhet i forhold til anerkjennelse og støtte fra ledelsen angående selvledende team (Drennan et al., 2018, s. 5). Et pasientsentrert fokus ble tatt godt imot, men i forskningen fant de det vanskelig å undersøke om modellen var kostnadseffektiv (Drennan et al., 2018, s. 6). En artikkel av Kreitzer et al. (2015) viser til at man generelt i helsevesenet har glemt fokuset på den primære prosessen med å levere omsorg til pasienter, men i stedet har opprettholdt fokus på byråkratiet. De beskriver tillitsmodellen som en sosial innovasjon utover helsevesenet, med en helhetsorientering knyttet til hele samfunnet med å fremme helse og velvære for mennesker, familier og lokalsamfunn. Det

kan derved ta tid og vil være vanskelig å måle på effekt, men vil være viktig å ta med i fremtidens diskusjoner (Kreitzer et al., 2015, s. 44).

I Skandinavia har inspirasjonen fra Nederland knyttet til tillitsmodellen også medført endringer i tjenestemodeller i hjemmebaserte tjenester. I Danmark startet man innføring av en tillitsmodell i 2013 i København kommune (Aspøy, 2016). Denne ble formalisert gjennom en avtale mellom regjeringen, kommunen og fagforeningen hvor det var arbeidstakersiden som var pådriveren for modellen (Bentzen, 2016). Fokus var viktigheten av tillit til medarbeideren for å øke faglighet og innovasjon, mindre byråkrati og sentraliserte beslutninger og bedre kvalitet i kjerneoppgavene, uten å øke kostnadene (Bentzen, 2016). Denne reformen hadde som første punkt at mål- og resultatstyring skulle være det rådende styringsprinsippet, men at man i skulle arbeide med dialog og tillit i forholdet mellom ledelse og arbeidere (Vallentin & Thygesen, 2017). I tjenestemodellen hadde de beholdt saksbehandlerne atskilt fra teamet og videreført noen av prinsippene fra bestiller- utfører modellen. Erfaringene med reformen i Danmark har vært blandede. Det viste seg vanskelig å «mikro- manage» tillit mellom lokale ledere og medarbeidere fra sentralt hold. Det fantes så mange ulike krav, regler og typer arbeidsoppgaver i offentlige virksomheter, og erfaringen var at det var nødvendig å jobbe ulikt med en slik reform. Det var ikke en løsning som passet for alle (Vallentin & Thygesen, 2017). I arbeidet med sin doktorgradsavhandling fant Bentzens (2016) at modellen mer var en modifikasjon av den eksisterende modellen enn en sterk endring. Mål og resultater kom uten tvil først og så kom tillit. I hennes forskning fant hun at en sentral utfordring for lederen i tillitsbasert ledelse var å demonstrere konsistens, ydmykhet og risikovillighet. Studien viste til at tillit, makt og kontroll spilte sammen og innebar langsiktig arbeid og kontinuerlig balansering mellom nærvær og distanse (Bentzen, 2016, s. 251). I arbeidet med sin doktorgradsavhandling fant Bentzen imidlertid tegn på at kontroll under visse betingelser kan være i overensstemmelse med tillit (Bentzen, 2016, s. 252). Kontroll kunne gi mening for de som var utsatt for den, det var avhengig av hvor meningsfull og om den understøttende kontrollen opplevdes av den underordnede og om den understøttet virksomhetens kjerneoppgaver (Bentzen, 2016, s. 252). Bentzen fant videre noen barrierer for å lykkes med tillitsbasert ledelse i offentlig sektor. Strukturelle barrierer ved endringer i tillitsbasert styring, manglende ressurser og besparelser, kommunikasjon av forventninger, kompetanse og motivasjon, når medarbeidere ikke kan eller vil ta det ansvar

som følger med (Bentzen, 2016, s. 255). Fasttømret handlemønstre i organisasjonen som er sterk og ubevisst at det er vanskelig å endre på (Bentzen, 2016, s. 256). Tillitsbasert ledelse er avhengig av sin kontekst og involverer multiple rolleendringer hvor alle må akseptere økt risiko og sårbarhet i forhold til hverandre (Bentzen, 2016, s. 256). Det er fortsatt nødvendig med forskning på tillitsbasert ledelse og utprøving i praksis i hjemmebaserte tjenester i Danmark, men ved regjeringsskifte i 2019 er politikerne tydelige på at de ønsker å føre styringsmodellen videre, men kaller det nå en nærhetsreform (Aspøy, 2020).

Også i Sverige har tillitsreformen vært gjenstand for både diskusjon og forskning. I 2016 ble det opprettet en Tillitsdelegasjon av regjeringen i Sverige, og året etter fikk den i oppdrag å gjennomføre et prosjekt som skulle hjelpe statlige myndigheter i overgangen til tillitsbasert styring og ledelse (Bringselius, 2017, s. 3). Oppdraget ble ferdigstilt og resulterte i ny SOU 2019, «Med tillit följer bättre resultat- Tillitsbaserad styrning och ledning i staten» (SOU 2019:43). Tillitsmodellen er i Sverige implementert som en «ovenfra» styring og med en ledelsesform som ser på hele styringssettet og kulturen i offentlig sektor (Bringselius, 2017). I forskningen fra Bringselius (2017) vises det til utfordringer knyttet til denne ledelsesmodellen. Det er som i Danmark forholdet mellom risiko, kontroll og makt som forskeren setter søkelyset på. Hovedskillet mellom de som er tilhengere av en tillitsreform og de som støtter en mål- og resultatstyring dreier seg om vurdering av risiko. Bringselius (2017) viser til at dette ikke skyldes påvirkningen fra NPM alene, men egen organisasjons ønske om langsiktige målsetninger og ønske om å være fremgangsrike (Bringselius, 2017). En av de mest konkrete forslagene Tillitsdelegasjonen foreslo var å svekke inspeksjonsmyndigheters mandat for helsevesenet. Dette var et tydelig eksempel på en nødvendig reduksjon av kontroll og rapportering som de mente var nødvendig for at tillit i den offentlige sektor skulle øke (Bringselius, 2017).

I Eide et al. (2017) sin følgeforskning knyttet til erfaringer med minipilotering av tre bydeler i hjemmebaserte tjenester i Oslo kunne man attestere positive resultater knyttet til økt brukerorientering og gode erfaringer med selvstyrte og tverrfaglige team i praksis (Eide et al., 2017, s. 22). Samtidig fant man at det hersket mye uklarhet rundt ansvar og roller i begynnelsen, og at både ansatte og ledere trengte skoleing for å kunne forstå og anvende tillitsmodellen i egen virksomhet (Eide, et al., 2017, s. 23). Hoved-piloteringen hadde senere i 2018 fokus på selve implementeringsprosessen, det vil si de erfaringene som de involverte

aktørene hadde hatt med tillitsmodellen (Eide, 2018). Samtidig ble det lagt merke til systemutfordringer som kom til syne i omstillingsprosessen. Eide et al. (2018) sin forskning viste at tillitsmodellen hadde flere positive elementer og at den hadde potensiale for videreutvikling. Medarbeiderne opplevde å arbeide i tverrfaglige team, med avgrenset antall brukere og økt myndighet og ansvar, som motiverende og lærerikt (Eide et al., 2018, s. 5). Teamene opplevde at den faglige kvaliteten i brukeroppfølgingen økte ved at de fikk bedre kontakt med brukere (Eide et al., 2018, s. 6). Det ble tydelig at modellen krevde en kulturendring og endret lederrolle både når det gjaldt lederstil og kompetanse på å lede tverrfaglige grupper (Eide et al., 2018, s. 5). Avklaring av roller i teamet, trening og opplæring i ressursfremmende samtaler basert på «Hva er viktig for deg?» ble trukket frem som viktige forutsetninger for å lykkes (Eide et al., 2018, s. 7). Forskningen viste at tilpasningen til tillitsmodellen krevde ny kompetanse (Eide et al., 2018, s. 8).

Bård Kuvaas (2017) professor ved BI har forsket på tillitsbasert ledelse og mener at det er en god forutsetning for å lykkes med tillitsbasert ledelse i offentlig sektor i Norge da vi i bunnen har en grunnleggende tillit til systemet. Hovedbudskapene i hans forskning er at ledelse basert på mål og resultatstyring gir mindre motiverte medarbeidere, økt sykefravær, høyere utbrenthet og dårligere produksjon, mens tillitsbasert ledelse kan gi mer reell kontroll enn tradisjonelle forsøk på å oppnå kontroll (Kuvås, 2017). Tillitsbasert ledelse er ifølge Kuvaas (2017) å ta sjansen på å stole på sine medarbeiders kompetanse og motivasjon. Dette har med indre og ytre motivasjon å gjøre. Ytre motivasjon betyr at motivasjonskilden ligger utenfor oss, i form av lønn eller anerkjennelse. Indre motivasjon betyr at man er motivert av jobben i seg selv og opplever det er gøy å jobbe (Kuvås, 2017). Den viktigste faktoren som skaper indre motivasjon er autonomi på jobben. Da jobber ansatte både hardere og smartere fordi de får lov å utvikle og bruke sine ferdigheter og sin kompetanse. De blir også mer ansvarlige fordi de vet at de selv har ansvaret (Kuvaas, 2017). For å vinne tillit og lykkes som leder, må en i holdning og handling vise at en tror på menneskene. I dagens samfunn venter medarbeidere, også i offentlig virksomhet, å bli vist tillit gjennom å bli gitt innflytelse og pålagt ansvar og medansvar (Grenness, 2012). Organisasjoner som har selvgående beslutningsdyktige medarbeidere, er også de mest innovative (Dirks & Ferin, 2002, s. 614).

En undersøkelse av Nyhan (2000) er trukket frem da han gjennom en litteraturstudie har utforsket muligheten for et tillitsbasert organisasjonsparadigme som en ny modell for offentlig forvaltning. Hans forskning viser at deltagelse i beslutningsprosesser, tilbakemeldinger fra og til ansatte og Empowerment av ansatte fører til tillit (Nyhan, 2000, s. 87). Gjennom en tillitskultur hvor ansatte er informert og tatt med i beslutninger er det lettere å stå imot negative konsekvenser som nedbemanning og gir en større evne til å tilpasse seg styringsendringer (Nyhan, 2000, s. 101). Men med et større ansvar i tillitsbasert ledelse følger også en større forventning om en større risiko. Nyhan viser til at det avhenger av den enkeltes kultur, faglighet og robusthet å takle denne risiko (Nyhan, 2000, s. 102). Fordelene ved tillitsbasert ledelse i offentlig sektor oppveier i høy grad vanskelighetene (Nyhan, 2000, s. 87). Denne artikkelen støtter påstanden om at tillitsskapende praksis mellom ledere og ansatte kan føre til økt produktivitet og styrker det organisatoriske engasjement. Det er vist til et behov for mer forskning på den interne dynamikken i offentlige byråkratier, samt på deres holdninger og kulturer (Nyhan, 2000, s. 103). Skeptikerne mener tillitsbasert ledelse også har en bakside. Den er tidskrevende å bygge opp og lett å bryte ned. Den har en risiko når den er ubegrunnet og for høy grad av tillit kan føre til dårlige kulturer som korrupsjon og manglende fornyelse (Connell & Mannion, 2006).

3 Teoretiske perspektiv

I dette kapittel vil jeg kaste lys over teoretiske perspektiver som vil være aktuelle i forhold til min problemstilling. Det gis en kort generell begrepsforståelse av tillit da det er et sentralt begrep i oppgaven. Da denne oppgaven bygger på erfaringer med tillitsmodellen knyttet til tverrfaglige team vil jeg beskrive noen fordeler og ulemper ved team organisering. Et annet fokus i oppgaven er brukermedvirkning hvor begrepet redegjøres for i lys av rettigheter, deltagelsesnivå, makt og autonomi.

3.1 Tillit

Tillit er behandlet fra mange akademiske perspektiver, men det er noen felles trekk i forståelsen av fenomenet som det er enighet om. Det dreier seg om den sterke kobling mellom tillit og risiko (Grimen, 2009; Luhmann, 1999; Seligman, 1997). Tillit er et fenomen som er vanskelig å definere, men er noe som bygges opp over tid og som er avhengig av flere parter å utvikle (Luhmann, 1999, s. 59). Ifølge Grimen (2009) handler tillit om troverdighet, respekt og opplevd rettferdighet og er en overføring av makt til en person eller til et system. Det gir makt til å handle på andres vegne til deres beste og betyr å stole på andre og å handle med få forhåndsregler (Grimen, 2009, s. 53). Den som gir tillit gir samtidig fra seg, eller benytter seg ikke av muligheten for å bruke makt og kontroll. Det kjennetegnes ved en åpen holdning til andre (Grimen, 2009, s. 52). Men tillit er også et vågestykke. Å gi tillit kan medføre å bli lurt eller sviktet. Er tapet stort og hyppig blir man ofte skeptisk og ønsker å ta forholdsregler (Grimen, 2009, s. 70). Mange forholdsregler betyr at man bruker tid og ressurser til å være på vakt. Konsekvent mistillit skaper rigide arbeidsformer og kan ha store psykiske omkostninger. Kunsten er å finne en god balanse mellom tillit og skepsis. På den ene siden å utvikle og finne muligheter og på den andre siden å forebygge og kvalitetssikre (Luhmann, 1999, s. 121). Oppbygging av tillit er en gjensidig prosess hvor begge må treffe en beslutning om man vil akseptere tilliten og om man vil returnere den. Den kan ikke beordres, men inviteres. Den som har makten, kan kreve en handling, men tillit kan ikke forlanges eller fremtvinges (Grimen, 2009, s. 54). Denne prosessen er en trinnvis prosess og i en asymmetrisk maktrelasjon vil man forvente at lederne må ta initiativet til tillitskapelsen

(Luhmann, 1999, s. 87). Jo større tillit man har jo større risiko kan man ta i forhold til risiko og tillitsaspektet (Seligman, 1997; Grimen, 2009).

3.2 Tverrfaglige teams

Et grunnleggende element for både tillitsmodellen og Oslo modellen er organiseringen av tverrfaglige team. Team-organisering har hatt en rask utbredelse og generelt kan man si at team som arbeidsform er nyttig når ulike kunnskapsbaser skal bringes sammen for å skape noe (Newell et al., 2009). I en spesialisering av helsetjenesten og med komplekse arbeidsoppgaver og endringer er virkeligheten for den hjemmebaserte tjenesten stadig mer utfordrende. Det er vanskelig for enkeltpersoner å løse oppgaver og problemer alene, noe som fører til økt behov for teamarbeid (Johnson & Johnson, 2005). Mye av arbeidet og læringen i organisasjoner i dag skjer dermed gjennom samarbeid i team der det er forventet at teammedlemmene skal integrere perspektiver, dele informasjon og ideer, samt koordinere oppgaver og kompetanse for å nå felles mål (Edmondson, 2004; Edmondson & Lei, 2014). Tverrfaglig teamarbeid i organisasjoner blir ofte fremstilt som nøkkelen til kreativitet og suksess. Det handler om hvordan et variert utvalg av individer kan skape ideer sammen som overgår det personer kunne produsert alene, og med dette skaper det som betegnes som synergieffekter i dag (Newell et al., 2009, s. 82).

Tverrfaglighet var også en del av hjemmetjenesten i bestiller- utfører modellen (Busch et al., 2011, s. 114). Det kunne være ved tverrfaglige ansvarsgruppemøter hvor flere faggrupper møtes med bruker for å snakke om tjenesten. Dog jobbet de ulike faggruppene ved siden av hverandre med sterkt atskilte fagområder og mål for bruker, noe som bedre kan beskrives som flerfaglighet (Helsedirektoratet, 2017). Hvert fag belyste problemer fra sitt ståsted, men det var ikke noen direkte kontakt og kunnskapsdeling. I tillitsmodellen innebærer tverrfaglige team at det finnes en struktur for daglig samarbeid hvor man jobber mot et felles mål for brukeren (Oslo kommune, 2019). De ulike fagene som deltar, vil danne en syntese av kunnskap som de besitter og som de ønsker å gjøre felles. Det er derved en kvalitativ forskjell fra flerfaglig arbeid, hvor det i det tverrfaglige samarbeid skjer en faglig interaksjon på det teoretiske, praktiske plan hvor det bygges opp en kollektiv forståelse og kompetanse på tvers av fag (Helsedirektoratet, 2017).

3.2.1 Tverrfaglighet og fordeler

En fordel med denne måten å organisere arbeid på er at den kan føre til økt autonomi og beslutningsmakt i arbeidet (Newell et al., 2009). Levin og Rolfsen (2015) viser til at teamorganisering og teamarbeid vil være godt egnet når oppgavene som teamet skal løse er sammensatte, komplekse og uoversiktlige, når det er behov for integrering av ulike kompetanse og når man ønsker å bruke teamet som læringsarena. Assmann (2008) nevner mange av de samme forholdene, men legger til at fleksibilitet, ressursutnyttelse, økt myndighet av medarbeidere, stimulering til kreativitet og utvikling, helhetstenking og brukerorientering er årsaker til at organisasjoner velger teamorganisering. Forsker Nina Amble viser til viktigheten av tverrfaglighet i en organisasjon som arbeider med mennesker hvor det er følelser involvert som for eksempel i en pasientrelasjon. Da gir det gode resultater for arbeidsmiljøet med mestring og trivsel at man har tverrfaglige refleksjonsgrupper. Refleksjonsgruppene bidrar til at de ansatte blir bedre kjent med hverandre, noe som igjen bidrar til at det blir lettere å hjelpe hverandre, og i utfordrende pasientrelasjoner kan gruppen veilede og hjelpe med bearbeiding og hindre utbrenthet (Amble, 2013, s. 80).

3.2.2 Tverrfaglighet og utfordringer

Det kan være utfordrende å få til godt og vellykket teamarbeid. Allen og Hecht (2004) har skrevet en artikkel om hvordan fenomenet team ofte romantiseres og skaper entusiasme. En konsekvens av dette er at team opprettes uten forbehold i organisasjoner nesten til enhver situasjon med en forventning om at det skal løse ethvert problem, og oppnå alle mål. De beskriver at det ses en tendens til at ledere i denne sammenhengen har blitt skuffet, og avsluttet videre bruk av team, da de ikke oppnådde de resultatene de hadde forventet. Allen og Hecht (2004) mener følgelig at den store utbredelsen av team i organisasjoner i dag ikke bygger på relevant empirisk forskning og teori. Det er nemlig ikke slik at teamorganisering i seg selv fører til effektivitet, læring og gode resultater. Det er en rekke forhold som vil spille inn. En vesentlig forutsetning for utvikling og endring i organisasjoner er kultur for læring. Arbeidsplassen blir i større grad enn tidligere sett som en arena for læring heller enn bare utførelse av oppgaver (Edmondson, 2004; Noe et al., 2014). Arbeidsplassen som læringsarena har et stort potensial (Edmondson, 2014; Levin & Rolfsen, 2015). Ifølge

Edmondson & Lei (2014) er team den viktigste læringsenheten i organisasjoner. En økende avhengighet av team i skiftende og usikre organisasjonsmiljøer medfører viktighet av å forstå de forholdene som støtter velfungerende team og de faktorene som muliggjør teamlæring. Kunnskap om hva som kan fremme og hemme samarbeid og læring er av stor betydning for organisasjoner i dagens samfunn. Men det viser seg at teamarbeid i realiteten kan være utfordrende å få til (Allen & Hecht, 2004).

Edmondson (2004) viser til at en utfordring i dette arbeidet vil være å koordinere og integrere den samlede kompetansen som finnes i teamet for å utnytte kunnskapen og ferdighetene medlemmene har. Dette understrekes også av Levin og Rolfsen (2015) som hevder at mangfold og ulikhet skaper den dynamikken og variasjonen i kompetanse som får frem det beste i et team, men at det kan være utfordrende å få til effektivt og godt fungerende teamarbeid selv med de rette forutsetningene. Edmondson (2004) snakker her om en psykologisk trygghet som består av oppfattelser som gjerne er tause og tatt for gitt med hensyn til hvordan andre på arbeidsplassen vil respondere dersom man spør om hjelp, stiller spørsmål, søker tilbakemelding, sier ifra ved feil, eller foreslår nye ideer (Edmondson, 2004). I Edmondson (2004) sin teori om psykologisk trygghet, står medlemmene i team stadig ovenfor «micro-behavioral decisions points» hvor man veier handlingen man ønsker å gjøre opp mot det spesifikke mellommenneskelige klimaet, og risikoen ved å utføre den. Videre beskriver det et klima der mennesker føler seg trygge på å dele relevante tanker og følelser, og innebærer at teammedlemmene har en følelse av trygghet på at temaet ikke vil ydmyke, avvise eller straffe noen for «speaking up» (Edmondson, 2004). En slik følelse av trygghet har bakgrunn i gjensidig tillit og respekt blant teammedlemmene, hvor frykten for negative konsekvenser relatert til eget selvbilde, status eller karriere reduseres (Edmondson, 2004). Psykologisk trygghet er til stede når kollegaer stoler på og respekterer hverandre og føler seg i stand til, kanskje til og med forpliktet, til å være ærlige (Levin & Rolfsen, 2015). Oppsummert kan man si at tverrfaglige team er nyttig som organiseringsform hvor det er et mangfold i gruppen, hvor det skal løses kompliserte og utfordrende oppgaver, der det er et fruktbart og organisert læringsmiljø og hvor leder og deltagere har en god kjemi med åpenhet og robusthet for andres synspunkter.

