

Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?

En kvalitativ case studie på helsesenter med tre korttidsavdelinger.

SIV TAMLAG

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

”” Når du vil ha bygget et skip
skal du ikke kalle folk sammen
for å samle tømmer
du skal ikke utdele oppgaver
eller delegere arbeid
du skal vekke deres lengsel
etter det store åpne hav

””

Antoine de Saint-Exèpury

© Siv Tamlag

1 utgave, desember 2023

«Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?»

En kvalitativ case studie på helsesenter med tre korttidsavdelinger i Kristiansand kommune.

www.kristiansand.kommune.no

Sammendrag

Forskningsområde og problemstilling

Målet med denne studien har vært å undersøke hvordan oppgavedeling, ansvar og organisering kan bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med problemstillingen: «*Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?*» Jeg ønsker å finne ut om oppgavedeling, ansvar og organisering kan bidra til en mer effektiv tjenesteytelse, fleksibilitet i bruk av kompetanse og ikke minst økt omsorgskapasitet på korttidsavdeling.

Bakgrunn

Flere tidligere rapporter og offentlige utredninger viser et stort behov for å finne nye organisatoriske løsninger, for å kunne håndtere utfordringsbildet som kommunesektoren står ovenfor i årene som kommer. Demografiske endringer i befolkningen skaper økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Med økning i antall eldre blir behovet for tjenester større samtidig som antall arbeidsføre blir færre. Vi ser allerede nå en stor mangel på helsepersonell hvor rekrutteringsutfordringene vokser. Den økte andelen eldre i befolkningen i kombinasjon med relativt færre i yrkesaktiv alder, er den største utfordringen kommunene står overfor frem mot 2040. Flere mener at oppgavedeling er et av flere virkemidler som vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og en mer effektiv drift. Tid for handling, NOU 2023:4 anbefaler blant annet at oppgavedeling kan være et grep for å utvikle en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste for fremtiden. Avdelingsdirektør M. Leinhardt i KS sier at jakten på bærekraft i helse- og omsorgstjenestene er et puslespill med mange brikker.

Metode

I denne masteroppgaven har jeg benyttet en kvalitativ induktiv metode og casestudie med aksjonsforskning. Det betyr at jeg har vært forsker, men samtidig deltagende part som endringsagent. Caset har her vært 3 korttidsavdelinger på et helsesenter. Her har det vært samlet inn erfaringer om oppgavedeling, organisering av kompetanse og funksjoner ved korttidsavdeling, gjennom gruppeintervjuer med 2 homogene fokusgrupper. Den ene av fokusgruppene har bestått av ansatte, mens den andre har bestått av ledere, tillitsvalgte og verneombud. Det teoretiske rammeverket består av teori om oppgavedeling, Nielsen og Ry

sin modell «Leavitt – Ry modell», for å forstå organisasjonsendringer samt D.I Jacobsen teori om organisasjonsendringer og endringsledelse.

Hovedfunn

Kartlegging som er gjennomført, avdekket at dagens organisering har en utydelig oppgavedeling, dvs. hvor alle profesjonsgrupper utfører alle oppgaver, unntatt de medisinske faglige oppgavene. Det var ingen tydelig funksjonsdeling mellom profesjonsgruppene i avdelingen, bortsett fra oppgaver som krevde sykepleiefaglig kompetanse. Enkelte oppgaver var strukturert på en slik måte at det medførte ventetid mellom profesjonene eks. News måling og dokumentasjon av denne. (News¹) Ansatte registrerte denne målingen på flere steder, i pasientjournal, beskjedbok til personal og i egen News perm med beskjed til lege. Det gikk også mye ekstra unødvendig tid på grunn av overlapping med rapport mellom vaktene, samt at for mye oppgaver og ansvar lå på enkelte nøkkelpersoner som teamkoordinator. Alle profesjonsgrupper brukte også uforholdsmessig mye tid til drift og service oppgaver, dvs. kjøkken, renhold, lager, skyllerom og lintøy. Erfaringer viste også at det gikk unødvendig mye tid på å hente utstyr på hovedlager fordi lager i avdeling ofte var gått tomt. Gjennom ny forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering, fant fokusgruppen frem til en mer tydelig oppgavedeling og effektiv bruk av kompetansen, hvor kompetansen ble nyttet mer til rett oppgave til rett tid og sted. Kartleggingen viste også at ansatte ønsket å få brukt sin kompetanse mer hensiktsmessig til riktige oppgaver.

Konklusjon

Når rapporten «Tid for handling» av NOU, anbefaler at en bedre funksjons- og oppgavefordeling mellom de enkelte profesjonsgrupper, samt en bedre organisering av omsorgsoppgavene, kan være et viktig grep for å oppnå en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste, ser jeg at dette stemmer også i mitt studiet og hvor jeg vil si er en avgjørende og viktig faktor for å lykkes. Det største potensiale ligger i å oppruste de ulike profesjonsgruppene og organisere tilgjengelig kompetanse, slik at en får mer robuste fagmiljø som dermed kan håndtere og utføre flere kompetansekrevende og komplekse pleiefaglige oppgaver. Her vil det å skape økt fleksibilitet i selve tjenesteorganiseringen være et sentralt.

¹ News måling er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke personer, som pustefrekvens, hjertefrekvens og oksygeninnhold i blodet, de såkalt vitale parametre. Syke personer som har verdier utenfor normalverdi på en eller flere parametre, kan omtales som ustabile og vil ha behov for mer intensivt medisinsk overvåkning.

Studiet viser at gjennom systematisk planlagt forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering, er en svært viktig omstillingsprosess for en mer bærekraftig helse – og omsorgstjenestene ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten. Studiet har også vist å frigjøre mer tid for helsepersonell til oppgaver knyttet til kompetanse, samt organisere kompetanse på en slik måte som gir mulighet for fleksibel og mer effektiv bruk av kompetansen. Gjennom studiet med forbedring av oppgavedeling og organisering, viste det seg å gi retning for en mer riktig tverrfaglig sammensetning av ansatt beholdningen, og hvordan andre yrkesgrupper kan bidra inn i tjenesten. En forbedring av oppgavedeling og organisering, vil her kunne bidra til at høyt utdannende profesjoner som for eksempel sykepleiere, vernepleiere og sykepleier med spesialutdanning innen kreft, sår, lindring, ernæring mm., frigjør tid, slik at de kan nyttes til særskilte spesialiserte oppgaver, som andre ikke kan gjøre. På denne måten vil det bidra til mer effektive og riktig bruk av kompetanse. (NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 149)

En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste handler om et kompleks system som involverer flere ulike variabler og puslebrikker. Oppgavedeling, ansvar og organisering er kanskje den mest viktigste og avgjørende variabelen vil jeg si, og som det må satses på i målet om en bærekraftig helse - og omsorgstjeneste. Videre er det viktig for å lykkes å ha gode rutiner for samhandling og kompetanseheving, og ikke minst god involvering av ansatte og forankring i ledelsen for å lykkes med en slik omstilling. Endringsmetoden som her har vært benyttet, kan med stor grad overføres og gjennomføres i andre avdelinger i kommunens helse og omsorgstjeneste. Det er på tide å jobbe smartere.