3.3 Brukermedvirkning

I tillitsmodellen er et sentralt tema brukermedvirkning. Tillitsmodellen er en endring fra tidligere tjenestemodell ved at fagpersonen nå i en tettere relasjon med bruker skal vurdere, utføre, endre og tilpasse tjenesten sammen. Det er et mål at den nære relasjonen skal gi større grad av medvirkning for bruker. Et sentralt spørsmål i oppgaven er hvordan ansatte jobber med brukermedvirkning. Med andre ord hvordan bruker medvirker i utformingen av egne tjenester sett fra tjenesteutøverens perspektiv. Et viktig prinsipp om medvirkning og medbestemmelse handler i stor grad om de relasjonelle betingelser, det vil si samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter. Jo Cahill (1996) fremhever at det er fem viktige karakteristika som skal være til stede for å oppnå medvirkning. Relasjon, kompetansedeling, makt, engasjement, og det må være verd prisen. For det første må være en etablert relasjon mellom bruker og tjenesteutøver (Cahill, 1996, s. 565). Denne relasjonen må gjøre det mulig å jevne ut kompetanseforskjellene hvor informasjonen må ha et mål om kompetansedeling (Cahill, 1996, s. 565). Den makt og kontroll tjenesteutøveren har må reduseres til fordel for en makt og kontroll hos bruker. De må begge engasjere seg med hensyn til å løse problemet og delta i gjøremål som bidrar til en bedre situasjon for bruker. Begge må ha troen på at det kommer noe godt ut av dette. Fordelene må overstige risikoen, og hindringene må ikke være uoverskuelige, det må rett og slett være verdt prisen (Cahill, 1996, s. 566). En forutsetning for at bruker skal kunne medvirke i utforming og gjennomføring av tjenestetilbud er at tjenesten og tjenesteutøver har et visst handlingsrom (Hansen, 2015, s.19). Det krever at fagpersonen gis tid og rom til å kunne innhente kunnskap og være i dialog med bruker, for å skape tillit og kunne vurdere gode løsninger. I den kommunale helse og- omsorgstjenesten er dette en stor utfordring på grunn av stort tidspress. Hansen (2015) mener at når hjemmetjenesten kvantifiseres og tjenesten kun er preget av effektivitet etter inspirasjon fra NPM styringsprinsipper, går det ut over det faglige skjønnet og egenarten ved faglige vurderinger skades (Hansen, 2015, s. 12).

3.3.1 Brukers rettigheter

Brukermedvirkning er både et politisk honnørord og et begrep som brukes i praksis (Solberg, 2020). Det er derfor viktig å skille mellom det som er retorikk og det som er realiteter når

det er snakk om brukermedvirkning (Briseid, 2019, s. 6). I den offentlige debatten om brukermedvirkning rettes ofte oppmerksomheten mot enkeltindividets rettigheter og brukertilfredshet med fokus på bedre service, valgmuligheter og informasjon (Askheim, 2017). I 1999 ble det i lov om pasient- og brukerrettigheter tydeliggjort retten til medvirkning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Brukermedvirkning er ifølge loven en rett til medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenester. Det skal individuelt tilpasses brukers evne til å ta imot informasjon, og tjenesten skal utformes sammen med bruker hvor bruker skal ha en tydelig stemme i beslutningsprosessen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Som verdi bygger brukermedvirkning på en demokratisk begrunnet rett til å medvirke i prosesser som angår en selv. Å gi faglig forsvarlig omsorg og helsehjelp er minimumskravet for tildeling av tjenester, og er retningsgivende både for utøvelsen av faglig skjønn og for brukermedvirkningen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I tillegg til selvbestemmelse og likeverd, innebærer det for brukeren å bli tatt på alvor, å bli møtt med respekt, å få mulighet for å styre og motta hjelp på egne premisser, samt å bli møtt med verdighet (Olson & Vågan, 2016, s. 3). At det ifølge loven skal anlegges et brukerperspektiv er nødvendig, men er ikke tilstrekkelig for å oppnå reel brukermedvirkning. Ifølge Stamsø (2009) må fagpersonene som skal vurdere brukers tjenester jobbe systematisk og bevisst for å kunne korrigere sin egen kunnskap ved hjelp av brukers erfaringer (Stamsøe, 2009, s. 168).

3.3.2 Deltagelsesnivå

Brukermedvirkning i helsetjenesten handler ikke kun om å tilpasse tjenesten individuelt til bruker, men også hvordan tjenesten er organisert (Andreassen, 2005, s. 20). Begrepsbruken rundt fenomenet varierer en del, og hvor betegnelser som brukermedvirkning, brukerinvolvering og brukerorientering brukes om hverandre. Det kan skape uklarheter og forvirring, men indikere ofte ulike deltagelsesnivåer for medvirkning (Olson & Vågan, 2013, s. 1). Andreassen (2005) har utviklet en systematisk oversikt i tre nivåer av brukers medvirkning og grad av innflytelse: Individnivå, tjeneste- og organisasjonsnivå og politisk nivå. Ifølge Andreassen (2005) må det jobbes aktivt med brukermedvirkning på alle tre plan om man skal sikre reel medvirkning.

Individnivå

Brukermedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle behandlingstilbud (Andreassen, 2005, s. 20). Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder seg selv og egne behov (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Bruker legger frem ønsker og behov og forhandler om tilbud, men har den endelige beslutningsmyndighet om hvilke tjenester som skal mottas (Andreassen, 2005, s. 21).

Tjeneste- og organisasjons nivå

Brukermedvirkning på tjeneste- og organisasjonsnivå er en arbeidsform hvor brukerrepresentanter fra brukerorganisasjoner involveres i planlegging av tiltak og tjenester som har allmenn betydning og deltar i råd eller utvalg på styringsnivå (Olson & Vågan, 2016, s. 1). Brukers rett til medvirkning på systemnivå følger helse- og omsorgstjenesteloven §3-10 og helseforetaksloven §35, andre ledd. Brukerorganisasjoner skal medvirke i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak. For at medvirkning skal kunne finne sted må kommunen ha et system for å innhente brukers erfaringer og synspunkter (Andreassen, 2005, s. 39). Kollektiv innsats gjennom brukernes interesseorganisasjoner vil være avgjørende (Stamsø, 2009). Bruker-representanten inngår i de beslutningsorganene som avgjør hvilke tjenester det skal satses på innen visse økonomiske rammer (Andreassen, 2005, s. 23).

Politisk nivå

Her har bruker innflytelse på de overordnede politiske prioriteringer på nasjonalt, regionalt eller kommunalt nivå. Representanter for brukerorganisasjoner har forhandlingsrett i økonomiske prioriteringer og høringsuttalelser. De deltar også i de politiske organene som fatter overordnede beslutninger (Andreassen, 2005, s. 52).

Tillitsmodellen ble politisk initiert i Oslo kommune med brukermedvirkning som et mål for tjenesten. På tjeneste- og organisasjonsnivå ble brukerorganisasjoner inkludert i innovasjonsprosessen for å utvikle modellen. Bruker ble inkludert som en del av tjenestemodellen ved utsagnet, «Hva er viktig for deg?». Det er et mål for tjenesten at brukers mål skal føre til høy grad av brukermedvirkning på individnivå.

3.3.3 Brukermedvirkning og autonomi

Det er vanskelig å tenke seg noen av de velferdspolitiske reformene i nyere tid uten innflytelse av tenkningen om at brukermedvirkning er viktig, og det er stort sett nedfelt i alle deler av de politiske områdene (Askheim, 2017; Breivik & Sudmann, 2015). I tillitsmodellen er det nye slagordet fra kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet», blitt en sentral del av vurderingen av brukers behov. Tiltaksplaner i tjenesten skal utvikles på bakgrunn av hva bruker opplever som viktig. Flere kritikere mener at brukermedvirkning fra politisk side er innført som et retorisk begrep uten innhold og betydning, men utbredelsen av begrepet har medført at brukermedvirkning har utfordret den paternalistiske modellen som historisk sett har vært gjeldende i helsetjenesten (Stang, 2001, s. 13). Dette var en holdning om at fagpersonene var ekspertene og de som best kunne ivareta pasientenes interesser, og pasienten var en passiv mottaker. Denne holdningen har nå i stor grad endret seg. I stedet er fokus i større grad på pasientens autonomi, som er en persons evne til selv å bestemme sine handlinger og grunnlaget for sine handlinger (Stang, 2001, s.17). Berge Solberg (2020) mener at respekt for pasientens autonomi kan anses som et grunnleggende etisk perspektiv i helsetjenesten. Utviklingen for autonomi-bølgen er nå kommer så langt i Norge at det politiske motto for helsetjenesten i dag er «Ingen beslutninger om meg uten meg» samt «Pasientens helsetjeneste» (Meld. St. 34 (2015-2016)). Men pasientautonomi, brukermedvirkning og samvalg er også honnørord mener Solberg (2020). Han mener det langt fra er en realitet overalt i Norge, men at det har fått en stor plass i etikken, juridisk og kulturelt. Han mener helsetjenesten i dag legger vekt på pasientens egne verdier og preferanser og individuelle hensyn og at verdighet er sterkt knyttet til respekt for vilje (Solberg, 2020). Respekt for pasienten i dagens helsetjeneste handler i stor grad om en respekt for uttrykt eller ikke uttrykt vilje og valg. Kravet om at behandlingen skal være ønsket og villet er samtykkebasert og er et lovgrunnlag og et forsøk på å myndiggjøre pasienten. Dermed kan han ikke bare leve sitt liv, men også lede sitt liv (Solberg, 2020). Solberg er kritisk til om vi legger for mye vekt på at autonomien alltid er det viktigste som står på spill hos de aller sykeste pasientene. Han vil gjøre oss oppmerksomme på at verdier som sårbarhet, tillit, ansvar og omsorg i helsetjenesten ikke må glemmes i kampen om pasientens autonomi. Det å være et autonomt menneske i stand til å ta beslutninger innebærer også en mulighet for og en rett til å treffe dårlige beslutninger. Marian Verkerk

(2001) har vært kritisk til hvordan den individuelle stemme kan bli sterk og selvtilstrekkelig, og hun advarer mot et autonomi-ideal hvor vi ikke involvere oss, bryr oss og viser omsorg bare fordi pasienten har bestemt det selv. Hun trekker inn begrepet «compassionate interference» som betyr, at vi fortsetter å bryr oss selv om pasientene har tatt et dårlig og ufornuftig valg (Verkerk, 2001).

3.3.4 Brukermedvirkning og makt

Brukermedvirkning er som beskrevet en rettighet pasienten har i å delta. Den kan utleves på forskjellig deltagelses-nivå og handler om pasientautonomi. Men å ha reel innflytelse betyr at brukers stemme teller like mye som, og veier like tungt som, en stemme fra andre parter, som tjenesten eller politisk myndighet (Stamsøe, 2009, s. 169). For å komme dit må brukers kompetanse som erfaringskunnskap bli respektert. Det vil i stor grad handle om en omfordeling av makt. Den første som utviklet et rammeverk for samhandlingen mellom bruker og fagpersoner knyttet til pasientmedvirkning var den amerikanske samfunnsviteren Sherry Phyllis Arnstein (1969). Det er en teoretisk ramme som hjelper oss med å skille det som er et uforpliktende brukerperspektiv, eller en legitimering av tjenesteyters arbeid, og det som er reell medvirkning. Medvirkningsstigen som den kalles, eller «The ladder of citizen participation», er en stige på 8 trinn som symboliserer ulike steg i brukers innflytelse (Arnstein, 1969). I de nederste trinn på stigen, «manipulasjon» og «terapi» eksisterer det ingen grad av medvirkning. Et eksempel på dette kan være et lokalt samfunnsprosjekt hvor man inviteres til å sitte i et råd og utvalg uten å ha reel makt og fungerer kun som pynt, mener Arnstein. De tre midterste stegene på stigen «informing», «consultation», og «placation» er kjennetegnet ved skinninnflytelse eller tokenisme. Her kan man tenke seg situasjoner hvor de profesjonelle har et oppdrag om brukermedvirkning og inviterer bruker ut fra lovverk og politiske idealer til en enveisinformasjon uten noen kanaler for respons. De to øverste trinnene er når brukeren har makt over virkemidler og målene, og først der har brukeren en reel innflytelse (Arnstein, 1969, s.217). Arnstein påpeker at et grunnleggende poeng for medvirkning er, at uten omfordeling av makt er vi like maktesløse. Selv om man blir invitert med i prosessene er det de profesjonelle som innehar makten og som profiterer på det (Arnstein, 1969, s.219). Selv om bruker i tillitsmodellen blir spurt om «Hva er viktig for

deg?»), er det først når bruker selv får lov å velge og påvirke veien mot målet at det er reell innflytelse. Det hjelper ikke å stille spørsmålet om det ikke får noen betydning.

3.3.5 Empowerment

I tillitsmodellen er tjenesteutøvelsen inspirert av et mestringsfokus i forhold til bruker. Begrepet Empowerment er ofte brukt for å utdype viktige perspektiver i brukermedvirkning. Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk» (Stang, 2001, s.17). Askheim (2007) bruker ordet «sjølstyrking» som kanskje sier mer om at dette er en ressursfokuset tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Mens brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, er ikke Empowerment noe man kan vedta eller lovfeste, men noe som gjør bruker i stand til å få brukermedvirkning (Stamsøe, 2017, s. 224). Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen er i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold (Stamsøe, 2017, s. 224; Tveiten & Boge, 2014). Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Når det gjelder beslutninger om tjenester er det av stor betydning at bruker forstår grunnlaget for avgjørelser og oppfatter det som rimelig. Spesielt om målet innebærer en egeninnsats for bruker (Tveiten & Boge, 2014). Det at bruker trekkes inn er mer forpliktende og gir et eierskap på en annen måte enn når andre har definert det for deg (Stamsøe, 2017, s. 224). Hansen (2015) mener at en aktiv involvering av bruker vil bidra til forutsigbarhet, treffsikkerhet, legitimitet og etterprøvbarhet for skjønnsbaserte beslutninger, noe som reduserer faren for vilkårlighet og usaklig forskjellsbehandling (Hansen, 2015, s. 43).

Wikman og Fältholm (2006) påpeker at for at brukerne skal kunne ta kontroll over sine liv må de få de nødvendige verktøyene. Først når pasienten har lært nok om sin sykdom og dermed kan velge sin behandling, er Empowerment oppnådd. Helsekompetanse (engelsk *health literacy*) er en forutsetning for brukermedvirkning og Empowerment. Helsekompetanse handler om evnen til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, og har stor betydning for folks helsevaner og bruk av helsetjenester (Landstad et al., 2020, s. 3). For at pasientene skal kunne delta i beslutninger om behandlingsvalg, må de ha innsikt i, og kunnskap om, konsekvenser av ulike valg. Myndighetenes retorikk er kraftfull og positiv i troen på mulighetene som ligger i å styrke helsekompetanse. Sårbare gruppers forutsetninger blir i mindre grad problematisert (Landstad et al., 2020, s. 5). Det kan handle

om fysiske, psykiske, kognitive og sosiale begrensninger. Når ressursene er begrenset og presset på helsetjenesten øker, kan det være fristende å flytte ansvar og arbeidsoppgaver over på pasienter og pårørende (Landstad et al., 2020, s. 6). Woll et al. (2011) mener at de som representerer det offentlige må være sine roller bevisst. Har vi ikke forståelse for den makt vi representerer, og har vi ikke tro på at brukeren kan bidra med nyttig innspill til egen situasjon, kan vi selv være med på ytterligere krenkelser og stigmatisering. Det kan være en stor etisk og pedagogisk utfordring, men vi må kunne stå i konflikter og utvikle konstruktive løsninger. Dette må forankres helt opp i ledelsen om man skal kunne få det til. Skal man sikre reell innflytelse må man sikre gjennomslag for ønsker og forslag (Woll et al., 2011).

4 Metode

I denne delen vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for denne studien. Jeg vil presentere de valgene jeg har tatt gjennom hele prosessen fra planlegging til ferdig analyse. Jeg vil begrunne metodevalg og kunnskapssyn og beskrive mine innsamlingsstrategier rundt utvalg og datainnsamling. Deretter presenterer jeg mitt utvalg og rekrutteringsprosessen, utarbeidelse av intervjuguiden og hvordan jeg gikk frem for å innhente data. Til slutt vil jeg belyse mitt arbeid med transkripsjon og analyseprosessen samt diskutere metodevalg og etiske aspekter.

4.1 Begrunnelse for metodevalg

Tema og problemstilling har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming (Johannessen et al., 2016, s. 49). I denne studien var formålet å undersøke ansatte i hjemmebaserte tjenester sine erfaringer med å jobbe i en ny tjenestemodell. Tillitsmodellen ble implementert som tjenestemodell i hjemmetjenesten i 2018 og er en forholdsvis ny modell under utvikling. Det er begrenset forskning knyttet til erfaringer fra praksis. Da det er ansattes erfaringer knyttet til modellen jeg vil undersøke, krever det en metode som er eksplorerende og som får frem nyanserte data, går i dybden og er følsom for uventede forhold. For å oppnå innsikt i dette har jeg valgt å benytte kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming for forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33).

Kvalitativ tilnærming er en vitenskapelig metode som beskriver hvordan forskeren går frem for å besvare sine vitenskapelige problemstillinger. Ifølge Johannessen et al. (2016) gir kvalitative forskningsmetode grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner som studeres. Den kjennetegnes ved at fokuset rettes mot prosess og mening, analyse av tekst, nærhet til informantene og små utvalg. Metoden egner seg godt til studier av temaer hvor kunnskapsgrunnlaget er tynt, og hvor det stilles store krav til fleksibilitet og åpenhet (Johannessen et al., 2016, s. 95). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er målet med kvalitativ forskning å forstå forskningsdeltakernes perspektiv. Det kan gjøres ved at forskeren retter blikket mot deltakeren i sin naturlige kontekst. Forskningen vil allikevel være farget av forskerens eget teoretiske ståsted,

opplevelser og erfaringer, en livsverden som er viktig å være seg bevisst og synlig i forskningen. Denne har jeg redegjort for tidlige i oppgaven i innledningskapittelet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.75). Metoden skal bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer. Det vil dermed i mindre grad være det generelle som fanges opp i studien og jeg vil derfor ikke kunne generalisere mine funn som ved en kvantitativ undersøkelsesmetode med vektlegging av utbredelse og tall (Johannessen et al., 2016, s. 239). Da studien omhandler et tema som det er lite erfaring med er det ikke et mål å teste teorier og hypoteser, men å avdekke erfaringer og meninger rundt et tema. Dette kaller man i kvalitativ forskning en induktiv tilnærming, da man forsøker å samle inn kunnskap ved å gå fra empiri til teori (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). En vellykket induktiv prosess forutsetter en god balanse mellom strenge prosedyrer og kreativ logikk, ellers vil prosessen føre til tilfeldig syensing eller snever lokalkunnskap (Malterud, 2017, s. 113). Forskningsprosessen er preget av bevegelser, som innebærer å gå tre skritt fram og to tilbake i den kvalitative analysen. Det betyr at prosessen ikke beveger seg systematisk framover, men stopper opp og tillater ettertanken å lede oss litt tilbake til der vi var (Malterud, 2017, s. 113). Dette leder til nye innsikter som kan supplere forutgående tolkninger. Denne prosessen er grunnleggende for Systematisk Tekstkondensering (STC), som blir anvendt som analysemetode i denne oppgaven. Studien har en åpen tilnærming, men er avgrenset til erfaringer knyttet til organisering i tverrfaglige teams og til brukermedvirkning fra et ansatteperspektiv.

4.1.1 Fenomenologisk perspektiv.

Begrepet fenomenologi brukes i første hånd som læren om fenomenene, men har innen filosofien flere ulike betydningsinnhold. Den moderne fenomenologiske holdning bygger på Edmund Husserls (1859-1938) tanker om at vi blir påvirket av den konteksten vi lever i, vår livsverden som han kaller det. Livsverden er en betegnelse på den kunnskapen som danner et nødvendig utgangspunkt for all forståelse, og som vi stort sett tar for gitt (Malterud, 2017, s. 28). Læren om fenomenene står sentralt i hans filosofi hvor han mente at det var subjektet som erfarer verden og ikke verden uavhengig av subjektet (Malterud, 2017, s. 28).

Martin Heidegger (1889-1976) mener at fenomenologien ikke forplikter til noe standpunkt eller retning, men er primært et metodebegrep som har som formål å finne ut hvordan ting kan være og ikke hva ting er (Malterud, 2017, s. 28). Det fenomenologiske design som forskningsdesign er opptatt av å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) har det fenomenologiske perspektivet som utgangspunkt at virkeligheten er slik informanten oppfatter den. Det handler om å forstå og løfte fram sosiale fenomener ut fra informantens egne perspektiv, samt å belyse informantens eksakte beskrivelse og få tak i den sentrale meningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Det er ikke et mål å benytte fenomenologien i et filosofisk lys i denne studien, men er nevnt for å gi en innsikt i hvilken type kunnskap studien har til hensikt å frembringe.

4.1.2 Egen forforståelse

Som beskrevet er livsverden noe konkret og meningsbærende som man ofte tar for gitt og hvor kunnskapen om den for det meste er uartikulert, i den forstand at den representerer implisitt og taus kunnskap hos personen (Malterud, 2017, s. 44). I et forskningsperspektiv er det viktig at forsker er bevisst egen livsverden og forforståelse og at man tydeliggjør denne i studien. Dette for å kunne tolke resultatet og kvaliteten i lys av denne (Kvale & Brinkmann, 2015). I innledningen av oppgaven har jeg synliggjort mine holdninger og synspunkter til tema. Oppsummert har jeg en egen erfaring fra hjemmetjenesten med den sårbare eldre. Jeg har opplevd at brukere i hjemmetjenesten har utfordrende og komplekse helsesituasjoner som krever høy grad av kompetanse. Jeg har en forståelse for at brukermedvirkning er komplekst og komplisert. Jeg har også en skepsis til nåværende tjenestemodell og om det er tjenestemodeller som vanskeliggjør brukers medvirkning, samtidig med at jeg har en positiv forventning til tillitsmodellen. Jeg vil i forskningen forsøke å være nøytral i forhold til meninger og ytringer om tema overfor informantene. Samtidig er mine valg av teorier og utvalg i datamaterialet mine subjektive valg utfra hva jeg mener er viktig å få frem i min forskning. I møteaktivitet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten har jeg opplevd hvordan et nytt forvaltningspråk har medført en tydelig distanse til den eldre brukeren i eget hjem. Reelle konflikter blir tilsløret og fremmedgjort og saksbehandler skriver i vedtak til bruker «vi kommer ikke i posisjon til å kunne hjelpe». Vanlig dialog blir erstattet av skriftlige vedtak med et rettighetsfokus. Min erfaring fra

hjemmetjenesten gjennom 15 år var at de eldre var mest opptatt av kontinuitet, individuell tilpassing, god kvalitet, omsorg og at folk var hyggelige. I 2018 ble tillitsmodellen implementert som ny tjenestemodell i den hjemmebaserte tjenesten. Jeg har ikke jobbet i en tillitsmodell, men ut fra mål om tverrfaglige selvstyrte team og større grad av brukermedvirkning har jeg en forventning om at tillitsmodellen på mange måter vil være en positiv endring for både for bruker og for ansatte. Dette spesielt knyttet til forvaltningsprosessen av brukers tjenester og mer faglig innflytelse. Samtidig har jeg en bekymring for om tillit og brukermedvirkning kun er honnør-ord uten reel betydning i praksis.

4.2 Utvalgsprosessen

Utvalgsstrategien i kvalitative studier har et klart mål. Den skal ikke være tilfeldig og representativ som i kvantitativ forskning, men skal være strategisk og hensiktsmessig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Det betyr at utvalget gjerne skal ha en ekspertise for å kunne svare på problemstillingen og at man sikrer en bestemt representasjon i utvalget (Johannessen et al., 2016, s. 243). Målgruppen for utvalget i denne studien har vært personer fra hjemmetjenesten som jobber der hvor tillitsmodellen er implementert. Det var en forutsetning for å kunne innhente erfaringer fra de nevnte områdene. Et annet mål var at utvalget representerte forskjellige faggrupper da fokus i studien er det tverrfaglige teamet. Utvalget bestod av forskjellige faggruppers erfaringer og det har tilføyet studien flere nyanser. Det var en fordel at ansatte både hadde jobbet med tidligere modell (bestiller-utfører modellen) og nå jobbet med ny tillitsmodell, men det var ikke en forutsetning. Ikke fordi studien skal produsere kunnskap om før og etter modellen, eller sammenligne modellene, men for å gi en dybde i erfaringskunnskapen. Kjønn og alder var ikke et kriterie, men den ansatte skulle gjerne ha minst fem års erfaring fra hjemmetjenesten. I denne studien er utvalget begrenset til å inkludere *ansattes* erfaringer om tillitsmodellen. Det kunne vært interessant å undersøke samme problemstilling fra et brukerperspektiv, men det ble for omfattende for denne studien, hvor det er et ønske å gå mer i dybden på ansatteperspektivet.

Da studien er rettet mot alle 15 bydeler i Oslo kommune, var det første kriteriet for utvalget at de hadde implementert tillitsmodellen. Jeg fikk kontakt med seks bydeler som var villig til å delta i studien og som hadde implementert tillitsmodellen. Jeg kontaktet leder for hjemmebaserte tjenester i bydelen på telefon for å få tillatelse til å intervju ansatte og sendte prosjektbeskrivelsen på mail. Vi avtalte at leder skulle «plukke ut» en ansatt som hadde erfaring med tillitsmodellen og som jobbet tverrfaglig og gjerne hadde erfaring fra begge tjenestemodeller, samt minst fem års erfaring fra hjemmetjenesten. Personen skulle gjerne ha jobbet i hjemmetjenesten før modellen ble implementert i samme bydel med det var ikke et krav. Jeg ble kontaktet av syv ansatte (to fra samme bydel) som samtykket til å delta i studien. En av personene hadde tre års erfaring, som var et avvik fra første krav om erfaring. Jeg inkluderte personen allikevel da denne hadde mest erfaring med ny tjenestemodell som var fokus i studien. Etter en kort presentasjon av forsker og studien valgte den ansatte tidspunkt og lokalisasjon for møtet. Lokalisasjonen var «hjemlige omgivelser» på egen arbeidsplass og på et tidspunkt hvor de ikke ble forstyrret. Jeg hadde et mål om å rekruttere 5-7 personer.

Utvalg i skjema:

| Bydel | Kjønn | Faggruppe | År i hjemmetjenesten | Rolle i tillitsmodellen |
|-------|-------|---------------|----------------------|-------------------------|
| 1 | K | Sykepleier | 13 | Arbeidslagskoordinator |
| 2 | K | Sykepleier | 3 | Hjemmesykepleier |
| 3 | K | Fysioterapeut | 6 | Mestringslaget |
| 4 | M | Sykepleier | 4 | Hjemmesykepleier |
| 5 | K | Sykepleier | 10 | Rehab-mottaksteam |
| 6 | K | Ergoterapeut | 5 | Innsatsteam |
| 6 | K | Sykepleier | 5 | Innsatsteam |

Det ble gjennomført syv intervju i seks bydeler i Oslo kommune. Alle hadde implementert tillitsmodellen i sin bydel. Informantene ga gode og fyldige besvarelser og virket engasjerte. De representerte tre faggrupper og hadde ulikt ansvar og rollefordeling i de tverrfaglige

teamene og i de ulike avdelingene illustrert i skjema. Alle syv informanter hadde jobbet i hjemmetjenesten før tillitsmodellen ble implementert og flere hadde vært med å tilpasse modellen til egen bydel. Tre av bydelene som deltok i utvalget var med i mini- eller hovedpilotingen mens tre bydeler ikke var med. Informantene var i alderen 30 til 52. Det var seks kvinner og en mann. Av forskjellige faggrupper var det sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og alle jobbet i et tverrfaglig team. Av erfaringsbakgrunn hadde de mellom 3 og 13 års erfaring fra hjemmetjenesten. De representerte både hjemmesykepleien, mestrings- og innsatsteam.

4.3 Datainnsamling

Det er ulike metoder for innsamling av kvalitative data som kunne være aktuelle for å få svar på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 79). Jeg vurderte valget mellom fokusgruppeintervju og individuelle dybdeintervjuer. Ved et fokusgruppeintervju ville jeg kunne få frem interaksjonen mellom de forskjellige faggrupper i det tverrfaglige teamet, samt forsøke å få frem en bredde av synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger. Ved fokusgruppeintervju vil det alltid være en fare for at enkelte deltakere ikke tør å ytre sine synspunkter, for eksempel fordi de ikke ønsker at synspunktene skal bli dårlig mottatt av kollegaer. Dette kan resultere i at ikke alle synspunkter blir tatt i betraktning når forskeren på et senere tidspunkt skal transkribere og analysere funnene sine. Det at den enkeltes forståelse og detaljerte opplysninger ikke kommer frem, er i teorien fremhevet som en svakhet ved denne metoden (Johannesen et al., 2016 s.147). Valget ble imidlertid også påvirket av restriksjoner knyttet til covid-19 hvor det ikke var mulig å samle flere personer på dette tidspunktet. Det var mulig å få til individuelle intervjuer som jeg foretrakk fremfor en digital løsning i grupper.

4.3.1 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju som datainnsamlingsverktøy er grundig beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015) og jeg har benyttet deres tilnærming og forståelse av intervjuet. Det semistrukturerte intervjuet slik de definerer det, søker å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortelle betydningen av de beskrevne

fenomenene for å kunne fortolke betydningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Semistrukturert betyr at intervjuet hverken er en helt åpen samtale og heller ikke en helt lukket samtale. Jeg har i min intervjuguide utformet noen spørsmål på bakgrunn av forskningsspørsmålene som da var styrende for samtalen, samtidig som det ble gitt stort rom for å avvike fra disse når det var behov for å utdype nærmere. Det er en kvalitet at intervjuet rommer stor grad av spontanitet og fleksibilitet og det var målet for mine intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Som forsker kan det gjerne tolkes underveis i intervjuet for å få frem nyanser. Kvale og Brinkmann (2015) er opptatt av at intervjuet er kontekstfølsomt og avhengig av den personlige relasjon mellom intervjuer og intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156). Det primære forskningsredskap er intervjueren. Det stiller krav om håndverksmessig dyktighet. Det er ikke et intervju mellom likeverdige deltakere da det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.51).

4.3.2 Intervjuguide

En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som skal utforskes i intervjuet. Det har en deskriptiv form med *hva* og *hvordan* spørsmål. De bør være korte og lette og ikke i et akademisk språk. Det er viktig å skape en god stemning samt å vise vennlighet og åpenhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 163). I de syv intervjuene som ble gjennomført hadde jeg utarbeidet en intervjuguide. Den bygget på tema om brukermedvirkning og de to forskningsspørsmålene. Jeg beveget meg en del utover de planlagte spørsmålene avhengig av intervjupersons svar, og der det var hensiktsmessig å gå dypere. Ved utydelige tilbakemeldinger tolket jeg det som ble sagt, hvor det ble enten bekreftet eller avkreftet av intervjupersonen. Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2020. Det var ikke en uvanlig situasjon for meg og foreta intervju, da mitt arbeid som pasientrådgiver daglig inneholder samtaler og intervjuer. Før vi startet intervjuene informerte jeg om hensikten med intervjuet. Vi snakket litt om hverdagsopplevelser for å skape en avslappet stemning. Jeg informerte dem om at det ikke var et mål å teste kunnskap, men at deres erfaringer og alle refleksjoner var interessante. Jeg opplevde et stort engasjement fra intervjupersonene, men det varierte i hvor stor grad jeg måtte «styre» samtalen. Jeg fikk tilstrekkelig datamateriale og på noen områder opplevde jeg en form for «mettet» rundt noen tema mens jeg hos hver intervjuperson fikk nye nyanser. Jeg avsluttet hver gang med en

debriefing hvor intervjuer fikk uttrykke sin mening om intervjuet på tape. Det siste spørsmål var alltid «har du noe ekstra å tilføye», hvor det var forskjellig hva som kom frem. Noen opplevde det krevende å svare på spørsmålene og andre ga uttrykk for at det var relevante og spennende temaer. Jeg valgte på grunn av omfanget av data å avslutte etter syv informanter som i utgangspunktet var målet. Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter.

4.4 Transkribering av datamateriale

Det er ikke noe skarpt skille mellom datainnhenting, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Den som transkriberer, er underlagt mange begrensninger som er vanskelige å etterfølge. Først og fremst må man være tro mot alt som kommer opp i intervjuet, samtidig som man ikke reduserer intervjuet til kun å gjelde det som er tatt opp på bånd (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Det er mye som blir formidlet i taushet, i pausene mellom ordene, i sukk og kroppsspråk, som blir fraværende ved ordrett transkribering. Å transkribere betyr å skifte fra en form til en annen, å transformere. I denne sammenheng er det oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Intervjuene blir strukturert slik at de er bedre egnet til videre analyse, det er lettere å få oversikt og struktureringen i seg selv er starten på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208).

Til registreringen av intervjuene benyttet jeg skolens lydopptaker. Jeg transkriberte intervjuene fra lyd til tekst etter hvert intervju. Jeg lærte mye av den prosessen om hvordan jeg som intervjuer kunne styre samtalen ved mine oppfølgingsspørsmål, stoppe opp og hente seg inn hvis samtalen gikk for langt utover tema. Jeg gjennomførte ikke et testintervju, men tilpasset spørsmålene gjennom intervju-prosessen. Jeg transkriberte selv alle intervjuene og noterte pauser og gjentakelser. Nonverbale reaksjoner som latter og markante meninger ble markert. Det ble sikret anonymitet ved å unnlate navn på personen eller bydel. Alder og fagområde ble notert. Siden jeg benytter fenomenologisk tilnærming, valgte jeg å transkribere ord for ord, for på den måten å holde transkripsjonen så virkelighetsnært uttalelsene som mulig. Dette var et mål i forhold til å øke transkripsjonenes pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212).

4.5 Analysemetode

Arbeidet med analysen er ikke en avgrenset del av forskningsprosessen. Det er et kontinuerlig arbeid som starter når forskeren inntreer i forskningsfeltet, og først avsluttes når avhandlingen er ferdigstilt. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Kvale & Brinkmann, 2015). Den kvalitative forskningen blir kritisert for ikke å være systematisk og transparent. For å systematisere og synliggjøre mine valg i studien med analyse av data har jeg valgt Malteruds Systematiske Tekstkondensering og vil benytte meg av hennes begrepsramme rundt analysen (Malterud, 2017, s. 97). Denne analyse-metoden er inspirert av Giorgis (1985) fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud (1949) i senere tid. Malterud (2017) deler fenomenologenes oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap, men hun fordyper seg ikke i livsverdenen som grunnleggende analyseperspektiv. Hun er opptatt av at analysen skal beskrive de mest relevante sidene av fenomenet vi undersøker så nøyaktig og omhyggelig som mulig herunder relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017, s. 116). Det er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data hvor analysen er induktiv med sikte på å utvikle kunnskap (Malterud, 2017, s. 94). Forskerens oppgave i dette er altså å rense datamateriale fra alt det unødvendige, og skille ut de meningsbærende enhetene som kan bidra til å besvare problemstillingen, og til å løfte faget. Systematisk tekstkondensering representerer altså en induktiv og iterativ tilnærming til datamaterialet (Malterud, 2017, s. 113). Induktiv, fordi problemstillingen skal belyses gjennom datamaterialet, og forskerens fortolkning av funnene skal bidra til nye innsikter med høy grad av ekstern gyldighet, og iterativ, fordi analyseprosessen er preget av fram-og-tilbake-bevegelser mellom forskeren og empirien (Malterud, 2017, s. 113). Hvis prosessen var strømlinjeformet, ville man mistet sjansen til å oppdage nye mønstre i datamaterialet som kunne ledet til nye tolkninger. Analysen Systematisk tekstkondensering gjennomføres i 4 trinn. 1 Helhetsinntrykk. 2 Meningsbærende enhet. 3 Kondensering. 4 Sammenfatning.

4.5.1 Helhetsinntrykk

Etter at mitt datamateriale ble transkribert, gjennomleste jeg materialet og forsøkte i tråd med det fenomenologiske perspektiv, å sette forforståelse og teoretisk ramme til side. Jeg forsøkte å lese stoffet i «fugleperspektiv» og høre den enkeltes stemme og danne meg et helhetsbilde av materialet. Gjennom det første trinnet skal forskeren bli godt kjent med forskningsmaterialet (Malterud, 2017, s. 99). Derfor ble det lest grundig gjennom tekstmateriale av intervjuene som har blitt gjennomført. Til sammen var det 73 sider som skulle leses med åpent sinn og problemstillingen i bakhodet. Etter lesningen ble inntrykkene oppsummert, og det ble valgt seks temaer som vekket min oppmerksomhet, og som var gjennomgående i alle intervjutekstene. Disse temaene representerte et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materiale som mulige svar på problemstilling (Malterud, 2017, s. 100). Videre fikk alle temaene et midlertidig navn: Kontinuitet, kvalitet, ansvar, relasjoner, kompetanse og fleksibilitet. Temaene kunne betraktes som videreutvikling av innholdet fra intervjuguiden. Dette er et tegn på at prosessen er kreativ og iterativ (Malterud, 2017, s. 100).

4.5.2 Meningsbærende enheter

Denne fasen handler om å identifisere meningsbærende enheter fra datamaterialet. De meningsbærende enhetene omfatter tekst som gir opplysninger om temaene sortert ut fra forrige trinn (Malterud, 2017, s. 100). I denne fasen valgte jeg å lage en matrise bestående av fire hovedtemaer, hvor meningsbærende tekst ble systematisert under hvert av disse temaene: Roller, myndighet, tillit og medvirkning. I følge Malterud (2017) kalles dette for koding. Under denne fasen var det viktig å ha en mer kritisk tilnærming til stoffet, sammenlignet med trinn én. Tekst som ikke hadde meningsbærende enheter, ble ekskludert. Da kodeprosessen var gjennomført hadde jeg fått et stort antall koder. Selv om jeg begynte å gjenkjenne et mønster i analysen, fant jeg ut at noen av kodene med samme meningsbærende enhet var plassert under flere av hovedtemaene. I følge Malterud (2017) er det ikke galt med verken dobbelt- eller trippelkoding, men hvis det blir for mye av dette, kan det tyde på at kodene ikke er presise nok (Malterud, 2017, s. 104). Resultatet av denne prosessen ble at jeg utviklet et nytt hovedtema, hvor hvert av hovedtemaene hadde to til tre

underkategorier. I tillegg ble noen av kodene reformulert eller slått sammen. De meningsbærende enhetene ble organisert på nytt under hvert tema.

4.5.3 Kondensering

I det tredje trinn skal vi nå hente ut meningen ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2017, s. 105). Jeg har derved redusert det empiriske materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 106). Hver kodegruppe gjennomgås og sorteres i subgrupper. Subgruppene blir da analyseenheter hvorav det lages et kondensat, et kunstig sitat. Kondensatet skal utgjøre en sum av deltagernes stemmer om de fenomener som denne subgruppen forteller om. Kondensatet er et arbeidsnotat og er utgangspunkt for resultatpresentasjon i siste fase (Malterud, 2017, s. 108). Dette gjennomgikk jeg sammen med min veileder for å skape rom for andre tolkninger og oppfattelser. Under hele denne prosessen var jeg opptatt av å anvende et kritisk blikk på materialet mitt, ved å reflektere rundt hva de ulike tekstene kunne bety for oppgavens problemstilling (Malterud, 2017, s. 108). Til slutt ble det valgt et «gullsitat» knyttet til de abstraherte tekstene i kondensatene (Malterud, 2017, s. 108). Generelt ble kondensatene brukt som arbeidsnotater samtidig som de dannet et viktig utgangspunkt for resultatpresentasjonen.

4.5.4 Syntese

I fjerde og siste trinnet skal de enkelte delene føres sammen igjen. Dette kalles for kontekstualisering (Malterud, 2017, s. 108). I denne fasen skal hovedfunnene forvandles til fortolkede synteser, som er gjenfortellinger av det som bli sagt i intervjuene (Malterud, 2017, s. 109). Gjennom syntesen blir materialet fortolket slik at ny kunnskap som er relevant for problemstillingen kommer til syne for tredjepart. Syntesene tar utgangspunkt i disse kodegruppene og subgruppene. Jeg bruker kondensatene til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, illustrert med et treffende gullsitat som kan konkretisere hovedfunn (Malterud, 2018, s. 108). I denne studien ble noen av de analytiske tekstene fortellinger fra enkeltstående historier, mens andre tekster presenteres som fellestrekkene fra de ulike intervjuene ved å smelte de ulike stemmene sammen. Kunnskapen ble altså

syntetisert. Da tekstene var ferdige, fikk de sin endelige overskrift. Avslutningsvis ble funnene rekontekstualisert i lys av det empiriske materialet fra de rene intervjuetekstene (Malterud, 2018, s. 110). Jeg leste på nytt gjennom de 73 sidene med intervjuetekst, og sammenliknet inntrykkene, etter lesning, med de resultatene som kom fram i analyseprosessen. Samtidig som det ble etterprøvd om alle intervju partnere er tilstrekkelig representert i funnene. Til slutt ble det dannet overskrifter som er bakgrunnen for resultatkapitlet (Malterud, 2017, s. 110).

4.6 Metoderefleksjon

Valget av en kvalitativ metode med et eksplorative design har vært nyttig i denne studien da det har gitt en mulighet for å åpne for ny og uventet kunnskap rundt ansattes erfaringer med brukermedvirkning og tverrfaglighet i en tillitsmodell. Det har betydd at det har vært mulig å endre på noen av veivalgene underveis i studien hvor ny innsikt vinnes. Problemstillinger og utvalgsstrategi er endret og justert etter hvert som studien har gitt nye nyanser av kunnskap. Sett fra et naturvitenskapelig ståsted kan dette oppfattes som valg som truer forskningens validitet og reliabilitet. Sett fra et annet vitenskapsfilosofisk ståsted er det imidlertid denne fleksibiliteten som er et av de fremste fortrinnene ved en kvalitativ tilnærming (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 33). Ved kvalitative forskningsstudier kan det tvert imot utgjøre en trussel mot kvaliteten dersom alle valg er tatt på forhånd. En av de store fordelene ved bruk av kvalitative forskningsmetoder er at de kan åpne for ny og uventet kunnskap, som på sin side danner grunnlag for nye problemstillinger (Thagaard, 2013, s. 225).