Forord

Denne masterstudien er gjennomført som en del av Masterprogrammet i helseledelse ved Universitetet i Agder. Masterprogrammet har gitt meg innsikt i komplekse organisasjoner, og kunnskap om hvordan organisasjon og ledelse gjør en i stand til å håndtere krevende situasjoner for å møte fremtidens behov for helsetjenester. Etter flere år som leder både i privat og offentlig sektor, startet jeg studiet da jeg ønsket å finne «knagger» for mine erfaringer og kunnskapen jeg satt med, og ikke minst gi meg selv mulighet for videreutvikling.

I denne studien har mitt formål vært å vise hvordan konkret verktøy som forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering i korttidsavdeling kan bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. I mange år har jeg selv som avdelingsleder, enhetsleder opplevd stort behov for å se på mer effektive og fleksible løsninger for drift av helsetjenesten og da ikke minst, bruk av kompetansen. Jakten på en bærekraftig løsning har mange brikker i et puslespill, og som påvirker hverandre. Det er et kompleks system en forsøker å rydde i, og som skal henge sammen med kvalitet på tjenestene og pasientsikkerhet hvor kommunen skal levere de lovpålagte tjenestene.

Dette året har vært utfordrende både med jobb og denne oppgaven, men samtidig en utrolig lærerik og interessant tid. Jeg kan med hånda på hjerte si at jeg brenner virkelig for det jeg skriver om, og har stor tro på at dette er et ekstremt viktig arbeid for å møte fremtidens omsorgsbehov. Derfor har det også vært veldig gøy hvor jeg har lært masse, men også sett at det er masse som jeg ønsker å utforske videre og som jeg kan bidra med i mitt arbeid i kommunen.

Jeg vil rette en stor takk til informantene og ansatte i korttidsavdelingen som har deltatt og engasjert seg. Jeg vil også rette en stor takk til lederne i avdelingen, i stab og på egen arbeidsplass og takke for tilliten de har vist meg gjennom prosessen. Uten dere hadde dette ikke lyktes. Takk også til min leder og gode kolleger i kommunen, for støtte og oppmuntring underveis, noe jeg har satt stor pris på. Sist, men ikke minst vil jeg takke Dag O. Torjesen, min veileder ved Universitet i Agder. I en slik krevende oppgave har dine råd og vink fått meg endelig i mål. Sist, men ikke minst vil jeg takke mine nærmeste støttespillere – mine barn, familie og venner. Dere har stått der igjennom alle disse årene og vært til uvurderlig hjelp. Takk for all støtte og oppmuntring og ikke minst forståelse for fravær av sosial omgang denne høsten.

Tvedestrand, desember 2023

Siv Tamlag

Innhold

1. Innledning.....	10
1.1. Problemstilling.....	14
1.2. Hvorfor oppgavedeling, ansvar og organisering?.....	14
1.3. Definisjon av sentrale begreper.	15
1.3.1. Oppgavedeling, ansvar og organisering.....	15
1.3.2. Bærekraftig helse - og omsorgstjeneste.	16
1.4. Korttidsavdeling i kommunen	17
1.4.1. Utfordringsbilde for korttidsavdelingene.....	19
2. Teori	21
2.1. Leavitt – Ry modellen som teoretisk rammeverk.....	21
2.2. Oppgavedeling i helsetjenesten	26
2.3. Organisasjon og organisasjonsendringer	28
2.4. Fem faser for planlagt endring.....	30
2.5. Tre steg modell for endring	30
2.6. Lederstil	32
3. Metode.....	33
3.1 Metode og forskningsdesign.....	33
3.2 Fokusgrupper	35
3.3 Mandat og oppdragsbeskrivelse.	39
3.4 Gruppeintervju guide.	41
3.5 Observasjon	42
3.6 Utvalg	43
3.7 Datainnsamling gjennom aksjonsforskning.....	44
3.8 Dataanalyse.....	47
3.9 Transkribering	48
3.10 Koder, kategorier og begreper	49
3.10 Etske betraktninger	50
3.11 Metodediskusjon	51
4. Presentasjon av empiri og funn.	52
4.1 Kartlegging av kjennskap til rutiner og prosedyrer hos ansatte	53
4.2 Kartlegging av oppgaver og nå situasjon.	56
4.3 Kartlegging av tiden de brukte på drift og service oppgaver.....	58
4.4 Kartlegging av hvilke utfordringer ansatte har.....	60
4.5 Kartlegging av ideer fra ansatte.....	61
4.6 Nullpunkts måling av rutiner ved ankomst av ny pasient	61

4.7	Interessent undersøkelse medarbeidere.	64
4.8	Si din mening – en anonym digital undersøkelse.	65
4.9	Kompetansekartlegging.	66
4.10	Ny oppgavedeling og organisering av kompetanse og funksjoner.	66
4.11	Sykepleieteam.	67
4.12	Avdelingsteam.	69
4.13	Samhandling mellom sykepleieteam og avdelingsteam	70
4.14	Nye rutinebeskrivelser for samhandling	70
4.15	Døgnrytmeplan	72
4.16	Tiltaksplan for dokumentasjon i profil	72
4.17	Opplæring og simulering	72
4.18	Test – måned med sjekkpunktmøte og forbedringstavle	73
5.	Diskusjon og drøfting.....	75
5.1	Hvordan historien påvirker til omstilling ?.....	76
5.2	Ny forbedret oppgavedeling	78
5.3	Hvordan de fysiske rammene påvirket den nye oppgavedelingen.	82
5.4	Hvordan oppgavedeling påvirket organisering av funksjoner.....	85
5.5	Hvordan teknologi påvirket oppgavedeling og samhandling.....	91
5.6	Hvordan forbedret ny oppgavedeling og organisering påvirket ansatte.....	96
6.	Oppsummering og konklusjon	104
6.1	Kan oppgavedeling fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?.....	104
6.2	Kan organisering fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?.....	105
6.3	Kan teknologien fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?.....	107
6.4	Hvilke erfaringer ansatte fikk gjennom omstillingen?	108
6.5	Gevinster gjennom forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering.....	109
6.6	Konklusjon.....	112
7.	Litteraturliste	116
8.	Vedlegg 1 – Fokusgruppe intervju guide	118
9.	Vedlegg 2 – Kartlegging kjennskap til rutiner og prosedyrer sykepleiere.....	122
10.	Vedlegg 3 – Kartlegging kjennskap til rutiner og prosedyrer helsefagarbeidere	124
11.	Vedlegg 4 – Skjema verdistrømanalyse kartlegging av oppgaver.....	127
12.	Vedlegg 5 – Oversikt resultat av kartlegging av oppgaver alle profesjoner	128
13.	Vedlegg 6 – Tid brukt på drift og serviceoppgaver.....	129
14.	Vedlegg 7 – Kartlegging utfordringer ansatte i avdelingene.....	130
15.	Vedlegg 8 – Kartlegging ideer ansatte har i avdelingene	133