4.6.1 Troverdighet

Når man skal vurdere troverdigheten i et forskningsprosjekt, vil valget av begreper preges av metoden som er valgt. I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, refleksivitet og evnen til å møte dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 32). Jeg vil redegjøre for begrepene knyttet til kvalitativ forskning hvor troverdighet omfatter hele studien. For å oppnå

troverdighet har jeg redegjort for mitt vitenskapsteoretiske ståsted og kunnskapssyn i forhold til de data jeg har samlet. Jeg har gjennom prosessen forsøkt å møte hver del med kritisk blikk og gjøre prosessen så transparent som mulig. Mine valg og utfordringer i prosessen har jeg loggført så det ville være lettere å huske å beskrive i studien.

4.6.2 Gyldighet og pålitelighet

Spørsmålet om gyldighet dreier seg om man har undersøkt det man skulle undersøke. For å sikre gyldighet i mine data, sjekket jeg gjentatte ganger under intervjuet om jeg hadde forstått hva intervjupersonen hadde sagt, og gjentok dette. Dette for i størst mulig grad å sikre at data representerte en felles forståelse mellom forsker og intervjupersonen. En annen måte å sjekke gyldigheten på var at jeg sendte to transkriberte intervjuer til personene som ble intervjuet for å sjekke om de kunne kjenne seg igjen i materialet. Det ble gitt positiv aksept av disse. I analysedelen bisto min veileder i å diskutere tema og kategorier i datamaterialet.

Intervju ble valgt som metode for å innsamle data og gi svar på problemstillingen. Det ga mange interessante meninger og erfaringer rundt bestemte tema. Et spørsmål man kan stille seg er om spørsmålene og tema var for standardiserte og ikke ga nok rom for nyanser. I flere situasjoner ble det stilt oppfølgende spørsmål for å kunne gå i dybden, hvor jeg avvek fra intervjuguiden. Dog holdt jeg meg til de overordnede temaene og avbrøt noen ganger når jeg selv følte intervjupersonen gikk for langt utenfor tema. Det kan ha begrenset noe.

Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning. Samtidig er det nødvendig med en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske data en analytisk fortolkning.

Manglende analytisk distanse til det som studeres, er en vitenskapsteoretisk problemstilling som gjelder all medisinsk forskning (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 32). Jeg mener det har vært en fin balanse mellom nærhet og distanse i denne studien. Jeg har ikke forsket på min egen arbeidsplass og har ikke kjennskap til noen av intervjupersonene fra før. Samtidig er jeg godt kjent med feltet fra tidligere arbeid, og i kraft av mitt fag. Det at intervjupersonene fikk velge lokasjon og tid for intervjuet var bra for kvaliteten av intervjuet da vi ikke ble forstyrret og ingen virket presset under intervjuet. Det kritiske spørsmålet er om jeg har tilstrekkelig kunnskap om tjenesten og den ny implementerte modellen til å få frem nyanserte svar. I

analysedelen valgte jeg systematisk tekstkondensering som analyse av data. Noen vil kanskje mene at det begrenser åpenheten i studien da man ikke går bredt ut innledningsvis, men starter organiseringen av data med begrenset antall foreløpige tema. Det var, for en uerfaren forsker, et godt hjelpemiddel til å få hjelp til litt systematikk i et stort datamateriale. Allikevel forsøkte jeg å være fleksibel og åpen overfor uventede mønstre.

4.6.3 Overførbarhet

Overførbarheten i studien dreier seg om den gir innsikt av betydning eller tillegger refleksjonsgrunnlaget anvendbar kunnskap (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 33). Jeg har et helt klart inntrykk av at intervjupersonene opplevde en læring under intervjuet. Samtlige intervjupersoner ga en tydelig både verbal og nonverbal reaksjon da de under intervjuet oppdaget at de ikke hadde rutiner eller metoder for å undersøke om brukeren opplevde brukermedvirkning. Dette var en a-ha opplevelse for dem alle. Det ga en umiddelbar læring og kunnskap som de ikke var bevisst før intervjuet. Som ny forsker har jeg en forståelse for at studien ikke tilfører ny kunnskap i form av nye teorier. Overførbarheten kan i dette tilfelle strekke seg til å finne områder som kunne være interessante for ny forskning på området. Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget og konteksten og er relevante og anvendbare i andre situasjoner. I kvalitativ forskning er overførbarhet knyttet til om man kan kjenne igjen meningen, og om denne meningen gir innsikt av betydning.

4.7 Ethiske refleksjoner

Ethiske regler og teorier gir oss retningslinjer for helsevitenskapelige forskning hvor det finnes en veileder utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM, 2009). Av generelle forskningsetiske retningslinjer gjelder:

- Respekt. Personer som deltar i forskning, som informanter eller på annen måte, skal behandles med respekt.
- Gode konsekvenser. Som forsker skal man etterstrebe at ens aktivitet har gode konsekvenser, og at mulige uheldige konsekvenser er akseptable.
- Rettferdighet. Et hvert forskningsprosjekt skal være rettferdig utformet og utført.

- Integritet. Forskeren plikter å følge anerkjente normer og å opptre ansvarlig, åpent og ærlig overfor kolleger og offentlighet (NEM, 2009).

Disse prinsippene ble i stor utstrekning tatt i bruk i denne studien. De etiske vurderingene vi gjør i forskningen må følge hele forskningsprosessen fra start til slutt. Denne studien ble meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste – NSD).

Under rekrutteringen av intervjupersonene mottok alle en skriftlig og muntlig informasjon om studiens formål og hva deres deltagelse ville innebære for dem. En forutsetning for all forskning som omfatter mennesker er skriftlig informert samtykke. Alle informantene signerte et samtykkeskjema før intervjuets oppstart og det ble presisert at deltagelsen var frivillig. Det ble gitt informasjon om at de til enhver tid i studien kunne trekke seg, uten å måtte oppgi noen grunn. Alle samtykkeskjemaene ble bevart adskilt fra alt annet materiale i et avlåst skap. Alt datamateriale er behandlet konfidensielt og informantenes anonymitet er blitt ivaretatt gjennom hele prosessen. Det skal ikke være mulig å spore tilbake hvem som har sagt hva og det skal heller ikke være mulig for utenforstående å få tak i datamateriale. Alle de transkriberte intervjuene er dessuten lagret med passord for at ingen uvedkommende skal kunne få tilgang til datamaterialet. Datainnsamlingen ble tatt opp på lydbånd, som ble slettet umiddelbart etter at transkriberingen hadde funnet sted.

Selv om intervjupersonene har gitt et skriftlig informert samtykke kan de være uforberedt på spørsmålene i en intervjusituasjon. Man kan som forsker ikke alltid vite hva som kan virke utfordrende og sensitivt for den enkelte. Man kan i et forskningsintervju komme intervjupersonen ganske nær i forhold til følelser og meninger, hvilket stiller større krav til varsomhet for ikke å krenke deres integritet. I et av intervjuene ble jeg bedt om å stoppe opp, hvor personen ba meg slette det hun nettopp hadde sagt, og ønsket å omformulere det. Det ble selvfølgelig respektert, men samtidig spurte jeg om personen følte seg presset til å mene noe, og gjentok at hun kunne avbryte om hun hadde lyst. Personen ble rett og slett så engasjert og var så åpen om sine erfaringer at «det løp over», sa hun. Utfordringen er å finne denne balansegangen mellom å få til trygghet og åpenhet, uten å bryte grenser. Det er her det håndverksmessige skjønn og etiske aspektet i intervjusituasjonen blir tydelig (Thagaard, 2013, s.84).

5 Resultat

Etter analyseprosessen av datamaterialet ble det identifisert tre hovedoverskrifter for hvert av fokusområdene i studiens problemstilling. Resultatene fra analyseprosessen vil bli gjort rede for i dette kapittelet. Intervjupersonene som var ansatte i hjemmetjenesten med forskjellig faglig bakgrunn vil bli omtalt som informanter i fremstillingen for å ivareta personvern, taushetsplikt og anonymisering. Analysen har datagenerert noen sitater som blir presentert i teksten i kursiv, dette for å synliggjøre informantenes stemmer. Overskriftene for hvert hovedtema etter analyseprosessen er følgende:

Erfaringer med tverrfaglig team etter tillitsmodellen

- **Nye roller**
- **Ansvar og autonomi**
- **Tillit og kontroll**

Erfaringer med brukermedvirkning i tillitsmodellen

- **Tettere på brukeren**
- **Mestringsfokus**
- **Medvirkning**

5.1 Erfaringer med tverrfaglig team etter tillitsmodellen

5.1.1 Nye roller

Etter en gjennomgang av datamaterialet var det tydelig at måten informantene jobbet på hadde endret seg etter implementeringen av tillitsmodellen. Resultatene viste en noe ulik implementering av Oslo modellen i de ulike bydelene. Det var ikke uventet da tjenesten etter bestiller-utfører modellen også var ulikt organisert i bydelene. Som tidligere beskrevet er Oslo kommune både en Fylkeskommune og kommune, og består av 15 bydeler. Hver av bydelene ledes av eget bydelsutvalg med egen administrasjon og ansvar for helse- og

omsorgstjenestene for alle bydelens innbyggere. Denne kommunestrukturen medfører at det er en felles overordnet tillitsbasert styring og ledelse for hele Oslo kommune, men hvordan bydelene organiserer seg etter tillitsmodellen er opp til den enkelte bydel å bestemme. I presentasjonen av resultatene av informantenes erfaring med Oslo modellen vil det ikke bli gitt en detaljert redegjørelse av forskjeller i måten de ulike bydelene har implementert og organisert tjenesten på, da den hjemmebaserte tjenesten er meget kompleks og sammensatt. Resultatene knyttet til erfaringer med Oslo modellen, vil være en redegjørelse for sentrale trekk som kan knyttes opp mot hovedprinsippene i modellen.

Resultatene viste at samtlige av bydelene i studien hadde endret tjenestene etter at bestiller- utfører modellen ble avviklet. Det var i utgangspunktet et av målene for politikerne i Oslo kommune, hvor tillitsmodellen skulle bryte med den eksisterende modellen. På intervju tidspunktet ga informantene uttrykk for at bestiller-kontorene var avviklet i mer eller mindre grad, og slått sammen med utførerdelen av tjenestene. Empirien viste at alle bydelene som var inkludert i studien hadde organisert tjenesten med tverrfaglige og selvstyrende team. Team-organisering er en av bærebjelkene i tillitsmodellen, og innebærer at de ulike faggruppene er representert, og hvor saksbehandler var et integrert medlem.

En tidligere saksbehandler i bestiller-utfører modellen som nå var inkludert i tverrfaglig team beskrev denne endringen av tjenesten slik:

«Jeg jobber veldig forskjellig nå enn jeg gjorde tidligere hvor jeg bare vurderte brukere. Nå er jeg jo aktiv i pleien, og det er mange forhold rundt brukerne jeg nå tenker annerledes om enn tidligere. Det har vært krevende å oppdatere seg, det er jo mange år siden jeg var i pleien, men jeg liker å være ute hos brukerne».

Empirien viste til en noe ulik praksis mellom bydelene på bruk av saksbehandler i det tverrfaglige teamet. I noen av bydelene var det fortsatt en saksbehandler som tok imot alle nye brukere som tidligere under bestiller-utfører modellen. Denne saksbehandleren kartla hvilket tjenestenivå bruker var kvalifisert for, om det var behov for hjemmetjeneste eller korttidsopphold eller andre tjenester fra kommunen. Dette ble av informantene ikke oppfattet som en atskilt praksis som under bestiller-utfører modellen. Saksbehandleren utførte her en «grovfordeling» av brukerne uten vedtak, hvoretter det tverrfaglige teamet,

hvor også denne saksbehandleren var medlem, kartla og vurderte tjenestene til bruker. Deretter mottok bruker et vedtak basert på vurderingene som var foretatt av det tverrfaglige temaet. Dette var en endring fra tidligere bestiller-utfører organisering, hvor alle vurderinger og kartlegginger ble utført separat fra den enheten som skulle utføre tjenestene.

En bydel hadde også endret på arbeidstiden for de ansatte ved innføring av tillitsmodellen. Dette var gjort for å øke tjenestenes fleksibilitet og slik sett bedre kunne imøtekomme brukernes behov. Nye brukere ble her vurdert i eget hjem av to ulike faggrupper med ettermiddagsvakt, hvor fokuset var på kartlegging av funksjonsnivå, informasjon om brukers egne ønsker, samt behov for hjelpemidler. De samme ansatte hadde dagvakt neste dag, der brukeren og resultatet fra kartleggingen ble presentert i det tverrfaglige teamet. Det tverrfaglige teamet foretok deretter en samlet vurdering i forhold til hvilke tjenester og faggruppe som skulle følge den opp den enkelte bruker. Bruker fikk dermed tjenester og navn på tjenesteansvarlig samme dag. Det spesielle for denne måten bydelen hadde valgt å organisere seg på, var endringene i vaktplanen for å tilgodese bruker og pårørende ved å sette inn ressurser tverrfaglig om ettermiddagen og på kvelden. Ettermiddagstid var det tidspunktet brukere som oftest ble utskrevet fra sykehuset, og hvor pårørende hadde mulighet for å delta. Informantene opplevde at denne endringen innebar en dreining av tjenestene i retning av et økt brukerfokus.

Utover forskyvingene i arbeidstid for ansatte var en annen vesentlig endring et økt fokus på kontinuitet i tjenestene overfor brukerne. Dette ble ivaretatt ved at det var samme person som kartla og utførte tjenestene. Et annet viktig moment var at vurderingen av hvilke tjenester som skulle tilbys, ble kvalitetssikret i et tverrfaglig team. Dette innebar en klar endring fra bestiller-utfører modellen, og ble av informantene opplevd som en sikring av kontinuitet og kvalitet, hvor tjenesten var bedre tilpasset brukernes behov enn tidligere. Informantene erfarte en større grad av kontinuitet og kvalitet i tjenesten i overgangen fra sykehus til hjemmet, hvor de sørget for at samme tjenesteansvarlig vurderte bruker før, under og etter utskrivelsen.

Kritikken av bestiller-utfører modellen gikk blant annet ut på at organiseringen av tjenesten i to separate enheter: en bestiller enhet, og en utfører enhet, innebar en fragmentering av tjenestene, og at skillet mellom bestiller- og utfører funksjonene gjorde at det var

tidkrevende å få endret vedtak. Dermed ble tjenestene av mange opplevd som rigide og lite fleksible. En av informantene beskrev endringen fra bestiller-utfører modellen til ny organisering slik:

«Før ved bestiller-utfører modellen så gikk det en melding til ergoterapeuten om en bestilling av toalettforhøyer samme dag som pasienten ble sendt hjem fra sykehuset, og ergoterapeuten måtte selv sette seg i bilen og hente hjelpemidlet. Nå vet vi at brukeren er på sykehuset og planlegger utskrivelsen selv, med fokus på nødvendige hjelpemidler. Men nå diskuterer vi først i teamet hvorfor bruker trenger hjelpemidlet, og hva som er brukers ønske. Er han svak i beina, ok, da setter vi heller opp et treningsprogram, så nå er det en helt annen måte å jobbe på».

Flere av informantene hadde erfaring med at bydelene de jobbet i nå organiserte hjemmebaserte tjenester etter hvorvidt de hadde kortvarige eller langvarige behov. Også før innføring av tillitsmodellen var hjemmebaserte tjenester organisert i ulike spesialgrupper, knyttet til forskjellige funksjoner. Ulike betegnelser var knyttet til disse temaene, som demensteam, innsatsteam og hverdagsrehabiliteringsteam. Endringen som kom med innføring av tillitsmodellen, var at både de kortvarige tjenestene og de langvarige tjenestene nå var organisert med utgangspunkt i tverrfaglige team. Empirien viste at hyppigheten på de tverrfaglige møtene var ulik mellom bydelene. En annen ulikhet mellom bydelene var antallet team de ulike faggruppene skulle dekke. Informantene ga uttrykk for at de med kortvarige tjenester var bedre bemannet enn den delen av hjemmetjenesten som var knyttet opp mot brukere med langvarige tjenestebehov. Tjenestene som var rettet mot kortvarige behov hadde en større hyppighet av tverrfaglige møter og mulighet for større fleksibilitet enn de tradisjonelle hjemmetjenestene. Det var slik sett ikke nytt for informantene å jobbe tverrfaglig eller i ulike team, men endringen etter innføring av tillitsmodellen ble av informantene opplevd som en ny måte å jobbe på, med en ny rollefordeling og rolleforståelse på flere områder. Informantene opplevde å ha en ny rolle knyttet til ansvar, faglig utøvelse og myndighet, ved at nå ble alle beslutninger knyttet til tjenestetildeling tatt i det tverrfaglige teamet, uten å gå veien om bestillerenheten. Denne endringen innebar også en ny rolle knyttet til oppfølging av bruker og det å jobbe med

felles mål. Den nye rolleforståelsen og betydningen av denne for informantene i praksis vil bli utdypet i det etterfølgende.

5.1.2 Ansvar og autonomi

Informantene opplevde at endringen i roller også innebar en endring i ansvar. Tidligere var det bestiller enheten som hadde ansvaret for kartlegging og oppfølging av brukere.

Utførerenheten var ansvarlige for å utføre de tjenestene som var vedtatt av bestillerenheten. Gjennom innføringen av tillitsmodellen hadde det tverrfaglige teamet nå ansvar for både vurdering og oppfølging av bruker. Det innebar blant annet en forskyvning av ansvar for både vurdering og oppfølging av bruker, samt en forskyvning av ansvar for beslutninger. Ifølge informantene ble dette nye ansvaret ikke opplevd som tyngende eller overveldende. Tvert imot ga informantene uttrykk for at dette nye ansvaret var spennende, givende og motiverende og at det innebar å få mulighet til å bruke sin faglighet i større grad. De påpekte også betydningen av samarbeidet innad i det tverrfaglige teamet, og at en som tjenesteutøver ikke var alene om beslutningene. På mange måter ble tjenestene opplevd som mer helhetlige: *«Vi må stadig løpe fort, men nå har jeg en større innsikt og mening bak oppgavene»*, ble formidlet av en av informantene.

Ofte ble tverrfaglige team-møter avholdt daglig, hvor enkeltbrukere ble diskutert. Informantene ga uttrykk for at dette ga en trygghet i forhold til deres vurderinger og oppfølging av den enkelte bruker. En av informantene mente at det tverrfaglige samarbeidet hadde gitt henne en ny måte å «se» brukere på. Det ga et nytt blikk på muligheter for å løse oppgaver knyttet til brukers behov:

«Vi ser jo med forskjellig øyne på brukeren alt etter hvilken yrkesbakgrunn vi har. Det er jo veldig interessant, og det er jo ikke noe fasit. Det er gøy synes jeg. Så vi har mange tverrfaglige diskusjoner, hver dag egentlig. Vi finner alltid en løsning, og til sammen blir det bra».

Sitatet synliggjør betydningen av det tette tverrfaglige samarbeidet som ligger til grunn for tillitsmodellen, og hvordan de ulike faglige bakgrunnene til teammedlemmene bidrar til at brukeren og brukerens behov forstås forskjellig. Dette bidrar til stimulerende diskusjoner innad i teamet, og til å styrke kvaliteten på tjenestene. Flere av informantene ga uttrykk for

at erfaringen med å jobbe tverrfaglig hvor flere faggrupper daglig var samlet og delte sin kompetanse fra hvert felt, ga et kompetanseløft. Det ble av en av informantene beskrevet slik:

«Jeg har på en måte de andre fra teamet «med meg» når jeg er hos brukeren og vurderer. Det har utvidet min måte å tenke på, og har løftet blikket for å se andre muligheter. Jeg vet jo jeg også skal kunne begrunne mine valg i større grad enn tidligere når jeg skal presentere brukers behov for teamet, og får mange spørsmål fra de andre».

Denne informanten erfarte at hun nå var mer skjerpet i sine faglige vurderinger av bruker, da hun visste at hun måtte begrunne sine beslutninger overfor teamet. Dette var en erfaring som ikke ble opplevd som skremmende, men som et kvalitetsløft, og var givende.

En annen informant uttrykte en bekymring for at teamet skulle få en kultur for «sådan gjør vi det her» overfor bruker, og var oppmerksom på at det ikke skulle bli en teamkultur av «oss mot bruker», men ha fokus på bruker ved å jobbe mot felles mål.