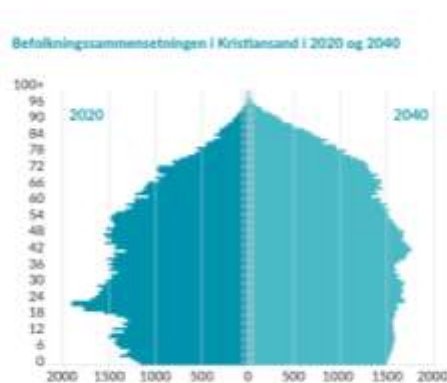
16.	Vedlegg 9 – Nullpunkts måling innkomst ny pasient manuelt og ved digital tavle	134
17.	Vedlegg 10 - Dialog guide intervju medarbeidere	135
18.	Vedlegg 11 – Svar på interessant undersøkelsen medarbeidere	136
19.	Vedlegg 12 – Si din mening! En digital anonym undersøkelse	138
20.	Vedlegg 13 – Ny oppgavedeling og funksjoner i sykepleieteam	140
21.	Vedlegg 14 – Ny oppgavedeling og funksjoner i avdelingsteam	143
22.	Vedlegg 15 – Døgnrytmeplan.....	146
23.	Vedlegg 16 – Tiltaksplan pasientjournalen Profil	151
24.	Vedlegg 17 – Tverrfaglig møte sjekklister	153
25.	Vedlegg 18 – Kartleggings skjema innkomst.....	154
26.	Vedlegg 19 – Sjekklister innkomst og utreise	156
27.	Vedlegg 20 – Kompetansekartlegging	157
28.	Vedlegg 21 – Kompetanseplan.....	158

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet ga ut den 2. februar 2023 en utredning NOU 2023:4, «Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste». Rapporten viser et krevende utfordringsbilde for fremtiden med hensyn til tilgang på personell, og hvor det strammer seg til mot år 2040. I dag jobber over 400 000 personer i helse og omsorgstjenestene og andelen har tredoblet seg fra 1970 tallet til over 15% i 2021. Videre sier rapporten at Norge ligger på toppen av ressursbruk i helse og omsorgstjenestene i Europa, og vi er det landet som bruker mest av felleskapets penger på våre helsetjenester. Norge har størst andel leger og sykepleiere, sammenlignet med andre Europeiske land. (Kilde: Eurostat Database, *State of the Health in the EU*. Landhelseprofil Norge 2021) Videre at mange kommuner er allerede i bemanningskrise da det har blitt vanskelig å rekruttere helsepersonell de siste årene, i tillegg til å beholde helsepersonell. (NOU 2023:4, «Tid for handling»)

I kommuneplanen samfunnsdel for Kristiansand kommune forventes det en vesentlig endring i befolknings sammensetning fra 2020 til 2040. Her vises det til en forventning om økt antall eldre kombinert med synkende andel i arbeidsfør alder, som til sammen vil kunne svekke samfunnets aldersbæreevne i kommunen. Denne utviklingen er ikke bærekraftig og er en alvorlig utfordring som kommunen står overfor. I tillegg til en økning i antall eldre og endring i aldersstruktur, står en overfor et sykdomsbilde med flere kroniske lidelser og flere aldersrelaterte sykdommer. I tillegg får en bedre medisinske behandlinger, slik at folk lever lengre nå en for kun 20-30 år siden.

Dette i kombinasjon med relativt færre i yrkesaktiv alder er den største utfordringen kommunen står overfor frem mot 2040. I 2022 er økt antall eldre tydelig, med større oppgavebelastning og økende rekrutteringsutfordringer.

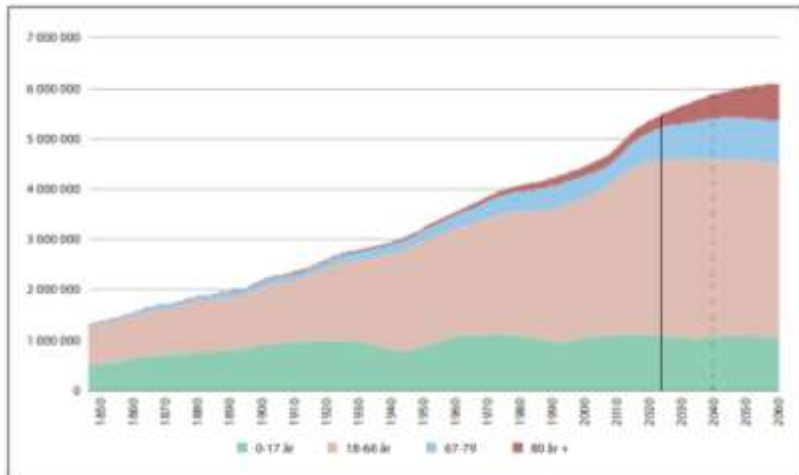


Figur 2: Befolknings sammensetningen i Kristiansand i 2020 og 2040 basert på 15 års mellomrom. (Kilde: Kristiansands befolkningsprognose).



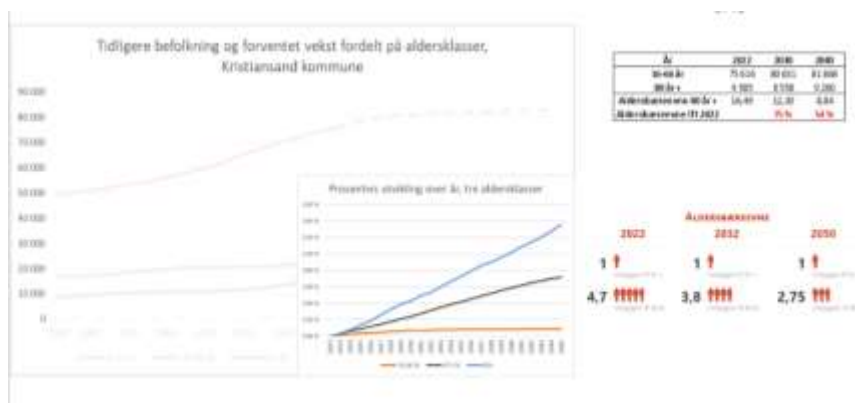
Figur 3: Forholdet mellom antall personer over 67 år og antall mennesker i arbeidsfør alder synker fra 1:4,9 til 1:3,2 frem mot 2040.

På landsbasis er selvsagt utviklingen den samme. Den norske befolkningen blir stadig eldre. Ifølge Statistisk sentralbyrå vil antallet personer som er 70 år eller eldre, forventes å nesten dobles fra 2022 til 2060 (Thomas og Tømmerås, 2022). Antallet som er 80 år eller eldre vil nesten tredobles innen 2060, mens antallet på 90 år og eldre vil nær firedobles til 2060.



Figur 1.2 Norges befolkning etter aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. 1846-2060
 Fremskringningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM)
 Kilde: SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13590.