Endringen i rollen med større ansvar ga også informantene en større grad av autonomi som forvalter av tjenestene til bruker. Begrunnelsen for tidligere innføring av bestiller-utfører modellen var at en deling av tjenesten ville føre til mer likeverdige og rettferdige tjenester, ettersom kartlegging og vurdering av behov var adskilt fra selve utførelsen av tjenestene. Sammenslåingen av disse to enhetene under tillitsmodellen innebar at myndigheten til å ta beslutninger knyttet til tjenester for enkeltbrukere ble forskjøvet til den enkelte tjenesteansvarlige, i samråd med det tverrfaglige teamet. Et viktig spørsmål som dette reiser er hvorvidt tillitsmodellen vil medføre mer forskjellsbehandling?

Myndighet til å forvalte tildeling av helse- og omsorgstjenester krever kompetanse knyttet til forvaltningen og lovgivning på feltet. Da denne myndigheten tidligere kun ble varetatt av en saksbehandler, som en del av bydelens bestillerenhet, var det begrenset kunnskap på dette området blant andre ansatte i hjemmetjenesten. Disse oppgavene ble ivaretatt ved at ett av medlemmene i det tverrfaglige teamet innehadde denne kompetansen. Det at en av teammedlemmene hadde forvaltningskompetanse og kjennskap til lovgivningen på området ble ansett som en nyttig kompetanse, og løftet kompetansen for de andre på området.

Andre informanter påpekte at selv om det var nyttig å ha en fagperson i teamet med denne kompetanse, fungerte også teamet og det tverrfaglige samarbeidet som en form for forsikring om at tjenestene ble fordelt rettferdig og begrunnet. Informantene ga ikke uttrykk for å være usikre eller engstelige for å få større grad av autonomi til å ta beslutninger. Samlet sett virket det som en felles oppfattelse at det var utfordrende og interessant å ha større ansvar.

En overraskende tilbakemelding fra flere av informantene var at de mente at de nå hadde en mulighet for å gi «ekstra» tjenester til enkelte brukere i en oppstart etter utskrivelse fra sykehuset. Erfaringen var at brukeren da ble raskere selvhjulpen. Det var ikke alle brukere som fikk dette tilbudet, det var teamet og tjenesteansvarlig som vurderte om det kunne være hensiktsmessig. Denne muligheten for å omdisponere tjenestene og gi ekstra tjenester i en kortere periode var for flere av informantene kjent fra tidligere arbeid i mestrings- og hverdagsrehabiliteringsteam. Det nye ved innføringen av tillitsmodellen var at denne tankegangen nå var overført også til andre faggrupper og til det tverrfaglige teamet. Informantene vurderte ikke fordelene ved dette opp mot et rettferdighetsprinsipp, men begrunnet det i en individuell vurdering hvor tjenesten sparte ressurser og brukeren ble raskere selvhjulpen. Erfaringen var at denne omprioriteringen av tjenester ble godkjent av leder på bakgrunn av at det var ressursbesparende. Resultatene i denne studien vil ikke kunne gi svar på om dette medfører en besparelse i tjenesten, men et aktuelt spørsmål er hvorvidt en slik praksis vil kunne oppfattes som forskjellsbehandling av brukere.

5.1.3 Tillit og kontroll

Som redegjort for tidligere opplevde informantene at de hadde fått mer ansvar gjennom innføringen av tillitsmodellen. Dette økte ansvaret medførte også forpliktelser. Blant annet skulle tjenesteutøver nå ha ansvaret for å foreta egne vurderinger og beslutninger om brukers tjenester. Et viktig aspekt ved dette var hvorvidt de ansatte opplevde tillit fra ledelsen for hjemmetjenestene til å kunne ivareta dette ansvaret og oppgavene det medførte. Empirien viser at de informantene, i stor grad, opplevde en slik tillit, som vist i sitatet fra intervju med en av informantene:

«Det er nå en kultur for å kunne ta egne avgjørelser og man blir veldig selvstendig. Vi går ut og vurderer og ingen stiller kritiske spørsmål. Jo, vi må jo forsvare de valgene vi tar faglig, men det er et rom for å prøve ting sammen med brukeren. Folk stoler på at vi gjør som vi gjør».

Mer ansvar innebærer også økt risiko. Denne risikoen for å feile i vurderingene av tjenestene, og å måtte bære de følgene som dette kunne medføre, ble oppfattet av informantene som minimale, da beslutningene som oftest ble tatt i fellesskap av det tverrfaglige temaet. Samtidig ga ikke informantene uttrykk for at teamet legitimerte en ansvarsfraskrivelse. En informant refererte eksempler på brukere som mente det var utført en feilvurdering av tjenesten, og hvor spørsmålene og klagene ble tatt imot i det tverrfaglige teamet. Der ble brukerne vurdert på nytt. Noen ganger førte dette til endringer og andre ganger ikke. Men tryggheten og kvalitetssikringen i teamet ble opplevd som støttende for den enkelte i forhold til å ta ansvar.

I målene for Oslo kommune ble tillit satt i sammenheng med et ønske om mindre kontroll og detaljstyring av tjenesten. Empirien viste at det var delte meninger om i hvilken grad kontroll og detaljstyring fremdeles var en del av praksis etter tillitsmodellen. Kontrollen ble oppfattet forskjellig avhengig av hvilken «form» for kontroll det dreide seg om. Av ulike eksempler på «former» for kontroll nevnte informantene kontroll av gjennomførte oppgaver, kontroll som en faglig sjekk- og huskeliste og kontroll som ble opplevd uten mening eller hensikt.

Kontroll som en faglig sjekk- eller huske liste ble av informantene opplevd som nødvendig i tjenesten som en kvalitetssikring. Andre mente at kontroll var akseptabelt til en viss grad. En informant mente for eksempel at så lenge det ikke var kontroll av detaljer var det akseptert, og det ble derfor ikke oppfattet som mistillit. En annen informant var ikke enig i at kontroll var noe positivt, og uttrykte at all tidsbruken på kontroll var lite nyttig og ikke ga mening:

«Vi er utdannet til å ta faglige beslutninger, men det er fortsatt mange oppgaver vi blir kontrollert og målt på. Kvalitetsindikatorer på ernæring og fallrisiko, kvalitetstavler og sjekklister er fortsatt en del av tjenesten. Det er tidkrevende og på flere områder gir det jo ikke kvalitet om jeg er god på å fylle ut et skjema. Det sikre jo ikke at resultatet i pleien er bra».

Denne informanten ga videre uttrykk for at kontroll av skjema ikke var noen garanti for kvalitet, og mente man i større grad burde måle på resultatet av oppgaven enn om den var utført og utfyllt i et skjema. Denne formen for kontroll ble opplevd som meningsløs.

En annen informant ga også uttrykk for at kontrollregimet under tillitsmodellen ikke var redusert når det dreide seg om tjenesteutførelsen. Informanten erfarte at selv om hun hadde utført en oppgave og hadde dokumentert det i journalen så ble det rapportert som et avvik i «systemet» dersom det ikke var skrevet i riktig skjema. Denne skjemakontroll og avvikskonsekvensenkning påvirket hennes motivasjon og arbeidslyst da det virket helt meningsløst. Empirien viste at de fleste informantene opplevde en form for tillit fra ledelsen til at de kunne vurdere å ta avgjørelser om tjenester til brukere, men at det fortsatt var en kontroll av om tjenesten ble utført.

Ved spørsmål om kontroll i tjenesten nevnte flere av informantene ordningen med behovstyrt bemanning (BOB). Dette var en ordning for å sikre opprettelse av tjenesteansvarlige til bruker. BOB inneholdt flere kontrollparameter av tjenesten, og var en ordning som allerede var integrert i tjenesten fra tidligere tjenestemodell. Ordningen med BOB var videreført og synliggjort i anbefalingene om Oslo-modellen som tidligere beskrevet i oppgaven, og var en ordning som skulle sikre kompetanse og kontinuitet i tjenesten. Kontrollen gikk blant annet ut på å måle antall besøk hos brukeren da hvert syvende besøk skulle være av tjenesteansvarlig. Den inneholdt også et skjema for en tiltaksplan til bruker, og det var en begrensning i antall brukere tjenesteansvarlig kunne ha ansvar for. Informantene hadde blandede erfaringer med kontrollfunksjonen i ordningen da flere sa det var urealistisk å måle på og at det var et mål man siktet mot, men ikke alltid klarte å innfri. Informantene hadde en erfaring med at ordningen med tjenesteansvarlig for bruker var positiv, og at det sikret kvalitet og kompetanse. Det var derved mer innholdet i ordningen informantene viste positive holdninger til, mer enn kontrollfunksjonene i den. Ordningen hadde dessuten tilført tjenesten flere ressurser da den kartla et større behov for ansatte med faglig kompetanse i tjenesten. Kontroll-funksjonen i ordningen ble på denne måte akseptert da informantene så gevinstene ved ordningen.

Et uttalt ønske med Oslo-modellen var å redusere detaljfokuset og minutt-tyranniet fra den tidligere styringsformen i NPM. Gjennom innføring av tillitsmodellen ble det lagt opp til en

ny struktur på tjenestene. Dette innebar endret vedtakspraksis. Det ble lagt opp til at bruker skulle få færre vedtak, og at de i større grad skulle utformes som et mål for bruker og ikke som en detaljert beskrivelse av tjenesten. Empirien viste at denne endrede vedtakspraksisen ikke var implementert alle steder. Noen bydeler praktiserte fremdeles en stor grad av detaljstyring i vedtakene. Andre informanter ga uttrykk for at det hadde forekommet betydelige endringer på dette feltet. På spørsmål om innføring av tillitsmodellen hadde medført endringer i vedtakspraksis, ga informantene uttrykk for ulike praksiser:

«Vi var jo innsatsstyrt før tillitsmodellen. Nå er det slutt med stoppeklokken. Ingen sitter og følger med på hvor mange minutter vi bruker, og ved små endringer trenger vi ikke et nytt vedtak for å endre tjenesten. Nå er det mer fleksibel og rammestyrt».

En annen informant uttrykte:

«Jeg opplever fortsatt at vedtakene lite dynamiske og rigide hvor det ikke er fleksibilitet. Jeg tror det mest gjelder brukere med langvarige tjenester. Der kan det fortsatt være ganske detaljstyrte oppgaver og vedtak. Men det avhenger mye av saksbehandler og hvem som skriver vedtakene».

Sitatene viser til at enkelte saksbehandlere og ansatte i noen bydeler ikke har endret sin praksis fra bestiller- utfører modellen i utformingen av vedtak, men at andre var kommet litt lengre i implementering av tillitsmodellen. Informantene opplyste samtidig om at en ny struktur hadde redusert antallet vedtak. Det ble for eksempel ikke lengre skrevet nye vedtak i forhold til små endringer av brukers behov. Informantene ga også uttrykk for at fleksibiliteten i tjenesten var større enn under bestiller-utfører modellen.

5.2 Erfaringer med brukermedvirkning i tillitsmodellen

5.2.1 Tettere på brukeren

Som beskrevet tidligere i oppgaven var brukermedvirkning en annen av bærebjelkene og satsingsområdene i Oslo modellen. Informantene ga uttrykk for at tillitsmodellen ga bedre forutsetninger for å komme tettere på bruker enn under bestiller-utfører modellen.

Informantene opplevde en større grad av nærhet i relasjonen til brukeren, og en større grad av bevissthet om brukers ønsker og behov, samt større grad av medvirkning fra brukers side.

Informantene mente at endringen av relasjonen til bruker etter innføring av tillitsmodellen hadde sammenheng med at den samme tjenesteansvarlig nå fulgte opp brukerne helt fra oppstart og vurdering av tjenestene og i utførelsen av tjenestene. Tjenesteansvarlige ble på denne måten bedre kjent med brukernes behov, og opplevde at bruker fikk en kontinuitet i tjenestene med færre ansatte å forholde seg til. Informantene ga uttrykk for at kontinuiteten sikret en bedre kvalitet i tjenesten, da endringer ved brukers behov i større grad ble fanget opp. Også det at vedtak kunne gjøres i det tverrfaglige teamet, uten å gå veien om et bestillerkontor, ble beskrevet som positivt og som noe som bidro til mer smidige tjenester. En av informantene fortalte at hun som tjenesteansvarlig opplevde seg selv som mer troverdig ovenfor brukerne, etter innføring av tillitsmodellen, og at dette gjorde at brukerne fikk en annen tillit til henne og til tjenestene enn tidligere. Dette synspunkt ble begrunnet med at hun nå i større grad kunne holde hva hun hadde lovet, da hun kunne følge brukerne tettere opp i sin rolle som tjenesteansvarlig. En annen positiv erfaring med det å komme tettere på brukeren var en større bevissthet om brukers behov og derav bedre oversikt, som ga henne en følelse av kontroll av egen tjeneste.

En av premissene for å få til brukermedvirkning i tillitsmodellen i Oslo var at tjenesten skulle stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Dette spørsmålet er også brukt innenfor hverdagsrehabilitering, og har sitt norske opphav i den nasjonale kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet». Dette spørsmålet ble trukket inn i Oslo-modellen som et uttrykk for et større fokus på brukeren og brukers behov som utgangspunkt for tildeling av tjenester.

I henhold til prinsippene i Oslo-modellen skal tjenesteansvarlig stille spørsmålet tidlig i kartleggingen av tjenester for å innhente brukers perspektiv på egne behov. Informantene ga uttrykk for ulike erfaringer med å stille dette spørsmålet, men samlet sett mente de at spørsmålet brakte dem tettere på brukeren.

En av informantene opplevde «Hva er viktig for deg?» som et vanskelig spørsmål å stille, og mente at spørsmålet var for direkte, og foretrakk å bruke mer indirekte metoder for å få innsikt i brukers behov.

Flere informanter uttrykte bekymring for at de sårbare brukere i hjemmetjenesten med mange sammensatte behov ofte ikke hadde en klarhet i hva som var viktigst eller hva som i det hele tatt var deres ønsker og behov. De mente at disse sårbare brukerne ofte ikke var i stand til å uttrykke egne behov. Informanten var oppmerksom på å inndra pårørende i disse tilfellene, men ikke alle hadde pårørende eller var interessert i det heller. Flere av informantene mente at kommunikasjonsferdigheter og kompetanse på sårbare brukere og deres behov er viktig for å bli godt kjent med brukeren og at man i tillitsmodellen måtte sikre at man ikke overså denne gruppen av brukere. Men informantene hadde også mange positive erfaringer med at stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» til de mer ressurssterke brukerne i hjemmetjenesten som i større grad kunne uttrykke seg. Erfaringen viste til at når bruker selv hadde vært med på å sette mål for egen trening eller tjenester var brukeren mer motivert og det ga i større grad mening for brukeren å delta.

«Bruker føler han blir lyttet til og er verdt noe og på denne måten kommer livskvaliteten».

En annen informant viste til at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» var integrert i det digitale journalsystemet. Brukerens mål var synlig på tjenestetelefonen som tjenesten hadde med seg i brukerens hjem. Det gjorde det lettere å få oversikt og ga informantene en bevissthet om brukerens mål og på denne måte kunne de bedre legge til rette for oppfølging.

5.2.2 Mestringsfokus

Et av fokusområdene fra Oslo modellen var at bruker gjennom mestring skulle bli raskere selvhjulpen. Målet var større tilfredshet og færre tjenester for brukeren som igjen skulle føre

til besparelser for bydelene. Målet i mestring som tidligere beskrevet i oppgaven er å styrke og bygge opp under de ressursene hos bruker som fremmer mestring og gir en opplevelse av egenverd. Fokus på mestring var ikke ukjent for den hjemmebaserte tjenesten. Flere bydeler hadde etablert spesialteam som innsatsteam og hverdagsrehabiliteringsteam som hadde stor kompetanse innen mestring. Spesialteamene ble etter innføring av Oslo modellen i ulik grad fastholdt eller endret på. Resultatene i studien vil ikke kartlegge de ulike omstruktureringene i bydelene, men vil presentere noen erfaringer om mestring knyttet til prinsippene i Oslo modellen.

Resultatene i studien gir et klart inntrykk av at det var et mestringsfokus i tjenesten. Det som var endret etter tillitsmodellen var at hele tjenesten nå var organisert i tverrfaglige team, hvor alle i teamet jobbet mot samme mål for brukeren. En av informantene beskrev problemstillingen med en tidligere praksis hvor faggruppene jobbet parallelt med bruker hvor hjemmesykepleieren hadde et mål for bruker, og fysioterapeuten hadde et annet mål for bruker. Problemstillingen i denne praksis skildret hun på denne måten.

«Jeg kunne tidligere som fysioterapeut øve med bruker i trapp, hvor den samme brukeren om morgenen var blitt stelt i sengen av hjemmesykepleien. Det viser hvor forskjellig vi så på brukers funksjoner og behov. Bruker sa at hun bare tok imot det som ble tilbudt. I dag er vi mer samstemte».

Den samme informanten opplevde ulikheter i kompetanse på mestring i tjenesten, og at det var individuelle forskjeller blant de ansatte i hvor stor grad man fikk det til eller jobbet med det. Et annet eksempel på at tjenesten hadde endret seg og var blitt mer samstemte om brukers mål med et mestringsfokus ble av en av informantene beskrevet slik.

«Tidligere kunne «fru Jensen» som var «gått i stå» etter hun mistet sin mann, bli bevilget bistand til å dusje. Satt litt på spissen så fikk hun den hjelpen til hun døde. I dag forsøker vi å hjelpe «fru Jensen» med sin sorg og motivere henne til å bli selvhjulpent igjen, uten sin mann i hjemmet. Det gir «fru Jensen» større livskvalitet og gir kommunen en besparelse, men også en tilfredsstillelse i å se «fru Jensen» finne gleden i livet igjen».

En annen erfaring knyttet til mestring var at det var lettere og mer effektivt å jobbe med mestring for brukeren i oppstart av tjenesten. Tidligere kunne saksbehandler fra bestillerkontoret starte opp tjenester knyttet til et tap av brukers funksjoner. Tjenesten ble da formulert som en hjelp til det bruker ikke lengre selv klarte å utføre. I oppstart av tjenesten med et tidlig mestringsfokus var erfaringen at bruker raskere ble selvhjulpen. Informantene erfarte at det var vanskeligere å trene opp brukere som allerede hadde hatt hjelpen lenge. Endringen av tjenesten med mestringsfokus ble av informantene beskrevet som endring av spørsmålet «Hva trenger du hjelp til?» til «Hva er viktig for deg?». Hjelpen ble på denne måten mer støttende enn en overtagelse av en tapt funksjon.

Det var hos flere av informantene en sterk tro på at brukeren var «best tjent med» å være selvhjulpen.

«Fagligheten sier jo det er best å være i gang, og det er en glede ved å gjøre ting selv. Det å bestemme over sitt liv og kunne gjøre alt selv i stedet for bare å sitte og vente på noen skal gjøre det for deg er jo best».

«Det er jo best å kunne klare mest mulig og delta i sitt eget liv så lenge som mulig, det er til det beste for alle, faktisk».

Den sterke troen og fokus på mestring kan gi en bekymring knyttet til de svakeste brukere i hjemmetjenesten som er helt avhengig av hjelp hele døgnet. Mestring handlet om å styrke opp om ressursene. En sårbar pasient med få ressurser og stor avhengighet av hjelp kan i en tjeneste med et stort fokus på mestring bli nedprioritert eller bli tapere i kampen om fokus.

5.2.3 Medvirkning

Resultatene viste at tjenesten hadde endret seg etter implementeringen av Oslo modellen og at man oppnådde tettere relasjon med bruker. Det var en opplevelse blant informantene at relasjonen hadde gitt dem en større bevissthet om brukers ønsker og behov og ga en større grad av kontinuitet for brukeren. Men et avgjørende spørsmål er om endringen i tjenesten har gitt mer brukermedvirkning. Om brukeren opplever medvirkning er et spørsmål som må stilles til brukerne. Denne studien vil gi et svar på om informantene opplevde å inkludere, informere eller gi muligheter for at brukeren kunne medvirke. Ved

spørsmålet om informantene opplevde at brukeren fikk medvirke, var svaret «i stor grad». Flere av informantene ga uttrykk for at de også tidligere var oppmerksomme på brukermedvirkning, men nå opplevde de i større grad at de selv var ansvarlige for å få det til. På et spørsmål om hva som skulle til for å få til brukermedvirkning var svarene fra informantene god relasjon og kommunikasjon. Noen eksempler på svarene fra informantene om hvordan man får til brukermedvirkning

«Jeg kommer til en eldre dame med kognitiv svikt. Hun skifter ikke klær hver dag, men det får hun lov å bestemme selv. Har hun ikke lyst til det er det greit».

«Jeg er positivt opptatt av å hjelpe bruker og jeg har tillit og respekt for de ønsker de har. Vårt mål er jo ikke alltid det som er pasientens mål. Det vi vet fra et faglig perspektiv som «bør» være et mål, betyr jo ikke det er pasienten mål».

Informantene beskriver et dilemma med at en faglig vurdering kan komme i spill i forhold til pasienters ønsker og valg. Det ble ikke gitt noen forklaringer på løsninger i disse situasjonene annet enn dette var vanskelig. Informantene ga uttrykk for at valg og vurderinger av tjenester av og til gjorde at man inngikk et kompromiss med bruker. Det var i mange tilfeller et spørsmål om å gi og ta. En av informantene ga et eksempel

«En bruker søkte om hjelp til dusj. Jeg vurderte at brukeren selv kunne utføre dette, men var i behov for hjelp til andre oppgaver som brukeren ikke hadde søkt om. Vi inngikk et kompromiss ved at bruker fikk støtte i en dusjsituasjon, og tok imot støtte knyttet til de andre tjenestene. Resultatet ble at brukeren fikk en del trening og mestret fort de andre oppgavene og ble så trygg på seg selv at hun også mestret dusj situasjonen.».