På grunn av økning i antall eldre blir behovet for tjenester større samtidig som antall arbeidsføre blir færre. Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Selv om eldre i dag lever lengre med en eller flere kroniske sykdommer, er det likevel stor variasjon i hvor mye hver enkelt blir påvirket i det daglige av disse sykdommene. Med økende alder øker risikoen for å ha flere sykdommer også samtidig. Det er vanskelig å forutse hvordan økt levealder påvirker eldre sin helse, som for eksempel blir vi senere syke eller får eldre utsatt sykkelighet. Men uansett når vi blir syke så er det en sykdom som er fremskrevet som vil gi store utfordringer i samfunnet.



Kilde: SSB Økning antall eldre, aldersbæreevne mot 2040 i Kristiansand kommune

Skal kommunale helse og omsorgstjenester tilby samme nivå på tjenestene mot 2031, må antall årsverk øke med om lag 45.600 personer (28,9%) på landsbasis. Den klart største økningen i årsverksbehov forventes innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, som utgjør 46% av totalt antall årsverk i kommunesektoren. Behovet for årsverk i sektoren vokser raskere enn befolkningen. Kommunale helse og omsorgstjenester vil ha en underdekning i antall årsverk for sykepleiere på 28.000, og i antall årsverk for helsefagarbeidere på 17.500 i 2035.

Tabell 1. Antall årsverk per sektor

	2021	2023	2025	2027	2029	2031	%-vis endring 2021 - 2031
Administrasjon	26.300	26.600	26.900	27.200	27.400	27.700	5,3
Barnehager	42.000	41.600	42.400	43.500	44.500	45.400	8,1
Helse og omsorg	157.800	165.500	174.900	182.900	192.400	203.400	28,9
Samferdsel og teknikk	23.400	23.700	24.100	24.500	24.800	25.200	7,7
Undervisning	135.300	134.800	132.500	129.800	128.000	129.000	-4,7
Annet	14.300	14.500	14.600	14.700	14.900	15.000	4,9
Totalt	399.100	407.700	415.400	422.500	432.700	445.700	11,7

Kilde: KS/ SSB

Kristiansand kommune har allerede i dag rekrutteringsutfordringer hvor det den senere tid har vært eskalerende problemer med å rekruttere nødvendig kompetanse og arbeidskraft.

Utviklingen har gått raskere enn forventet med tanke på tilgang på arbeidskraft. Kommunen identifiserer utfordringer med økt press på helse og omsorgstjenestene, samt arbeidskraft omstilling, hvor et av utviklingsområdene er å sikre riktig kompetanse på rett sted.

For å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester i fremtiden har kommunen vedtatt innats på feltet da det er behov for å strukturere utfordringene og se på ulike løsningsdimensjoner



Figur 1: Skjematisk fremstilling av utfordringer og løsningsdimensjoner (Kilde: Rambøl – for KS og Spekter.

Kommunen har vedtatt en innsats i helse og omsorgstjenesten hvor de har valgt 3 innsatsområder innenfor feltene kompetanse, heltid og nærvær. Det skal gjøres en jobb for å videreutvikle disse feltene, som skal bidra til å sikre fremtidig helse og omsorgstjenesten i kommunen, for å møte fremtidens utfordringer. Store rekrutteringsutfordringer innebærer at kommunen har spesielt søkelys på omdømme og være en attraktiv arbeidsgiver, ledelseskapasitet, hvordan skape handlingsrom i en omstilling og utviklingssituasjon og ressursutnyttelse. Kommunen har flere pågående prosjekter på innsatsen som; strategiskkompetanseplan og utvikling, livsfasepolitikk, den digitale arbeidsplass, fremtidens arbeidsplass, BHT, heltid, digital tjenesteutvikling og samhandlende kommune. Kommunen har etablert en egen innsatsleder på arbeidsgiverfeltet, samt ansatt egen prosjektledere for arbeid med oppgavedeling, ansvar og organisering, samt hvordan få flere inn i arbeid.

K. Ludvigsen og H. Danielsen (2014) viser i sin rapport om ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse og omsorgssektoren, er veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester. Rapporten viser videre at ledere og ansatte i kommunene hadde lite kjennskap til ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel, til tross for at det skjer mange tilpassinger i organiseringen og oppgavefordelingen i kommunen. De viser til at det finnes en ubrukt ressurs når det gjelder organisering av tjenestene ved å utvikle en større bevissthet og kunnskap om hvordan ny oppgavefordeling kan bidra til å utnytte kompetansen og ressursene best mulig. KS sin rapport for sitt prosjekt TØRN – sammen om fremtidens helse og omsorg, forteller at oppgavefordeling blir trukket frem i forskning og offentlige dokumenter som er veien å gå for å sikre fremtidens utfordringer innen helse og omsorgssektoren.

Rapporten «Tid for handling» sier at riktig oppgavedeling er viktig for god samhandling og en bærekraftig bemanning av helse- og omsorgssektoren (Rambøll og Menon 2022). Rapporten anbefaler riktig oppgavedeling og gode arbeidsprosesser og at endringstakten må kraftig opp og intensiveres. Helsepersonellkommisjonen foreslår å sette i gang et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme arbeidet for bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Helsekommisjon foreslår at programmet TØRN skal videreutvikles, som drives i dag av KS. (NOU 2023:4, «Tid for handling, kap. 8 s. 138»)

1.1. Problemstilling.

Med dette som bakgrunnsbilde finner jeg det interessant og spennende å undersøke videre hvordan en forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering kan bidra til en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling. Jeg har utformet følgende problemstilling for min masteroppgave:

«Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?»

En kvalitativ case studie om hvordan en gjennom oppgavedeling mellom personalgrupper, forbedring i organisering av kompetanse og ansvar og funksjoner, kan bidra til en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste på helsesenter med tre korttidsavdelinger.

1.2. Hvorfor oppgavedeling, ansvar og organisering?

Flere tidligere rapporter og utredninger viser at det vil være behov for å finne nye og mulige løsninger på utfordringsbildet som kommunesektoren står overfor i dag, og som vil øke i kompleksitet og omfang i årene som kommer. Demografiske endringer i befolkningen skaper økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, hvor det ikke utdannes nok helsepersonell til å møte utfordringene. Allerede nå er det utfordring med å rekruttere og beholde både sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og annet personell til sektoren. Samtidig er det en høy andel deltidstillinger som gjør at ressursene ikke brukes godt nok og på en best mulig måte. Det blir utfordrende å drive faglig utvikling og kompetanseheving på arbeidsplassen, å bygge gode arbeidsmiljø, å legge til rette for myndiggjøring av medarbeidere, å drive omdømmebygging og å rekruttere, ved bruk av mye deltid. Ny organisering av kompetanse, ansvar og oppgavedeling vil bidra til å kunne bygge en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste i kommunen.