Et eksempel på at kompromiss om tjenester kunne være en god løsning for alle parter.

Erfaringene om hvordan man får til brukermedvirkning i var i stor grad knyttet til spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Hvordan og på hvilken måte bruker fikk bestemme eller fikk noen valg var uklart. En informant beskrev dilemmaet i forhold til faglig kompetanse og brukers ønsker.

«Selv om vi har lest i en bok at loff ikke er sunt og ikke er ernæringsriktig, så kan vi ikke kreve at bruker skal slutte helt å spise loff hvis de fortsatt ønsker det. Hvis en bruker har en BMI over middels kan vi ikke bestemme at denne bruker må gå ned i vekt. Vi må lytte til brukers ønsker i større grad og kanskje ved hjelp av motiverende samtaler kan bruker få en forståelse og motivasjon til å ønske dette selv. Det er brukermedvirkning for meg».

Resultatene fra informantene var preget av at fagpersoner hadde en klar mening om hva som var til brukers beste, men det kom ikke frem i resultatene hvordan bruker fikk noen valg eller om man var bevisst om det var bruker eller fagperson som hadde tatt beslutninger knyttet til tjenesten. Det ble referert litt «veien blir til mens vi går», men ga ikke et svar på hvem som besluttet hvilken vei man skulle gå.

Et stort og overraskende funn i studien var knyttet til oppfølgingen av bruker. Informantene mente det var høy grad av brukermedvirkning i tjenesten, relasjonen var bedre og de kjente i høyere grad til brukers ønsker og behov. Men ved spørsmålet om hvordan de viste om brukeren opplevde brukermedvirkning var det ingen av informantene som hadde spurt. Ingen av informantene hadde rutiner, kartleggingsverktøy eller tenkte på å spørre bruker etter kartleggingen av «Hva er viktig for deg?» om bruker faktisk fikk den hjelpen de hadde forventet. Ingen hadde spurt om bruker hadde fått mulighet til å påvirke hjelpen eller om de var fornøyde med hjelpen de hadde mottatt. Informantene opplevde selv dette spørsmål som overraskende og en av informantene svarte.

«Jeg fikk jo faktisk litt sånn aha opplevelse da du stilte dette spørsmålet i sted, vet du hva det har jeg faktisk ikke tenkt på engang, men selvfølgelig veldig viktig å vite».

Flere av informantene mente at man ofte fikk et inntrykk av om bruker var fornøyd eller ikke, men det ble ikke registrert noe sted. Informantene opplevde ofte å få positive tilbakemeldinger fra brukere som hadde klart å mestre oppgaver og det ble referert til som inspirerende og motiverende for jobben videre.

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene fra studien diskuteres i lys av forskning og teori som er beskrevet i oppgaven. Utgangspunktet for diskusjonen vil være de to forskningsspørsmålene for studien: Hvordan fordeles ansvar og oppgaver i tillitsmodellen knyttet til brukers tjenester? Hvordan innlemmes bruker i et tverrfaglig team knyttet til beslutninger om brukers tjenester? Til slutt i kapitlet vil det være en drøfting av metode for studien.

I drøfting av resultatene har jeg valgt ut følgende temaer:

Tverrfaglig team

- **Team på en annen måte**
- **Større ansvar**
- **Tillit og kontroll**

Brukermedvirkning

- **Ivaretagelse av brukermedvirkning**
- **Reel brukermedvirkning**
- **Nivå av brukermedvirkning**

6.1 Hvilken betydning har tverrfaglig team i tillitsmodellen?

6.1.1 Team på en annen måte

De selvstyrte teamene med autonome arbeidsgrupper ble opplevd som den største styrken i tillitsmodellen. Det kom tydelig frem i samtalen med de ansatte at de opplevde å få et større ansvar, endring av oppgaver og mer myndighet og autonomi til å ta egne beslutninger. De ansatte var ikke ukjent med organisering i tverrfaglige team, men under tillitsmodellen var teamet selvstyrt og jobbet på en ny måte. Alle beslutninger om tjenester til bruker var samlet i teamet. De fikk nye oppgaver, nye roller og større ansvar både i oppfølging og

utførelsen av tjenester til bruker. Alle jobbet mot felles mål for brukeren. Studien viste at denne måten å jobbe på ble tatt godt imot og var motiverende for de ansatte. Det å kunne bruke sin faglighet i større grad ble oppfattet som motiverende og engasjerende.

Forskningsresultatene fra implementeringer av tillitsmodellen i kommunale tjenester i USA og England viste også at det var de selvstyrte teamene med autonome arbeidsgrupper som var den største styrken i modellen (Drennan et al., 2018; Gray et al., 2015). Dette var også et resultat i følgeforskningen til Eide et al. (2018).

Et av de politiske mål med tillitsmodellen i Oslo var at ansatte skulle bli mer engasjert og motivert gjennom et større faglig ansvar (Byrådserklæringen, 2015, s.12). Kuvaas (2017) sin forskning om motivasjon støtter opp om at autonomi og et større ansvar til ansatte fremmer motivasjon i jobben. Ved å få en indre motivasjon gjennom et større ansvar jobber ansatte både smartere og hardere, fordi de får lov å utvikle og bruke sine ferdigheter og sin kompetanse. Ansatte blir mer ansvarlige når de vet de selv har ansvaret (Kuvaas, 2017).

Kritikken mot tidligere tjenestemodell var nettopp at helsepersonell i hjemmebaserte tjenester var fratatt muligheten for å gjøre faglige vurderinger. Dette resulterte i at helsepersonell i hjemmetjenesten mistet sin motivasjon og status og fant seg andre jobber (Skogli, et al., 2018, s. 18). Kritikere mente man i stor grad hadde undervurdert hva profesjonsutøvelse handlet om i forhold til engasjement for sitt fag og viktigheten av å ha et meningsfullt arbeid (Slagstad & Messel, 2014). Undersøkelsene fra Gray et al. (2015) viste at de tverrfaglige teamene i tillitsmodellen kunne fungere som motgift til utbrenthet blant personalet. Fellesskapet og det å ha noen å diskutere og reflektere sammen med medførte at ansatte i større grad opplevde å få veiledning i vanskelige situasjoner (Gray et al., 2015, s. 6). Dette støttes av Nina Amble (2013) som peker på viktigheten av tverrfaglighet i en organisasjon som arbeider med mennesker hvor det er følelser involvert, som i en pasientrelasjon i hjemmetjenesten. Tverrfaglighet ga gode resultater for arbeidsmiljøet med mestring og trivsel der hvor teamet ble benyttet som tverrfaglige refleksjonsgruppe.

Refleksjoner i teamet kunne bidra til at de ansatte ble bedre kjent med hverandre, noe som igjen bidro til at det blir lettere å hjelpe hverandre (Amble, 2013, s. 80). Disse erfaringene delte også informantene i denne studien. Teamet ble opplevd som støttende og det ga en trygghet for informantene i en utfordrende og kompleks hverdag. Det gjenstår å se om denne arbeidsformen vil medføre at ansatte i større grad vil forbli i jobben sin, og om det vil

gi dem opplevd status. En ting som er sikkert er at framskrivninger fra SSB i 2019 viser at det er et stort behov for mer helsepersonell i fremtiden, da det blir flere eldre med behov for bistand (Hjemås et al., 2019). Det er derfor viktig for kommunen å kjenne til hva som kan beholde helsepersonell i tjenesten.

Resultatene i studien viste at tjenesten etter tillitsmodellen ga bedre forutsetninger for kvalitet og samhandling med bruker. Den nye organiseringen i tillitsmodellen hvor samme tjenesteansvarlig fulgte bruker fra innleggelse til utskrivelse og oppfølging i hjemmet, bidro til mer kontinuitet i tjenesten. Studien viste at kontinuitet i tjenesten hadde positiv effekt på samhandlingen i den daglige tjenesten, men også i stor grad i samhandling med sykehuset. Etter samhandlingsreformen ble brukerne raskere utskrevet til hjemmet, noe som stilte krav om en fleksibel og omstillingsklar tjeneste som krevde godt kjennskap til bruker i forhold til tidligere funksjonsnivå, bolig og hjelpemidler (Meld. St. 47 (2008-2009)). Kontinuiteten i tjenesten ga de ansatte en større mulighet for å utføre helhetlige tjenester til brukerne, hvor tjenesten er tilpasset bruker og ikke bruker som skal tilpasse seg tjenesten.

En annen fordel med tverrfaglige team i tillitsmodellen var at det ga et kompetanseløft for ansatte i teamet. Resultatene viste at daglige møter, deling av erfaringer og diskusjoner, førte til ny kunnskap som kom brukeren til gode. Som tidligere nevnt stiller samhandlingsreformen nye krav om kompetanse da sårbare brukere med komplekse behov i større grad skal ivaretas av hjemmebaserte tjenester (Meld. St. 47 (2008-2009)). Studien viste at ansatte opplevde at teamet også fungerte som en kvalitetssikring. Som en del av teamet måtte ansatte i større grad begrunne sine valg, og teamet sikret at brukerens behov ble fulgt opp av de rette fagpersoner i hele forløpet. Det hevet kvaliteten av tjenesten til bruker. Informantene i denne studien hadde en erfaring av at teamet var en læringsarena, hvor ansatte kunne dele og få kunnskap fra hverandre. Det ble av noen opplevd som en helt ny måte å «se» bruker på og gi tjenester på. Ansatte beskrev det som at teamet var med i tankene når bruker ble vurdert i eget hjem. Johnson og Johnson (2005) støtter synspunktet om at organisering av tverrfaglige team er viktig i hjemmebaserte tjenester med stadig flere komplekse og utfordrende oppgaver. De hevder at team-organisering er den viktigste læringsenheten i organisasjoner (Johnson & Johnson, 2005).

I sum viste studien at organiseringen i tverrfaglige team kan ha mange fordeler. På den andre siden er det viktig å påpeke at organisering av tjenestene i team ikke er nok i seg selv til å gi positive resultater, men avhenger av flere forhold (Allen og Hecht, 2004). Edmonsens (2004) viser for eksempel til at det er risiko for at det kan utvikle seg «dårlige kulturer» i mindre team. I studien ble denne faren påpekt av en av informantene. Det ble i studien nevnt at team organisering kunne være utfordrende knyttet til en profesjonskamp, men at det dreide seg om å ha en trygghet i faget. Edmonsens (2004) viser i sin teori til forhold knyttet til dette og bruker begrepene «en psykologisk trygghet» i teamet. Denne består av kunnskaper som gjerne er tause og tatt for gitt med hensyn til hvordan andre på arbeidsplassen vil respondere dersom man spør om hjelp, stiller spørsmål, søker tilbakemelding, sier ifra ved feil, eller foreslår nye ideer. Den ansatte vil veie handlingen man ønsker å gjøre opp mot det spesifikke mellommenneskelige klimaet, og risikoen ved å utføre den. Videre beskrives det et klima der mennesker føler seg trygge på å dele relevante tanker og følelser, og innebærer at teammedlemmene har en følelse av trygghet på at temaet ikke vil ydmyke, avvise eller straffe noen for si sin mening. Det stiller krav til teammedlemmene, men også i stor grad til lederen å få til en god kultur (Edmondson, 2004). Informantene i studien ga kun uttrykk for en positiv oppfattelse av teamet og det ble ikke referert som ubehagelig å delta i teamet. Et fokusgruppeintervju kunne muligvis ha avdekket flere holdninger og synspunkter til spørsmålet. Ingen av informantene i denne studien var nyutdannet og alle informantene hadde en solid erfaring fra tjenesten. Resultatet fra studien viser at tjenesten bør ha en spesiell oppmerksomhet rettet mot nye deltagere i teamet.

6.1.2 Større ansvar

Da tjenestemyndighet og tjenesteutførelse i tillitsmodellen ikke lenger er atskilt, men er blitt et team i tillitsmodellen, er det oppstått nye oppgaver og roller og et større ansvar for å ta beslutninger. Det stiller krav om kompetanse om forvaltningspraksis og økonomiske rammer. Grimen (2009) mener grunnlaget for profesjonen er forankret i det politiske oppdraget og brudd på denne tilliten vil medføre at oppdraget ikke lenger vil tilfalle profesjonen. Dette betyr det er viktig for alle ansatte å kjenne til kommunens politiske mål. I tillitsmodellen er det lederen som har det overordnede ansvaret for økonomien, men de ansatte i hjemmebaserte tjenester med tjenesteansvar skal nå forvalte tjenester, altså

ressursene. Erfaring og kunnskap om forvaltning var det saksbehandler fra bestiller- utfører modellen som hadde. I tillitsmodellen ble saksbehandler en del av teamet, slik at hennes kompetanse ble tilgjengelig for hele teamet. En bevissthet om kommunens mål og forvaltning er viktig for å kunne begrunne beslutninger ved tildeling av tjenester overfor bruker, pårørende og arbeidsgiver (Grimen, 2009). Det er også viktig for ivaretagelsen av den politiske tilliten ved å forvalte fellesskapets goder. I forskningen til Eide et al. (2018) ble det påpekt at vedtakspraksis og forvaltningskompetanse var en utfordring og deres pilotprosjekt ga ikke løsninger for denne praksisen. Denne studien viste at informantene var velreflekterte om egen organisasjon og at alle hadde en solid erfaring fra tjenesten. Et sentralt spørsmål kan være om en nyutdannet ville ha denne kompetansen, og på hvilken måte bydelene er oppmerksomme på behovet for denne nye kompetansen i tjenesten?

Tillitsmodellen i Oslo ble initiert av lokalpolitikere i 2015 for å finne gode og effektive tjenestemodeller som kunne forvalte og fordele de offentlige ressurser på en rettferdig, likeverdig og god måte (Byrådserklæringen, 2015, s. 7). I ny rammeplan for Oslo kommune (2019) ble det igjen formidlet et ønske om likeverdige og rettferdige tjenester. Men i denne rammeplanen var det til forskjell fra tidligere en større fleksibilitet i rammen for vedtak til bruker. Større ramme for vedtakene hos bruker skulle gi en større fleksibilitet i tjenesten og erstattet på denne måten minutt -og stoppeklokke vedtak som var målet. Denne studien viste at ansatte ikke opplevde store endringer av vedtakspraksis. Studien viser det fortsatt er utfordringer knyttet til forvaltnings- og vedtakspraksis og grad av detaljfokus.

Ansatte fant det utfordrende å sørge for like og rettferdige tjenester for brukere der det var et mestringfokus i tjenesten. Studien viste at flere av informantene fra team med et mestringfokus hadde en annen måte å vurdere tjenester på. Ved utvalgte brukere prioriterte teamet å bevilge ekstra tjenester enn «vanlig» i en oppstart. Det ble av fagpersonene begrunnet med at brukerne ble fortere selvhjulpne på denne måten, men det fulgte ikke et standard eller likeverds prinsipp. Den samme ideologien for vurdering av tjenester ble presentert i den nederlandske tillitsmodell (Monsen & de Blok, 2013). Erfaringene fra Nederland med å gi ekstra mye støtte og bistand i starten av en opptrening ga gode resultater for bruker i form av mestring og på sikt en besparelse av ressursene for tjenesten (Kreitzer et al., 2015). Hvordan dette kan plasseres inn i et likeverdsprinsipp og rettferdige tjenester gir ikke denne studien svar på, men avdekker et behov for å avklare og

avdekke hvilke brukere som kan ha nytte av dette, og om det også i tillitsmodellen i Oslo kan gi økonomiske fordeler og raskere mestring for bruker. Forskningen fra den nederlandske modellen viste positive erfaringer knyttet til besparelser, men det var ikke en erfaring som kunne spores i andre forskningsresultater fra USA eller England (Gray et al., 2015; Drennan et al., 2018).

Som tidligere nevnt er brukerne i hjemmetjenesten mer ressurskrevende, sykere og krever mer avansert medisinsk oppfølging enn tidligere (Grimsmo 2015). Det krever mer kompetanse i tjenesten, men hvordan påvirkes mer sårbare og komplekse brukere av standardiseringen og likeverdsprinsippet i tjenesten? Resultatet i studien viste at ansatte i større grad var opptatt av en individuell og relasjonsorientert tilnærming i vurdering av bruker i tjenestetildelingen. Det individuelle fokuset prioriteres fremfor likebehandling, reproduserbarhet og kollektiv nytte. Individuelle vurderinger og faglig skjønn vil ifølge Grimen (2009) medføre en risiko for variasjon. Et faglig skjønn med større grad av myndighet til å ta beslutninger i tillitsmodellen vil på denne måten innebære en større risiko for ulikhet. Det store spørsmålet er om en større ulikhet er en risiko og en pris som følger med en faglig autonomi. Denne studien gir ikke svaret på om tjenesten blir mer ulik fordelt etter tillitsmodellen eller om det har gitt større eller mindre økonomiske utgifter etter innføring av modellen. Politikerne stiller gjennom mål for tillitsmodellen store krav til tjenesten, noe som synliggjør et spenningsfelt mellom oppgavene. Bruker skal i høy grad få medvirke, det er krav om likeverdige tjenester, behov for høy grad av fagkompetanse og tjenesten skal gi behov for færre ressurser. Det er ganske omfattende krav og en utfordrende oppgave å balansere. Skal ny tjenestemodell få en betydning for praksis er det nødvendig med en bevisstgjøring av mål og styring i alle ledd av tjenesten.

6.1.3 Tillit og kontroll

I forhold til Grimens (2009) definisjon av begrepet tillit og forståelse av tillit, er tillit ikke noe man kan vedta, men er noe man i fellesskap bygger opp over tid (Grimen, 2009). Det er derved også et begrep som er vanskelig å forholde seg til og er noe uklart da det også oppleves forskjellig (Grimen, 2009). Ved en gjennomgang av Oslo kommunes styringsdokumenter benyttes tillit i mange ulike sammenheng. Tillitsreform, tillitsbasert ledelse og tillitsmodell brukes om hverandre (Byrådssak 1055/17; Oslo kommune 2019;

Bystyremeldingen, 2015). Tillit i Oslo kommune betegnes som en strategi, et tankesett, en arbeidsform og en holdning og gir i større grad muligheter for tolkninger mer enn et entydig svar på hva dette betyr og inneholder. Dette gjør det vanskelig for den ansatte å forstå hva tillit egentlig innebærer. Skal ansatte være med å bygge en tillitskultur med initiativ til samarbeid, ta ansvar og jobbe mot felles mål, som det står i målsetningen for Oslo kommune, så må de ansatte få en forståelse og kunnskap om hva dette betyr, inneholder og innebærer (Oslo kommune, 2019). Tillitsmodellen i Oslo ble et innovasjonsprosjekt med et «nedenfra og opp» perspektiv. Kommunen inkluderte ansatte, brukerorganisasjoner og forskning i utviklingen av modellen. Noen av informantene opplyste at de hadde vært med i utviklingen og i en tilpasning i egen bydel. Nyhan (2000) viser videre til at hvis man vil opparbeide en tillitskultur, så må mål og styring være synlige for ansatte. Hvis ansatte er godt informert og involvert i beslutninger er det lettere å oppnå en kollektiv forståelse, hvilket gjør det lettere å stå imot negative konsekvenser som nedbemanning. Det gir også en større evne til å tilpasse seg styringsendringer (Nyhan, 2000, s. 101). På bakgrunn av de teoretiske beskrivelser av tillit, kan man drøfte om «tillit» er et uheldig og for diffust begrep å bruke om en tjenestemodell, da det er vanskelig å forholde seg til. Bentzen (2016) fant i sin doktorgrads avhandling at tillitsbasert ledelse er avhengig av kontekst og involverer et multiple rolleskift hvor alle må akseptere økt risiko og sårbarhet i forhold til hverandre (Bentzen, 2016, s. 256). Implementering av en modell gir ikke automatisk tillit, men modellen inneholder noen forutsetninger for at tillit kan bygges opp, som nærhet, myndighet og autonomi. Erfaringene i studien viste at det generelt var en opplevelse av at ansatte fikk myndighet og tillit til å ta beslutninger om brukers tjenester. I Sverige og i Danmark opererer man i hovedsak med begrepet som en styring og ledelsesform (Bentzen, 2016; Bringselius, 2019). Danmark opererer nå med en «nærhets-modell» som navnet på tjenestemodellen med tillitsbasert ledelse, som på mange måter kanskje gir mer mening og er lettere å forstå (Aspøy, 2016). Det symboliserer i hvert fall i større grad en endring fra en atskilt tjeneste i bestiller- utfører modellen, til en samlet tjeneste med større nærhet til bruker i tillitsmodellen.

Tillitsbasert ledelse handler ifølge Johansen (2016) om å skape de nødvendige forutsetningene for at ansatte kan og vil gjøre sitt beste. Tillitsbasert ledelse handler i høy grad om mennesker og hvordan de bidrar til å nå målene, mer enn det handler om

økonomiske indikatorer (Johansen, 2016). Kuvaas (2017) mener også det i tillitsbasert ledelse må følge en tro på mennesker, som avspeiles i et menneskesyn hvor man tar sjansen på å stole på sine medarbeiders kompetanse og motivasjon. 2012 viste en stor undersøkelse initiert av KS at det ikke var noen sammenhenger mellom hvilken bestiller- utføre modell kommunene hadde valgt å innføre, og effektiviteten av den. Det som viste seg å være av betydning var «måten» modellen ble praktisert og etterlevd, i forhold til prinsippene i modellen. Det hadde mer betydning for om den var effektivitetsfremmende enn modellen i seg selv (Deloitte, 2012, s. 2). Tillit derimot er noe alle ønsker mer av, men beskrivelsen om hvordan dette kan se ut, er svært forskjellig. Dette fordi tillit som begrep er svært abstrakt og vanskelig å oversette på et praktisk plan (Bentzen, 2018, s. 119).

Ifølge Grimen (2009) handler tillit i stor grad om overføring av makt til personer eller et system. Det gir makt til å handle på andres vegne til deres beste og betyr å stole på andre og å handle med få forholdsregler (Grimen, 2009, s. 53). Grimen (2009) mener videre at den som gir tillit, samtidig gir fra seg, eller avstår fra muligheten for å bruke makt og kontroll. På bakgrunn av denne forståelsen blir tillit og kontroll ofte hverandres motsetninger. Blir det for mye kontroll kan det oppstå mistillit. Et av de store målene for politikerne i Oslo, var å bryte med den eksisterende tjenestemodellen, da denne i for stor grad var kontrollerende og detaljstyrende og ga en opplevelse av mistillit mot ansatte. Kommunen ønsket å gå bort fra å rapportere og måle tiden brukt ved hver enkelt bruker på detaljnivå, men ga også samtidig et signal om at mål og resultatstyring var nødvendig (Oslo kommune, 2019). I denne studien var ansattes erfaring ikke at det var blitt færre kontroller i tjenesten. Det var en klar oppfatning av at styring og målinger var nødvendig i tjenesten, og at det var type kontroll og omfanget som hadde betydning for opplevelsen av den. Å måle tiden hos bruker ble opplevd som meningsløst, da det ikke ga noe svar på om tjenesten var bra eller nødvendig. Flere mente at kontroller av om man hadde utført oppgaver i skjema var en tidstyv. Kontroll for å heve kompetanser ved faglige sjekklister ble oppfattet som noe positivt. Denne erfaringen støttes opp av Bentzen (2018) sin forskning knyttet til tillitsmodellen i Danmark. Bentzen (2016) har i sin forskning funnet at hvis kontroller og målinger gir mening for ansatte, så kan den til og med skape tillit og trygghet. Det avhenger derfor av i hvilket omfang kontrollen gis og om den gir mening for dem som utsettes for den (Bentzen, 2018). En sentral utfordring ved tillitsbasert ledelse er å demonstrere konsistens, ydmykhet og risikovillighet. Studien

viste til at tillit, makt og kontroll spiller sammen og innebærer langsiktig arbeid og kontinuerlig balansering mellom nærvær og distanse (Bentzen, 2016, s. 251). Drøfting av tillit og kontroll viser på mange områder at det ikke er modeller i seg selv, eller målene for de ulike modellene som avgjør om man lykkes i hjemmebaserte tjenester. Det som er avgjørende er *hvordan* de praktiseres (Nyhan, 2000). Ifølge Nyhan (2000) trenger vi mer forskning på den interne dynamikken i offentlige byråkratier, samt på deres holdninger og kulturer og evne til å motivere (Nyhan, 2000, s. 103).

6.2 Hvilken betydning har brukermedvirkning i tillitsmodellen?

6.2.1 Ivaretagelse av brukermedvirkning

Denne studien viser at relasjonen mellom ansatte og brukerne endret seg etter implementering av tillitsmodellen i Oslo. Relasjonen var blitt tettere og ga et bedre kjennskap til brukerne. Dette begrunnes med at samme tjenesteyter hadde ansvar for bruker i hele prosessen fra oppstart til avslutning. Medvirkning og medbestemmelse handler i stor grad om relasjonelle betingelser, det vil si samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter (Stamsøe, 2009). Brukermedvirkning er et komplekst begrep. Å få det til i praksis, er avhengig av at flere faktorer spiller sammen. Diskusjonen om hvordan bruker kan trekkes inn i beslutninger om tjenester i tillitsmodellen, handler i stor grad om forhold knyttet til medvirkning. Ifølge Jo Cahill (1996) sin teori om medvirkning er det spesielt relasjon, kompetansedeling, makt og engasjement, som må være til stede for å oppnå medvirkning. Disse karakteristika vil jeg trekke inn i drøftingen av resultatene i denne studien.

Et av forholdene som bør være til stede for å få til medvirkning for brukerne er ifølge Jo Cahill, en tettere relasjon og samhandling mellom bruker og tjenesteansvarlig. Resultatet i denne studien viste at de ansattes forutsetninger for å utvikle en tettere relasjon var blitt bedre i tillitsmodellen og at det kan se ut som at tillitsmodellen gir et godt utgangspunkt for medvirkning. Organiseringen etter tillitsmodellen ga ifølge ansatte også en større grad av kontinuitet i tjenesten, noe som igjen påvirker relasjonen mellom bruker og tjenesteyter.

Nærheten medfører en bedre forutsetning for å kunne utøve et faglig skjønn da tjenesteutøver blir bedre kjent med bruker. Ifølge Hansen (2015) er en forutsetning for at bruker skal kunne medvirke i utforming og gjennomføring av tjenestetilbud at tjenesten og tjenesteutøver har et visst handlingsrom (Hansen, 2015, s.19). Det krever at fagpersonen gis tid og rom til å kunne innhente kunnskap og være i dialog med bruker, for å skape tillit og kunne vurdere gode løsninger. I kommunale helse og- omsorgstjenester er et stort tidspress en utfordring. Politikernes mål om brukermedvirkning har ikke gitt noen signaler om at brukermedvirkning er tidskrevende å få til, tvert imot signaliserer politikerne at mål for tjenesten er innsparing.

I tillegg til relasjonsbygging, er det også nødvendig med kompetansedeling mellom bruker og tjenesteyter for å få til medvirkning (Jo Cahill, 1996). Ifølge Stamsøe (2009) må fagpersonene som skal vurdere brukers tjeneste jobbe systematisk og bevisst for å kunne korrigere sin egen kunnskap ved hjelp av brukers erfaringer (Stamsøe, 2009, s. 222). Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er en viktig del av tillitsmodellen og er fra politikernes side et spørsmål ansatte må stille brukeren for bedre å forstå brukers kompetanse. En anbefaling fra Eide et al. (2018) sin forskning var at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skulle være integrert i det elektroniske dokumentasjonssystemet for å få verdi for tjenesten. Resultatene i denne studien viste at målene for bruker, og hva som var viktig nå var synlig i kartleggingssystemet i det digitale verktøyet ansatte hadde hos bruker.

Denne studien viste at ansatte hadde positiv erfaring med å stille spørsmålet. Få ansatte opplevde det vanskelig å spørre brukerne, men de fleste opplevde en sammenheng mellom svaret fra bruker og brukermedvirkning. Informantene beskrev at når brukerne svarer på hva som er viktig, så blir tjenesteansvarlig bedre kjent og kan sette mål sammen med brukerne. Hansen (2015) mener at for å få bruker engasjert, er det av stor betydning at bruker forstår beslutninger om tjenester og forstår grunnlaget for avgjørelser og oppfatter det som rimelig. Dette gjelder spesielt om målet innebærer en egeninnsats for bruker. Når bruker involveres i å sette mål er det mer forpliktende og gir et eierskap på en annen måte enn når andre har definert målene for dem. Selve beslutningsprosessen og valg av tjenester ble av informantene beskrevet som en forhandlingsprosess mer enn at brukeren selv valgte tjenester. Informantene svarte «vi må gi og ta» og «vi finner en løsning» og «veien blir litt til

mens vi går sammen». Men med spørsmålet «Hva er viktig?» følger det naturlig at bruker stiller spørsmålet «Hva kan jeg få», og «Hva ønsker jeg?». Dette ble i liten grad problematisert i studien. Det som ble formidlet var en sterk forventning om at bruker ønsket å være selvhjulpne og selvstendig. Det var en forutinntatthet i tjenesten om at det var brukernes ønske. Dette gir rom for å drøfte om «hva bruker ønsker» gir en reell mulighet for medvirkning i denne sammenheng. Hvis svaret er gitt på forhånd er det ikke nødvendig å spørre hvis ikke det får konsekvenser for brukers tjeneste og medvirkning.

Kompetansedeling forutsetter at bruker er mottakelig og er i stand til å både være reflektert og ta imot informasjon. Wikman og Fältholm (2006) påpeker at for at bruker skal kunne ta kontroll over eget liv må de få de nødvendige verktøyene. Helsekompetanse er en forutsetning for å oppnå brukermedvirkning og Empowerment. Evne til helsekompetanse ble i resultatet av studien vist en bekymring spesielt knyttet til de svakeste gruppene i tjenesten som hverken hadde forutsetninger for å sette ord på hva som er viktig eller ta imot informasjon. Denne bekymring bør tas på alvor og «Hva er viktig for deg?» må ikke bli et retorisk uttrykk hvor man automatisk tror det gir medvirkning. Det bør reflekteres rundt, få konsekvenser for bruker og tilpasses også til de mest sårbare brukere. Solberg er kritisk til om vi legger for mye vekt på at autonomien alltid er det viktigste som står på spill hos de aller sykeste pasientene. Han vil gjøre oss oppmerksomme på at verdier som sårbarhet, tillit, ansvar og omsorg i helsetjenesten ikke må glemmes i kampen om pasientens autonomi.

6.2.2 Reell brukermedvirkning

En siste faktor i drøftelsen av medvirkning handler om maktbegrepet. Reel medvirkning betyr ifølge Stamsøe (2009) at brukers stemme teller like mye som, og veier like tungt som, en stemme fra andre parter, som tjenesten eller politisk myndighet (Stamsøe, 2009, s. 169). For å komme dit må brukerens kompetanse som erfaringskunnskap bli respektert og den makt og kontroll tjenesteutøveren har, må reduseres til fordel for makt og kontroll hos bruker. Det vil i stor grad handle om en omfordeling av makt. Ifølge Arnstein (1996) har brukermedvirkning og maktfordeling en sammenheng, hvor vi uten omfordeling av makt er like maktesløse. Arnsteins rammeverk hjelper oss med å skille det som er et uforpliktende brukerperspektiv, eller en legitimering av tjenesteyters arbeid, og det som er reell

medvirkning. Ifølge Arnstein (1996) vil det å stille spørsmålet til bruker, hva som er viktig, være tokenisme hvis ikke svaret på spørsmålet får betydning for brukers valg av tjeneste. Hvis bruker gjøres i stand til, og får makten til å ta valg, er det reel brukermedvirkning (Arnstein, 1996). Denne studien viste at ansatte hadde en bekymring knyttet til de mer sårbare pasientene som hadde vanskelig for å ytre seg om ønsker og behov. Det gir dem dårligere forutsetninger for å oppnå reell brukermedvirkning.

Et overraskende resultat i studien var knyttet til ansattes erfaringer med brukermedvirkning. Studien viste at ansatte hadde en opplevelse av at det i tjenesten var stor grad av brukermedvirkning, til tross for at ingen av dem hadde spurt bruker direkte om dette. Dette var en erfaring deltagerne først ble bevisst under intervjuet. Det er verd å drøfte hvordan tjenesten i stor grad kan oppleve at brukeren har medvirkning når man ikke har tenkt på å spørre brukeren selv. Tillitsmodellen har på flere områder gitt noen nye forutsetninger for å få til brukermedvirkning som nærhet og gode relasjoner, men med sterke krefter som mestring og fokus på selvhjulpenhet og økonomi i en tjeneste med svært komplekse brukere trenger tjenesten mer kompetanse og innsikt i brukermedvirkning for å kunne kalle den reell. Det er ingen tvil om at brukerfokus er styrket, men det er fortsatt et stykke å gå for at medvirkning skal bli reell i praksis. En anbefaling til ansvarlige ledere i tillitsmodellen er å utvikle verktøy for å innhente brukerens erfaringer. Dette kan gjerne gjøres i samarbeid med brukerorganisasjoner.

6.2.3 Brukermedvirkning på flere nivå

Tillitsmodellen ble utviklet som en åpen innovasjon. Det innebar et «neden fra og opp» perspektiv hvor flere aktører fikk mulighet til å påvirke utviklingen av tjenestemodellen. Brukermedvirkning handler ifølge Andreassen ikke kun om å tilpasse tjenesten individuelt til bruker, men også hvordan tjenesten er organisert (Andreassen, 2005, s. 20). Skal man sikre reel brukermedvirkning mener Andreassen at det må jobbes aktivt på alle plan (Andreassen, 2005).

Tillitsmodellen på et politisk plan ble initiert i 2014 av lokalpolitikere med seniormeldingen om «Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo» (Byrådssak 01/14). Det var en strategisk plan for Oslo kommunes arbeid for en aktiv og sunn aldring i befolkningen, inklusive

fremtidig eldreomsorg. I arbeidet med seniormeldingen var det flere brukerorganisasjoner som var inkludert sammen med fageksperter. Det ble i tillegg lagt ut på nettsider og det var en åpen høring i forhold til en strategi hvor Oslos innbyggere skulle delta aktivt i byens utvikling (Byrådssak 01/14, s. 6). Informasjon om den åpne høringen ble fremmet på mange måter blant annet på kommunens hjemmeside, gjennom leskurkampanje, informasjon på legesentre og reportasjer i media, dessuten informasjonsbrev til bydeler, eldresentre og ulike samarbeidspartnere. De mottok mange innspill som ga utgangspunkt for utviklingen av en ny tjenestemodell som en åpen innovasjon og hvor brukerfokus var synlig i politiske mål og strategier.

Brukermedvirkning i tillitsmodellen på systemnivå inkluderte brukere, nettverk og ansatte i pilotprosjektet og gjennom følgeforskning for å prøve ut og gi anbefalinger om ny modell for Oslo kommune.

Brukermedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle behandlingstilbud (Andreassen, 2005, s. 20). Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder seg selv og egne behov (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Bruker legger frem ønsker og behov og forhandler om tilbud, men har den endelige beslutningsmyndighet om hvilke tjenester som skal mottas (Andreassen, 2005, s. 21). Tillitsmodellen sørger på flere måter for at forutsetningene for brukerinnsflytelse er til stede. Relasjon og nærhet i tjenesten er endret, men om det påvirker brukermedvirkningen i praksis er usikkert. Kommunens mål om brukermedvirkning og fokus på «Hva er viktig for deg?» gir et signal om at det er ønsket. Resultatene i studien tilsier det er vanskelig å få til i praksis. Dette kan skyldes flere forhold i tjenesten som kommer i et spenningsfelt. utfordringer i forhold til kompetanse om medvirkning, maktprinsippet, paternalisme og forvaltning av ressurser. Kommunen må starte med å få kompetanse og innsikt i brukers forståelse av dette spørsmålet. Først ved å ta diskusjonen og avklare brukernes opplevelse av medvirkning, får tjenesten et bedre utgangspunkt for å få til reell brukermedvirkning i prosessen med tjenestetildeling.

6.3 Drøfting av metodisk valg

Formålet med denne studien var å få et innblikk i ansattes erfaringer med en ny tjenestemodell. Metoden var kvalitativ da jeg ønsket å gå i dybden i et lite utvalg. Syv ansatte fra seks bydeler i Oslo deltok i studien og ga gode og fylldige tilbakemeldinger som på mange områder ga svar på spørsmålet i problemstillingen. I kvalitative studier er det ikke et mål at studien skal kunne generaliseres, men overførbarhet dreier seg om at funnene har gyldighet utover utvalget og konteksten og er relevante og anvendbare i andre situasjoner. Oslo kommune er en svært kompleks organisasjon preget av parallelle autonome enheter med litt ulik organisering og ulike interesser. Tillitsmodellen er fremdeles i en tidlig fase og er i en utviklingsprosess. Det er et stort behov for mer forskning knyttet til hva endringene innebærer for tjenesten, og det fordrer også behov for å ta i bruk flere ulike forskningsmetoder. Et av de helt sentrale spørsmålene ved tillitsmodellen er om tillitsmodellen er kostnadseffektiv. Det vil man eventuelt kunne få svar på ved store kvantitative undersøkelser. Det vil være en utfordrende oppgave å finne egnet måte å måle forholdet mellom tillit og kontroll i tillitsmodellen. Det er stort behov for forskning knyttet til brukerne og i hvilken grad de opplever brukermedvirkning. En anbefaling kunne være at man involverte brukerorganisasjoner i å utvikle spørsmål for hva bruker mener med begrepet kvalitet og medvirkning. Denne studien har gitt en begrenset kunnskap om erfaringer om tillitsmodellen i Oslo kommune. Det er syv ansatte som er inkludert i studien. Denne studien har sine begrensninger både i forhold til omfanget av en masteroppgave og knyttet til tidsrammen jeg har hatt til rådighet. Den har også begrensninger knyttet til egne erfaringer som forsker. Gitt muligheten kunne det vært interessant å utvide og inkludere brukeren i studien. Det var et mål i starten av studien å benytte fokusgrupper. Det ville kunne tilføye studien flere nyanser og erfaringer knyttet til holdninger og meninger om det å være organisert i tverrfaglige team. Det var dessverre ikke mulig å gjennomføre på grunn av covid-19. En styrke i studien er at jeg gjennom erfaringer fra seks bydeler har fått en liten innsikt i mangfoldet av forskjellige meninger og erfaringer. Selv om jeg som forsker har hatt en positiv forventning til tillitsmodellen har jeg forsøkt å reflektere kritisk og med en analytisk distanse til mine funn. Etter avtale med informantene vil jeg presentere resultatene for de involverte i studien. På denne måten kan studien kanskje få en liten klinisk betydning for deres daglige arbeid.

7 Avslutning

I denne studien har jeg utviklet kunnskap om tillitsmodellen og hvordan den er praktisert i Oslo kommune. Jeg har ved hjelp av to forskningsspørsmål svart på problemstillingen hvordan ansatte erfarer å jobbe med tillitsmodellen. Det første spørsmålet var hvordan ansvar og oppgaver fordeles i tillitsmodellen knyttet til brukers tjenester, og det andre var hvordan bruker innlemmes i et tverrfaglig team knyttet til beslutninger om brukers tjenester.

For å innhente data til min studie har jeg benyttet kvalitativ metode hvor jeg gjennom individuelle intervjuer har fått kjennskap til ansattes erfaringer med å jobbe i hjemmebaserte tjenester. Det var spesielt ansatte fra tverrfaglige team som var målgruppen.

Tillitsmodellen i Oslo startet med byrådserklæringen i 2015 og ble stadfestet i standard erklæringen 2019. Den tidligere bestiller- utfører modellen ble kritisert for å være detaljorientert og ga lite rom for faglige skjønn og vurderinger for tjenesteyteren ute hos brukeren. Det fikk politikerne til å ønske en endring. Det ble gjennom en innovasjonsprosess utviklet noen anbefalinger for implementering av ny tjenestemodell til alle bydelene i Oslo. Tillitsbasert ledelse var styringsformen i alle ledd i kommunen. Tillitsmodellen har nå vært utprøvd i to år i hjemmebaserte tjenester. Modellen er fremdeles i utviklingsfasen og ansatte rapporterer om flere endringer og tilpasninger i fremtiden.

Analysen av de ansattes erfaringer viste at de selvstyrte teamene med autonome arbeidsgrupper ble opplevd som den største styrken i modellen. Tillitsmodellen ga mulighet for større grad av samhandling, kontinuitet og kompetanse i tjenesten. Modellen ga også en større grad av autonomi til ansatte som ga motivasjon og engasjement i deres arbeid.

Analysen viste et behov for en konkretisering av mål og styring etter tillitsmodellen. Ny organisering ga et behov for kunnskap om forvaltningspraksis og en bevisstgjøring rundt rettferdighets- og likeverdighetsprinsippet i tjenesten. Kontroll-oppgaver var fortsatt en stor del av tjenesten og ny organisering ble sett på som en modifikasjon av den tidligere modellen. Tillit er i mange sammenhenger en motsetning av kontroll, men trenger ikke alltid å være det. Der hvor ansatte føler at kontrollen gir mening og er begrunnet kan det bidra til forståelse, trygghet og tillit for ansatte.

Analysen av ansattes erfaringer med brukermedvirkning ga flere overraskende svar. Resultatene viste at relasjonen til bruker ble styrket i tillitsmodellen. Ved å ha faste tjenesteansvarlige og myndighet til å imøtekomme brukerens behov, opplevde ansatte trygghet, tillit og forutsigbarhet i relasjon med bruker. Det var en positiv oppfatning av å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Det ble oppfattet som utfordrende å utvikle og definere brukers mål. Det var samtidig en bekymring knyttet til de svakeste gruppene som ikke kunne ytre egne ønsker og behov. Resultatene i studien viste at ansatte opplevde stor grad av brukermedvirkning, men ingen hadde spurt brukerne om de opplevde å ha medvirkning. En anbefaling til ansvarlige ledere i tillitsmodellen er å utvikle verktøy for å innhente brukerens erfaringer. Dette kan gjerne gjøres i samarbeide med brukerorganisasjoner.