Samhandlingsreformen og Stoltenberg regjeringen var opptatt av helhet og sammenheng i helsesektoren. De mente at faglige og organisatoriske virkemidler var viktig i tillegg til de rettslige og økonomiske (St. meld.nr 16 (2010–11) Ny oppgavedeling ble nevnt som et organisatorisk virkemiddel og at helsepersonell må benyttes mer effektivt hvor en ser på endring i oppgavedelingen. Kvalitet på helsetjenesten skal stå i sentrum, hvor oppgaver fordeles mellom ulike helsepersonell slik arbeidskraften benyttes på best mulig måte. Videre fokuseres det på utdanning og rekruttering, samt ledelse og arbeidsmiljø i helsesektoren.

St. meld. nr. 29 (2012–13) Morgendagens omsorg er med å danne grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med ny oppgavedeling. Det legges vekt på innovasjon i

tjenesten, utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder og organisasjonsløsninger. Den understreker også behov for en faglig omstilling hvor bedre bruk av ressurser og bruk av mer tverrfaglig kompetanse er sentralt. Myndighetene har altså vist en stigende interesse for ny oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten og statlige planer og lovverk åpner for at dette virkemiddelet kan tas i bruk i kommunene.

1.3. Definisjon av sentrale begreper.

1.3.1. Oppgavedeling, ansvar og organisering.

Helsedirektoratet beskriver i sin rapport «Tid for handling» av begrepet oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveforskyvning og oppgave glidning brukes synonymt i faglitteraturen.

Helsedirektorat viser til i sin rapport WHO`s sin definisjon av oppgavedeling som «*den rasjonelle omfordeling av oppgaver blant helsepersonell*» og der «*målet*» er *bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene*» (NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 130)

I faglitteraturen benyttes begrepene oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveforskyvning og oppgave glidning om hverandre. Oppgavedeling handler om hva som må gjøres for at pasienter skal få dekket sitt behov for helsetjenester, og om hvem som skal utføre oppgaven. I rapporten tid for handling, skiller mellom horisontal og vertikal oppgavedeling. Horisontal oppgavedeling er når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men med ulik fagbakgrunn, overtar oppgaver som vanligvis har vært utførte av den andre fagdisiplinen. Vertikal oppgavedeling handler om fordeling av ansvar på tvers hvor utdanningsnivå og kompetanse ikke er likeverdig mellom partene. I mitt studie benytter jeg begrepet oppgavedeling og definerer det som deling av oppgaver tidligere forbeholdt en profesjon til en annen profesjon eller yrkesgruppe, og ser også på hvordan det er mulig å forenkle oppgaver ved for eksempel ved hjelp av teknologi.

En korttidsavdeling har høy arbeidsintensitet ved pasienter som kommer inn og reiser etter korttids opphold, hvor de har hatt et klart behandlingsmål for oppholdet. I utførelse av oppgavene skal faglig forsvarlighet, kvalitet på tjenesten og pasientsikkerhet ivaretas. Behandlingsmål gir retning for hvilke oppgaver som må gjøres av hvilke type personell og kompetanse det er behov for i utførelsen av oppgaven. At oppgavene fordeles til riktig personellgruppe med riktig kompetanse er viktig. Det vises ofte til at riktig oppgavedeling

mellom profesjonsgrupper er avgjørende faktor for god samhandling og en bærekraftig bemanning av tjenesten. (Rambøll og Menon, 2022)

Rapporten beskriver at likevel opplever mange helsepersonell at de ikke får brukt sin kompetanse godt nok og at de bruker mye tid på oppgaver som andre enn helsepersonell kunne ha ivaretatt. Rapporten sier også at riktig oppgavedeling bygges nedenfra, og at det starter med folkehelsearbeid og forebygging. Et grunnleggende prinsipp er at riktig oppgavedeling skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse hvor fordelingen er gjort slik at faglig forsvarlighet er ivaretatt. For at en slik oppgavedeling skal lykkes må det være forankret hos ledelsen, samt at arbeidet struktureres og organiseres tydelig. Rapporten sier videre at riktig oppgavedeling, ansvar og organisering på korttidsavdeling, må baseres på strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging. I mitt studie har jeg primært hatt fokus på oppgavedeling mellom personellgrupper ved korttidsavdeling.

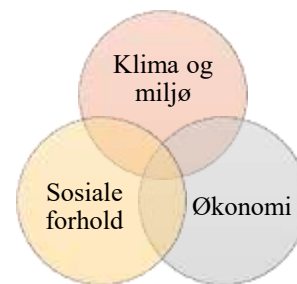
1.3.2. Bærekraftig helse - og omsorgstjeneste.

En bærekraftig utvikling har ofte tre dimensjoner som klima og miljø, økonomi og sosiale forhold.

(Helsedirektoratets årsrapport fra 2022) Sammenhengen mellom disse tre avgjør om noe er bærekraftig. Det vil si at vi må finne løsninger som balanserer belastning på miljø, på økonomien og bedre måter og fordele

ressursene på. (*FN – bærekrafts mål*) Begrepet «bærekraft» kom frem i det offentlige lys ved publiseringen i 1987 av boken «Vår felles framtid», fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (WCED 1987). Brundtland kommisjonen.

I rapporten tid for handling sier helsedirektoratet at en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste innebærer at vi må finne balanse mellom den økonomiske bærekraften, dvs. den finansielle handlingsrommet og utgifter til helse- og omsorgstjenester, den demografiske utviklingen og sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene. Videre at en bærekraftig helse- og omsorgstjenestene defineres ut fra de økonomiske og menneskelige ressursene landet til enhver tid har til rådighet. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 er det overordnede målet at den skal bidra til å realisere pasientenes helsetjeneste på en bærekraftig måte. (Meld. St. 7 (2019–2020)). Den sier at helsetjenesten må ligge innenfor de ressursene det er mulighet og som er stilt til rådighet i årene som kommer. (*NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 46*)



Definisjon bærekraftig utvikling: «Bærekraftig utvikling er en utvikling der behovene for dagens mennesker blir tilfredsstilt uten at det ødelegger muligheten for at framtidige generasjoner får tilfredsstilt sine behov». (FN, 1987)

«En bærekraftig utvikling krever at vi må se våre handlinger i et generasjonsperspektiv og være nøye når vi treffer valg som setter varige spor og påvirker våre etterkommeres handlingsfrihet og mulighet til å dekke egne behov, sågar for å overleve. Et grunnleggende prinsipp er derfor at vi må respektere naturens tålegrense og basere politikken på føre-var prinsippet.» (Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling, 2002)

Det er en rekke problemstillinger knyttet til en bærekraftig utvikling, men FNs bærekrafts mål gir uttrykk for at samarbeid mellom dimensjonene er viktig for å lykkes. Siden en bærekraftig utvikling handler om flere ulike sider, kan det være en usikkerhet om hva som er viktig å prioritere. I dette studiet har jeg tatt for meg personellressursene med variabler som omhandler oppgavedeling, ansvar og organisering av kompetanse og funksjoner som grep for en bærekraftig utvikling ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten

Kommunens helse - og omsorgstjeneste utfordres av endringer i den demografiske utviklingen med flere andel eldre og lavere andel yrkesaktive. Det er et gap mellom tilgjengelige ressurser og behov som vil fortsette å øke. I tillegg vil kommunens helse og omsorgstjeneste utfordres av økende mangel på kompetent helsepersonell, sykefravær og turnover i årene som kommer. Helsedirektoratets årsrapport fra 2022, påpeker helsedirektoratet viktigheten av en langsiktig og helhetlig planlegging av helsetjenesten. For å ivareta pasientens behov trekker Helsedirektoratet også frem viktigheten av fellesplanlegging og samhandling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten. (Helsedirektoratets årsrapport, 2022, s. kap. 3.8)

1.4. Korttidsavdeling i kommunen

En korttidsavdeling i kommunen må forholde seg til gjeldende lover og regler som legges nasjonalt og øvrige sentrale og lokale forhold. Kommunehelsetjenesten har samfunnsansvar ved å yte helsetjenester av god kvalitet basert på etiske og moralske normer, samt i henhold til lov om kommunale helse – og omsorgstjenester, lov om helsepersonell, lov om pasient – og brukerrettigheter gjennom nasjonal helse og omsorgsplan.

Som nevnt tidligere har kommunen for å effektivisere innsatsen og driften, introdusert programmet TØRN som er basert på Lean metodikk og verktøy for å effektivisere oppgavedeling og bedre arbeidsflyt.

I 2020 ble tre kommuner slått sammen til en stor kommune. Korttidsavdelingene er organisert i tjenesteområdet for lokal medisinske, - hjemme, - og rehabiliteringstjenester. I denne undersøkelsen har jeg valgt å se på tre korttidsavdelinger som er samlet under samme tak på ett helsesenter. Det er korttidsplasser for lindrende, kognitiv svikt og rehabilitering mm. Det er tre avdelingsledere som rapportere direkte til enhetsledere. Det er egen kommunalsjef for tjenesteområdet, som enhetsleder rapporterer til. Kommunalsjefen rapporterer direkte til kommunaldirektøren for helse - og omsorgstjenesten. Hver avdelingsleder har ansvar for fag, personal, drift og økonomi for sin avdeling. Enhetsleder har på samme måte fag, - personal og økonomi ansvar for sitt område. Dette innebærer at lederne er ansvarlig for drift og resultat i tråd med gjeldende forskrifter og kommunens overordnede planer. Det er etablert systematiske ledermøter på alle nivå hvor faglige, driftsmessige og økonomiske drøftinger blir gjennomført.

I tillegg har kommunen en støttestab funksjon på personal med IA rådgiver, rådgiver for heltid, rådgiver for årsplan og turnus og kompetanse og utvikling. Kommunen har en forvaltning og koordineringsavdeling, som driftes av en kommunalsjef, enhetsledere og avdelingsledere. I tillegg til stab og støtte har tjenesteområde i økonomiavdelingen en egen økonomirådgiver knyttet til tjenesten.

Kommunen har det siste året vedtatt en egen innsats på arbeidsgiverfeltet som innebærer blant annet innsats på feltet oppgavedeling, ansvar og organisering i helse og omsorgstjenesten, i tillegg til innsats på andre felt for å sikre bærekraftig omsorgstjeneste i fremtiden. På hver avdeling er det etablert partssammensatte medbestemmelsesgrupper hvor medlemmer er ansatte helsepersonell, tillitsvalgte og verneombud, hvor avdelingsledere er leder for gruppen. Disse gruppene deltar i fag og drøftings spørsmål lokalt på sine avdelinger.

Etter sammenslåing til storkommune forteller både enhetsleder og avdelingsledere at det er stor variasjon i hvor vidt de klarer å rekruttere helsepersonell til de ulike ledige stillingene. De kjemper om de samme folka intern i kommunen, så vel som rekrutering eksternt. De forteller om høyt arbeidspress, høyt forbruk av vikar innleie og hvor det ofte er ufaglærte på vakt. Etter

sammenslåingen viser det seg også naturlig nok, at det er forskjellige rutiner og funksjons – og rutinebeskrivelser for de ulike profesjonene i tjenesteområdet.

1.4.1. Utfordringsbilde for korttidsavdelingene

Allerede i dag er det rekrutteringsutfordringer og utviklingen går raskere enn forventet med tanke på tilgang på arbeidskraft. Helseneteret har 72 korttidsplasser fordelt på tre avdelinger. To av rommene er akuttrom til bruk for hjemmetjenesten.

Det er noen få diagnose definerte plasser. Alle etasjer har alle typer pasienter, men det er en grov inndeling pr i dag i forhold til lindrende pasienter, pasienter med kognitiv svikt og rehabilitering og pasienter med behov for mobilisering.



Figur 2: Pasientforløp korttidsavdeling

Ledelsen beskrive følgende utfordringer før oppstart av studiet:

- *Inntak av pasienter:* Inntak styres av forvaltningskontoret og pasienter ankommer på dag og kveld- helg og helligdager. Det er liten forutsigbarhet ift. Inntak og planlegging av kompetanse og bemanning på helg/ helligdager. Pasienter meldes fram til kl. 15.00 daglig.
- *Behov for samhandling angående inntak nye pasienter:* Behov for en kontakt for inntak på spesielt ift. fordeling av belastning, ift. kompetanse og plassering i avdeling i dialog med forvaltning.
- *Bemanning:* Behov for å ta stilling til ekstra finansiering eller økt grunn bemanning. Forvaltning ønsker å bidra til prosess for bemanning til 100% belegg. Økonomisk ryker budsjett da faktisk bemanning er høyere enn planlagt, og hvor det kan se ut som det er for lav grunnbemanning på dag og kveld. Beboere har kortere oppholdstid og mye skal skje på kort tid. Dette gir høy emosjonell påkjenning og ansatt gruppen trenger tid til veiledning og refleksjon. Det er flere multimorbide pasienter nå enn før og mer behov for daglig ekstra innleie av personal.
- *Flere pasienter med sammensatte behov.:* Flere pasienter med sosiale utfordringer ift. bolig og økonomi og derfor behov for sosionom kompetanse tilgjengelig i enkeltsaker.
- *Legetjenesten er begrenset til dagtid:* Behov for noe på kveld, helg og helligdager som kjenner driften og kan ta de uavklarte pasientene som kommer fra sykehuset.

- *Samarbeid med hjemmetjenesten:* Behov for mer sammenhengende tjenester og samarbeid om forløp med hjemmetjenesten. «Fra hjem til hjem».
- *Digitale løsninger:* digitale løsninger for å hjelpe oss i forløp og oppfølging og samhandling. Digitale tavler, kamera tilsyn mm.
- *Rekruttering:* Utfordring med rekruttering av kompetanse og spesielt utfordrende å erstatte sykepleiere som slutter på natt. Spørsmål også om vi har for mye av en kompetanse og bør vurdere andre kompetanser inn i driften.
- *Ansvar og oppgavedeling:* Behov for å gjennomgang av oppgavedeling på alle profesjoner.
- *Organisering og samhandling* må sees i sammenheng med langsiktig plan for nytt helsehus når ØHD avdelingen flytter ut fra helsehuset og inn i nytt bygg.
- *Pasientstyringsverktøy:* Tjenestene bruker i dag mye tid på å dobbeltføre informasjon fra journal til white-bords, pasientpermer og sjekklister. Dagens praksis har en risiko for feilført informasjon som kan ha konsekvens for tjenestens kvalitet i tillegg til pasientsikkerheten. Pasientstyringsverktøy vil kunne sikre overganger mellom tjenester, samtidig som den gir et helhetlig overblikk over pasientflyten, beleggtynge og oppgaver. Dette vil kunne friggi tid for forvaltning og for tjenestene i avdeling. Driftsmessig vil dette sikre kvaliteten og samarbeidet på tvers av tjenesteområdene. Ved bruk av felles løsning vil det gi en bedre oversikt både for ledelsen og for forvaltning.

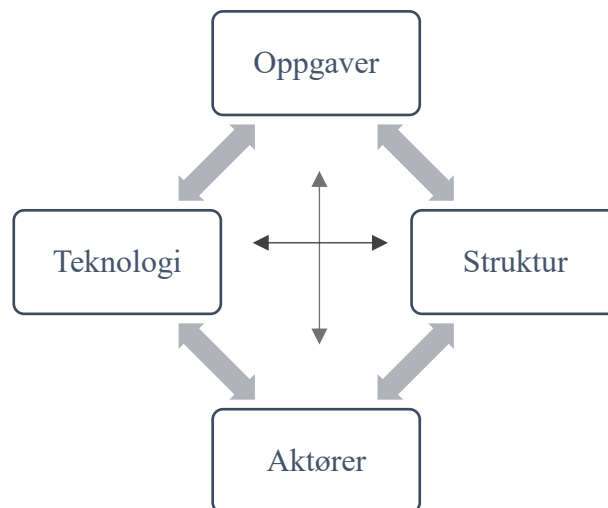
I mitt forskningsprosjekt vil jeg også se på indikatorer for måling av spart tid og kvalitet for gevinst ved bruk av digitale tavler, som en videreføring av dagens løsning med White Board som pasientstyringsverktøy.

2. Teori

2.1. Leavitt – Ry modellen som teoretisk rammeverk

Min teoretiske tilnærming til studiet er Nielsen og Ry sin utvidede modell av Harold Leavitt sin «Leavitts systemmodell» for å analysere og forstå organisasjonsendringer (Leavitt omtalt i; Nielsen & Ry, 2002). Leavitt trekker frem fire variabler for å forstå hva som skjer ved endringer i organisasjonen (Nielsen & Ry, 2002, s. 6) Nielsen og Ry utvidere denne modellen og sier at omgivelsene spiller inn og hvor variablene påvirker hverandre, slik at endring i en variable vanligvis vil påvirke endringer i de andre variablene.

Jeg vil her først beskrive Leavitt sin modell først i kapitlet, og deretter Nielsen og Ry sin utvidede modell, lengre ned i kapitlet.



Figur 1: Den simple Leavitt-modell (Nielsen & Ry, 2002, s. 6)

Leavitt trekker frem disse 4 variablene som tilnærming til organisasjonsendring.

1. Oppgaver: Inneholder de oppgavene som organisasjonen utfører, helt fra de grunnleggende oppgavene som utføres av enkeltindivider, til overordna styringsmål.
2. Struktur: Omhandler den formelle strukturen i organisasjonen, kommunikasjonssystemer, autoritetssystemer, arbeidsdeling og arbeidsflyt. («system of work flow») (Nielsen & Ry, 2002, s. 6)
3. Teknologi: Omhandler den understøttende teknologi i organisasjonen, for eksempel i form av «software» og «hardware», og metoder og programmer og annet utstyr som bidrar til oppgaveløsningen i organisasjonen.
4. Aktører: Handler om folkene i organisasjonen, altså både medarbeidere og ledere. Aktørvariabelen inkluderer også kompetansen disse besitter, og er igjen grunnlaget for det

sosiale systemet i en organisasjon. Fokus på hva folk i organisasjonen oppfatter, handler, samhandler, lærer og hvilken adferd de har.

Modellen var opprinnelig tenkt for å tilrettelegge for organisasjonsendringer, men en kan også benytte den til å diagnostisere en organisasjon, hvor en analyserer de ulike variablene og evt. ubalanse mellom dem. (Nielsen & Ry, 2002, s. 6) Modellen kan gi oss et virkelighetsbilde og data som beskriver og analyserer en organisasjon.

Videre kan modellen brukes til å sammenligne flere enheter i en organisasjon, eller flere organisasjoner. Å gjøre en systematisk analyse av flere enheter i en organisasjon hvor en ser på hvordan variablene påvirker hverandre. Det vil si at ved endring i en variabel og hvordan den påvirker de andre variablene. Det vil bety at en må konkretisere innholdet i de 4 variablene som er relevant for organisasjonen, for å kunne se sammenhenger mellom variablene og hvordan endringer i en variabel påvirker en annen variabel.

Leavitts modell mottok en del kritikk for at omgivelsen ikke var tatt med i modellen, og et hovedargument i kritikken var at ingen organisasjoner kan overleve uten omgivelsene (Nielsen and Ry, 2002). Nielsen og Ry trekker også frem at endringer i omgivelsene påvirker organisasjonen og omvendt. Modellen ble videreutviklet av Harold Leavitt selv i 1978, ved å inkludere omgivelsene. I 1978 i Leavitts 5 utgave, inkluderte han 5 variabler; oppgaver, struktur, aktører og informasjon – og styringssystemer samt omverdenen. Her har Leavitt endret teknologi variabelen til informasjon og styringssystemer, hvor han var opptatt av informasjonsteknologi som en drivkraft.

Nielsen og Ry påpeker at omverdenen har en større betydning, hvor organisasjon stadig er mer påvirket av omverdenen. Dette være seg for eksempel offentlige reguleringer, teknologi og globalisering som vil ha ulik betydning på ulike organisasjoner. Organisasjoner som for eksempel institusjoner, sykehus som er i samme organisasjonsfelt vil komme til å ligne på hverandre med bakgrunn i eksempel vis offentlige regulering, teknologi.

Viere beskriver også Leavitt i sin utvidede modell at det er nyttig å analysere interessentene og da se på hvilke holdninger de har til endring og hvilken innflytelse de har i en endring. De som har stor innflytelse og med en negativ innstilling overfor endringer bør få en spesiell oppmerksomhet. Dette for å skape en mulighet for de som er mest imot får en mulighet til å

bli involvert. Vider at de som har liten innflytelse og som også er negativt innstilt til endringen, skal informeres med ikke aktivt involveres i planene for endringen.