Tillitsmodellen har siden 2018 vært i en stor endringsprosess for hele Oslo kommunes hjemmebaserte tjenester. Denne tjenesten er en omfattende og kompleks tjeneste som er påvirket av mange forhold. Da tillitsmodellen på mange måter viser positive endringer for ansatte er det et håp om at det store engasjementet og motivasjonen i tjenesten gis tillit og tid til å lære og feile. Men med tillit følger også en risiko. Det vil vise seg i fremtiden om tillitsmodellen er kostnadseffektiv og om tillit til tjenesteutøveren og brukermedvirkning kun er honnørord eller om dette faktisk har ført til en reell endring av praksis?

Litteraturliste

- Allen, N. J. & Hecht, T. D. (2004). The romance of teams: Toward an understanding of its psychological underpinnings and implications. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 77(4), 439-461.
<https://doi.org/10.1348/0963179042596469>
- Amble, N. (2013). Mestring og organisering i arbeid med mennesker – Om bra arbeid for grepa damer. *Nordic Journal og Vocational Education and Training*.
<https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.13v3i1a1>
- Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging* (2. utg.). Universitetsutvalget.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Gyldendal akademisk.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*. 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 20(2), 134-149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Assmann, R. (2008). Team og teamarbeid. I R. Assmann (Red.), *Teamorganisering: Veien til mer fleksible organisasjoner* (s. 35-58). Fagbokforlaget.
- Aspøy, A. (2016). Tillitsreform i Skandinavia. *Stat & Styring*. (26). 14-16. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0809-750X-2016-03-05>
- Aspøy, A. (2020). En stor reform bølge. *Stat og styring*. (30).36-37. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0809-750X-2020-01-11>

- Bentzen, T. Ø. (2016). *Tillidsbaseret styring og ledelse i offentlige organisationer: I springet fra ambition til praksis*. [Doktorgradsavhandling, Universitet i Roskilde].
https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/57156323/Tillidsbaseret_styring_og_ledelse_i_offentlige_organisationer.pdf
- Breivik, J.K. & Sudmann, S. (2015). Samfunnsarbeid som svar på velferdspolitiske utfordringer? *Tidsskrift for velferdsforskning*. 18(1), 2-6. Fagbokforlaget.
<https://hdl.handle.net/11250/2650987>
- Brindle, D. (2017, 9.mai). *Buurtzorg: the Dutch model of neighbourhood care that is going global*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/social-care-network/2017/may/09/buurtzorg-dutch-model-neighbourhood-care>
- Bringselius, L. (2017). *Tillitsbaserad styrning och ledning: Ett ramverk* (2. utg.). Stockholm: Tillitsdelegationen.
https://portal.research.lu.se/portal/files/35941881/Rapport_Tillitsdelegationen_2017_2_upplaga_2.pdf
- Briseid, K. (2019). Personorientering i en norsk velferdsstatskontekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. (5). 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-09>
- Busch, T., Johnsen, E., Klaudi Klausen, K., & Vanebo, J. O. (2011). *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser* (3.utg). Universitetsforlaget.
- Byrådserklæringen. (2015, 19. oktober). *Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti i Oslo 2015-2019*. Oslo,MDG. <https://oslo.mdg.no/wp/files/2015/10/Byraadserklaering-web.compressed.pdf>
- Byrådssak. (1055/17). *Tillitsbasert styring og ledelse i Oslo kommune*. Oslo kommune
<https://docplayer.me/52687424-Oslo-kommune-byradslederens.html>

- Bystyremelding (nr. 1/2014). (2014). *Seniormelding. Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo*. Byrådssak 66/14. Oslo Kommune.
<https://www.oslo.kommune.no/bydeler/bydel-vestre-aker/politikk-og-politiske-moter/politiske-saker-bydel-vestre-aker/2015/seniormelding-bystyremelding-nr-1-2014#gref>
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. (24) 561-71. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.22517.x>
- Connell, N. A. D. & Mannion, R. (2006). Conceptualisations of trust in the organisational literature: some indicators from a complementary perspective. *PubMed*. 20(5), 417-433. <https://doi.org/10.1108/14777260610701795>
- Deloitte. (2012, 8. august). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen Program for storbyrettet forskning*. Kommunenes Sentralforbund.
<https://www.yumpu.com/no/document/read/18383918/kostnader-og-gevinster-knyttet-til-bestiller-utfører-deloitte-norge>
- Deloitte. (2015, 3.mars). *Kommunal- og moderniseringsdepartementet- Brukervalg i kommunal tjenesteyting*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/7c369ae60f6c419e81ac3664e981707c/brukervalg_rapport.pdf
- Dirks, K. T. & Ferrin, D.L. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of Applied Psychology*. 87(4), 611-628.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.611>
- Drennan, V.M, Calestani, M., Ross, F., Saunders, M., West, P. (2018). Tackling the workforce crises in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 2018; 8(6): e021931.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6009560/>

- Edmondson, A. C. (2004). Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A Group-Level Lens. I R. M. Kramer., & K. S. Cook (Red.), *Trust and distrust in organizations: dilemmas and approaches* (s. 239-272). Russell Sage Foundation. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.195.4023&rep=rep1&type=pdf>
- Edmondson, A. C. & Lei, Z. (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, (1), 23-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- Eide, T., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Olafsen, A.H., Aaberge A. H., & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen: erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydelen i Oslo kommune*. (Skriftserie Nr. 13 / 2017, Høgskolen i Sørøst-Norge, Vitensenteret helse og teknologi) https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2446638/2017_13_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J., & Eide, H. (2018) *Tillitsmodellen - hovedpilotering i Oslo kommune 2017-18*. (Skriftserien Nr. 4/2018, Universitetet i Sørøst-Norge, Vitensenteret helse og teknologi) https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2583361/2018_4_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ellingsen, E. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(3) 23-39. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/273570>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. (LOV-1967-02-10). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL_4
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg model. *Commonwealth Fund* pub. (14) 1-12. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>

- Grenness, T. (2012). På jakt etter en norsk ledelsesmodell. *Magma*. (4) 51-59
<https://www.magma.no/pa-jakt-etter-en-norsk-ledelsesmodell>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Terum, L. I. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag.
- Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå. *Tidsskriftet den norske legeforening*. (17) 135. <https://tidsskriftet.no/2015/09/leder/samhandlingsreformen-hva-na>
- Hansen, H. (Red). (2015). *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse og velferdstjenesten*. (utg.2) Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet.(2017). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov* [Nasjonal veileder]. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Det sentrale avtaleverket for fastlegeordningen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/det-sentrale-avtaleverket-for-fastlegeor/id106759/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonell-loven. (1999). *Lov om helsepersonell m.m.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N.M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

- Johansen, G. (2016, 18. september). *Tillitsbasert ledelse. Ledernytt*.
<https://www.ledernytt.no/tillitsbasert-ledelse.5908681-311239.html>
- Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (2005). Training for Cooperative Group Work. I M. A. West, D. Tjosvold & K. G. Smith (Red.), *The Essentials of Teamworking - International Perspectives* (s. 131-147). Chichester: John Wiley & Sons.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.5396&rep=rep1&type=pdf>
- Joten, M. A. (2017, 28. september). *Fra New Public management til tillitsbasert ledelse i Bydel Ullern. [Power Point presentasjon]* Docplayer. <http://docplayer.me/61913119-Fra-new-public-management-tiltillitsbasert-ledelse-i-bydel-ullern.html>
- Kattouw, C. E., & Wiig, S. (2018) Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Klyve, A. & Severud, A. (2014). *Ordbok for underklassen*. Spartacus forlag.
- Kommunenes sentralforbund. (2004). (*Bestiller -utfører -organisering i pleie og omsorgssektoren*).https://www.ks.no/contentassets/9832e64a70e24b228f5dd21c86fa69b2/2344_034022_smlet-webutgave-veileder-bum-rev270404.pdf
- Kreitzer, M.J, Monsen, K.A., Nandram, S., & de Blok, j. (2015) Buurtzorg nederland: A global Model of Sosial Innovation, Change, and Whole-System Healing. *Global Advances in Health and Medicine* (1) 40-44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Kuvaas, B., Kleivane, T., & Olsen, B.M. (2017, 27. februar). *Sverige kan, så hvorfor ikke Norge? Dagens Næringsliv*
<https://www.dn.no/innlegg/sverige/norge/danmark/sverige-kan-sa-hvorfor-ikke-norge/2-1-43887>
- Kuvaas, B. (2017, 15.mars). *Tillitsbasert ledelse virker. BI Business Review*.
<https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2017/03/tillitsbasert-ledelse-virker/>

- Kvale, S., & S. Brinkmann. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.) Gyldendal Akademisk.
- Landstad, J. B., Kvangarsnes, M., Hole, T., & Nylenna, M. (2020). Brukermedvirkning i helsetjenesten – realitet og retorikk. *Tidsskriftet Michael*, 2020 (17) 7–13. <https://www.michaeljournal.no/i/2020/08/Brukermedvirkning-i-helse%C2%ADtjenesten-%E2%80%93-realitet-og-retorikk>
- Levin, M. & Rolfsen, M. (2015). *Arbeid i team. Læring og utvikling i team* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Luhmann, N. (1999). *Tillid: En mekanisme til reduksjon af sosial kompleksitet*. Gyldendal.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 5 (2003-2004). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten: sykehusreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-5-2003-2004-/id197375/?ch=1>
- Meld. St. 14 (2020-2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/?ch=12>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens Primærhelsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 30 (2019-2020). *En innovativ offentlig sektor: Kultur ledelse og kompetanse*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>

- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Nasjonale forskningsetiske komité. (NEM) (2009). *Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. ISBN: 978-82-7682-058-4
- Monsen, K.A., & de Blok, J. (2013). Buurtzorg Nederland. *The American journal of Nursing*. 113(8). 55-59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000432966.26257.97>
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. & Swan, J. (2009). *Managing Knowledge Work and Innovation* (2. utg.). Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9310.2011.00656.x>
- Noe, R. A., Clarke, A. & Klein, H. (2014). Learning in the Twenty-first-Century Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(2), 245-275. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091321>
- NOU 1989: 5. (1989, 17.mars). *En bedre organisert stat*. Forbruker- og administrasjonsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154719-nou1989-5.pdf>
- NOU 1997: 17. (1997, 7. mai). *Finansiering og brukerbetaling for pleie og omsorgstjenester. Modeller med vekt på valgfrihet og brukerinnflytelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-17/id140948/sec18>
- Nyhan, R. C. (2000). Changing the paradigm: Trust and its role in public sector organizations. Sage publications. *American review of public administrations*. 30(1) 87-109. <https://doi.org/10.1177/02750740022064560>

- Olsson, A.B.S., & Vågan, A. (2016). Brukermedvirkning. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_BM_juni2016-1.pdf
- Olstad, F. (2021, 8.mars). *Farvel, New Public management! Fagforbundet*. <https://www.fagforbundet.no/for-tillitsvalgte/a/9331/farvel-new-public-management/>
- Oslo kommune. (2019). *Overordnet standard for tjenester i hjemmet*. (Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid). <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13338710-1575984700/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Fag%20og%20kompetanse>
- Oslo kommune. (2021). *Budsjett, regnskap og rapportering 2021-2024*. (Budsjettforslag Oslo kommune.) https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13379622-1600859298/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%20regnskap%20og%20rapportering/Budsjett%202021/Budsjettforslag%202021/unnzipped_krnl_fileid_379391/PDFS_Budsjettforslag-2021.pdf?download=1
- Pasientrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Pasientskadeloven. (2001). *Lov om erstatning ved pasientskader mm*. (LOV-2001-06-15-53). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- Rennemo, A.M., & Sand, H. (2019). *Alt henger sammen med alt: Behovsstyrt bemanning (BOB), dokumentasjon i Gerica og Helhetlige pasientforløp*. (Helseetaten i Oslo). <https://www.ks.no/contentassets/5f71df344ef3407a9cbf27a188de5d1b/Helseetaten-Alt-henger-sammen-med-alt.pdf>
- Seligman, A.B. (1997). *The problem of trust*. Princeton University Press.
- Skogli, E., Jenssen, T.B., Lind, L.H., & Theie, M.G. (2018). Bemanning, Kompetanse og Kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. *Menon publikasjon 51/2018*. <https://www.menon.no/publication/bemanning-kompetanse-kvalitet-status-kommunale-helse-omsorgstjenestene/>

- Slagstad, R., & Messel, J. (2014). *Profesjonshistorier*. Pax forlag.
- Solberg, B. (2020). Pasientautonomi og brukermedvirkning i helsetjenesten – hvorfor så verdifullt? *Tidsskriftet Michael* 17 (24) 45-55.
<https://www.michaeljournal.no/i/2020/08/Pasientautonomi-og-bruker%C2%ADmedvirkning-i-helsetjenesten-%E2%80%93-hvorfor-sa-verdifullt-->
- SOU 2019:43. (2019). *Med tillit følger bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten*. Regeringskansliet.
<https://www.regeringen.se/4ad5c9/contentassets/792a8511629447d8abf5aa2520161631/med-tillit-foljer-battre-resultat--tillitsbaserad-styrning-och-ledning-i-staten-sou-201943.pdf>
- Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Universitetsforlaget.
- Stamsøe, M. A. (2009). *Velferdsstaten i endring: Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Stamsøe, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring: Om norsk sosialpolitikk* (3 utg.). Gyldendal Akademiske.
- Thagaard, T. (2013). Presentasjon av kvalitative tekster. I: *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Tholens, B. (2014). 10 spørsmål. Hvordan fungerer Buurtzorg. *Sykepleien*.2014/11.
<https://sykepleien.no/2014/11/hvordan-fungerer-buurtzorg>
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment. I Helse, Ledelse og pedagogikk*. Gyldendal akademiske.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologis brytningstid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA Rapport 22/2007). https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4955/3159_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vallentin, S., & Thygesen, N.T. (2017). *Tillit, makt og offentlig ledelsesreformer*. Akademisk forlag.
- Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, health care and – philosophy*, 4(3) 289-294. <https://doi.org/10.1023/A:1012048907443>
- West, M. A., Tjosvold, D. & Smith, K. G. (2003). *International Handbook of Organizational Teamwork and Cooperative Working*. Chichester: Wiley.okforlag AS.
- Wikman, A.M. og Fältholm, Y. (2006). Patient empowerment in rehabilitation: “Somebody told me to get rehabilitated”. *Advances in Physiotherapy*, 8, 23-42.
https://www.researchgate.net/publication/232091048_Patient_empowerment_in_rehabilitation_Somebody_told_me_to_get_rehabilitated
- Woll, K. M., Slettebø, T., Brodtkorb, E. & Østby, L. (2011). Brukermedvirkning med virkning, eller bare som pynt?: Erfaringer fra et forsøk med kollektiv brukermedvirkning. I B. Berg og T.A. Ask. *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. 103-124. Oslo. Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

- Hensikten med denne studien er å få innsikt i hvordan man i din bydel har implementert tillitsmodellen og dine erfaringer med tverrfaglige team og brukermedvirkning.
- Det er dine erfaringer og refleksjoner som er interessante for denne studien, det er ikke en test.

Faktuelle spørsmål:

Kjønn: Alder: Profesjon:

Hvor lenge har du jobbet i hjemmetjenesten?

Hvor lenge har du jobbet med tillitsmodellen?

Spørsmål om tillitsmodellen og ansvarsfordeling:

Kan du beskrive et typisk forløp fra bruker kontakter dere til bruker får hjelp? Hvordan jobber teamet i tillitsmodellen? Gi gjerne et eksempel.

Hvilke kartleggingsverktøy benytter dere i det tverrfaglige teamet?

I hvilken grad opplever du at disse kartleggingsverktøyene ivaretar brukermedvirkning?

Hvordan identifiseres brukers behov? (beskriv/gi eksempel)

Hvordan involveres bruker i prosessen? (beskriv/gi eksempel)

På hvilken måte innlemmes bruker i det tverrfaglige team? Beskriv/gi eksempel)

Beskriv hvordan det tas beslutninger om tjenester rundt en bruker? (Beskriv gi gjerne et eksempel) (Hva har betydning. Får brukeren lov å velge).

Beskriv hvordan bruker involveres i prosessen med å identifisere mål? (beskriv/gi gjerne eksempel) (er det et handlingsrom).(hva hvis bruker og tjenestens mål er meget forskjellige)

Generell sett: Hva er dine erfaringer med tillitsmodellen? (muligheter **og** begrensninger)

Generell sett: Hva er dine erfaringer med hvordan tillitsmodellen ivaretar brukermedvirkning?

Spørsmål om brukermedvirkning

«Hva er viktig for deg» er et sentralt spørsmål og del av tillitsmodellen.

Hvordan bruker du dette spørsmålet, og hvilke erfaringer har du med spørsmålet?

Når i prosessen stilles dette spørsmålet?

På hvilken måte er svarene veiledende for hvordan du jobber med å ivareta brukers ønsker?

Hva er dine erfaringer med å stille dette spørsmålet?

Hvordan evalueres brukerens opplevelse/erfaringer med brukermedvirkning? Stikkord: Formell/uformell evaluering og tilbakemelding? Er evalueringen en del av tillitsmodellen?

Hvordan vet du at brukeren selv har opplevd å medvirke?

Hva slags innflytelse har brukeren på utformingen av tjenestetilbudet? (reell innflytelse knyttet til prioritering og ønsker?)

Hvilke erfaringer har du med brukere som ikke vil medvirke?

Hva mener du er viktig for å få til reel brukermedvirkning?

Hva - i din erfaring – er utfordrende i forhold til å få til reel brukermedvirkning?

Spørsmål om oppfølging av brukers tjenester i tillitsmodellen?

Beskriv hvordan du/teamet som du er en del av, jobber med endringer i brukers situasjon

Hvilke aspekter har betydning for endring av brukers tjenester?

Hvordan gjøre vurderinger om at brukeren ønsker mere hjelp?

Hva mener du er de viktigste tiltakene som skal til for å sikre god brukermedvirkning

Vil du delta i forskningsprosjektet.

Dette er et spørsmål til deg som er ansatt i hjemmetjenesten om å delta i et forskningsprosjekt.

Tema for prosjektet er brukervedvirkning og tverrfaglighet i en tillitsmodell. Jeg er spesielt interessert i å få kunnskap om hvordan brukervedvirkning varetas som en del av det tverrfaglige arbeid.

Ditt bidrag er viktig i forhold til å innhente erfaring om hvordan man jobber med ny tjenestemodell i praksis og vil tilføre ny kunnskap til et felt under utvikling.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Målet med denne studien er å få innsikt i hvordan helsepersonell jobber med brukervedvirkning i tverrfaglige team etter implementering av ny tillitsmodell i kommunehelsetjenesten.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du jobber i et tverrfaglig team i en bydel hvor tillitsmodellen er implementert. Din leder har på dette grunnlaget henvendt seg til deg for spørsmål om ditt samtykke om å delta siden du har erfaring med å jobbe i et tverrfaglig team som er organisert etter tillitsmodellen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Denne studien inngår i en masteroppgave ved VID- Vitenskapelige høyskole, hvor veileder Hilde Thygesen 1 amanuensis er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse i prosjektet innebærer at du vil få spørsmål om å delta i et intervju. Dette intervjuet vil finne sted på din arbeidsplass i din arbeidstid og er estimert til en time.

Formålet er å få innsikt i din erfaring fra din praksis. Informasjonen fra intervjuene blir tatt opp på lydopptak for at de skal kunne bli transkribert og danne grunnlaget for analyser i

etterkant. All informasjon fra intervjuet vil bli anonymisert og kan ikke spores til enkeltpersoner i etterkant.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene fra intervjuet til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun studenten og VID-vitenskapelige høgskole ved veileder som vil få tilgang til data.*
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Som nevnt tidligere vil alle data bli anonymisert.*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *desember 2021*. *Alle data vil deretter blir destruert.*

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *VID vitenskapelige høgskole* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

1. VID-Vitenskapelige høyskole Diakonhjemmet ved student Annette Moldrup Pedersen annette@pasient.no, tlf 47242056.

2. VID-Vitenskapelige høyskole Diakonhjemmet ved veileder Hilde Thygesen Hilde.Thygesen@vid.no, tlf. 22451931.
3. Personvernombud ved VID vitenskapelige høyskole er Nancy Yue Liu. nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no, tlf. [938 56 277](tel:93856277)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om dette forskningsprosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Til aktiv å delta i et intervju.
- At mine innspill og kommentarer benyttes i forskningsprosjektet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *desember 2021*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan jobber ansatte i hjemmetjenesten med Tillitsmodellen?

Referansenummer

473288

Registrert

19.02.2020 av Annette Pedersen - annettemoldrup@gmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hilde Thygesen, Hilde.Thygesen@vid.no,

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Annette Pedersen, annettemoldrup@gmail.com,

Prosjektperiode

01.03.2020 - 15.12.2021

Status

24.09.2020 - Vurdert

24.09.2020 - Vurdert

Vi viser til endring registrert 07.09.2020. Vi forstår det slik at endringen innebærer å gå fra gruppeintervju til individuelle intervju. Dette er ikke en endring som har innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.