Derimot de som har stor innflytelse og som er positiv til endringen sier han bør involveres sterkt i endringsprosessen og planen. Disse er også viktig som talerør i organisasjonen. Og videre de som har liten innflytelse og er positive til endringen, kan bli involvert dersom det er behov for det. Interessentene kan også være omgivelser rundt organisasjonen som for eksempel fagforeninger, lover og regler, offentlig myndighet og de mer tekniske som kunder, pasienter, pårørende som skal tilfredsstilles. Dette kan illustrere i følgende figur:

Innflytelse på suksess

Liten

Stor

Innstilling	Positiv	Involveres etter behov	Brukes aktivt som talerør – involveres
	Negativ	Holdes informert	Fokuser oppmerksomhet

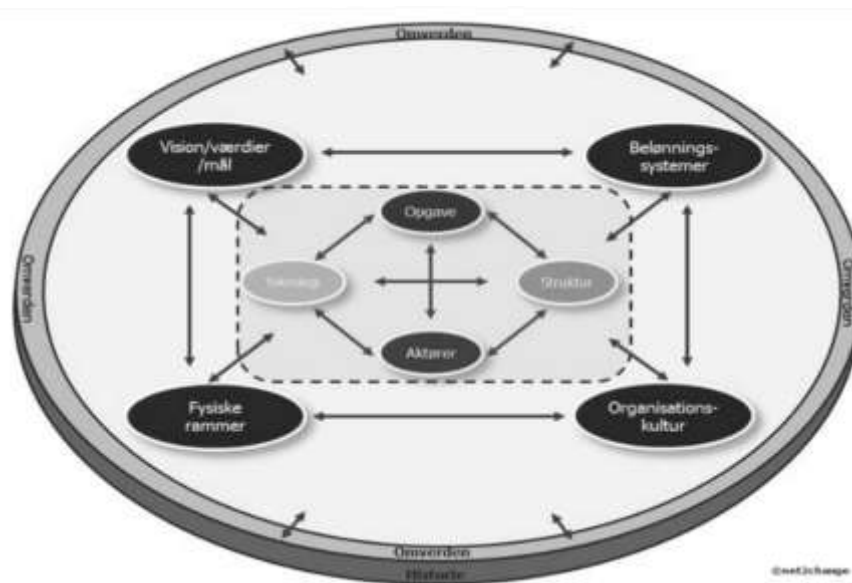
Figur 3: (Nielsen & Ry, 2002, s. 18)

Nielsen og Ry trekker også frem hvordan Mintzberg beskriver variabler i omverdenen som påvirker organisasjonsstrukturen. Han gir en rekke hypoteser på dette og forfatterne trekker frem tre hypoteser.

1. «Jo mer komplekse omgivelsene er, jo mer desentralisering». Med dette mener at når omverdenen for eksempel. Politikere, myndigheter, kunder, pasienter osv. blir så stor at det er utfordrende holde oversikt over, skjer det en desentralisering, da en ikke kan klare oppgaven alene.
2. «Stor fiendtlighet i omgivelsene, driver organisasjonen mot sentralisering, for en tid» Han peker på at i krisetider vil det være behov for sterke ledere som har oversikt og handler raskt og ta gode beslutninger.
3. «Jo større den eksterne styring og kontroll av organisasjonen er, jo mer sentralisert og formalisert blir dens struktur» Han forklarer dette med at eksempelvis når regjering, departement følger organisasjonen tett, skapes det et behov for ledere på toppen til å ha oversikt, slik at de kan dokumentere hva som er gjort, hvordan og hvorfor en har gjort det.

J.C Ry Nielsen og Morten Ry har i sin artikkel «Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning», 1 utgave, 2002, s. 20, sin egen utvidelse av modellen og kalt denne for Leavitt – Ry modellen. Samspillet med omverdenen viste seg viktig for å kunne forstå organisasjoner, og at endringer i organisasjoner ville endre omgivelsene og omvendt. (Nielsen og Ry, 2002, s 5 - 16)

Nielsen og Ry tilførte på 2000 - tallet den utvidede Leavitt-modellen med flere variabler, slik som belønningssystemer, organisasjonskultur, fysiske rammer, visjon/verdier/ mål og historie. (Nielsen og Ry, 2002, figur 4 s. 21).



Figur 4: Den utvidede Leavitt – Ry modellen. Endringsprosesser påvirket av mange faktorer. (Nielsen & Ry, 2002) Hentet fra [Leavitt-Ry modellen | net2change](#)

Fysiske rammer: Her trekker forfatterne frem at det er ett tett samspill mellom de fysiske rammene organisasjonen fungerer i, hvilke oppgaver den skal løse, de ansattes velbefinnende og hvordan de samarbeider og samhandler. Nielsen & Ry sammenligner i sin artikkel Leavitt modellen med Mary Jo Hatch hvor hun sier, at den fysiske struktur består av tre komponenter: geografi, lay-out og design/ «decor» (Mary Jo Hatch, Organization Theory, 1997, kap.8 s. 243)

Geografi dreier seg om organisasjonen er samlet eller spredt utover, hvor den er lokalisert. Og som vil ha en betydning for kommunikasjon og samhandling, rekruttering, transport osv. Lay-out har med å gjøre hvordan bygningen er innretta, hvor store er kontorene, hvem sitter hvor, avstander i forhold til hvor ansatte arbeider, lange korridorer, trapper som påvirker samhandling, koordinering og oppgavene de ansatte utfører.

Design/ «dekor» har å gjøre med stil og hvordan bygningen ser ut innenfor og utenfor. Hvilket bilde vil organisasjonen gi, kontor, landskap, belysning og utsmykning. Dekoren viser hvilken bilde og identitet organisasjonen vil vise. (Nielsen og Ry, 2002, s. 22).

Organisasjonskultur: Nielsen og Ry trekker her frem Scheins funksjonelle kulturbegrep. Han sier at kulturen har to formål, å sørge for gruppens integrasjon og sørge for at organisasjonen kan tilpasse seg eksterne omgivelser (E.H. Schein, Organisasjonskultur og ledelse. 2 utgave 1994) Schein skiller på tre nivåer av kultur. Synlige artefakter som organisasjonsstruktur, prosesser, kontor innredning, påklledning, historie, tradisjoner og språk osv. Videre synlige verdier som mål, strategier, myter og som er en begrunnelse for det man gjør, og til sist underliggende grunnleggende antagelser, oppfattelser, tanker og følelser som en tar for gitt, og som er kilde til verdier og handlinger. En kan si at det handler om noe som er felles for en gruppe og som får den til å henge sammen.

Belønningssystemer: Forfatterne trekker inn denne variabelen hvor de peker på at i en organisasjon så belønner en ofte A i håp om å oppnå B. Det handler om ikke bare lønn, men om innflytelse, involvering, deltagelse i viktige prosjekter, etter utdanninger, forfremmelser osv. Det kan også handle om fri mobil, fri bil og også et vennlig smil. Nielsen og Ry trekker frem hva J. Gailbraith beskriver belønning som: å finne de belønninger hvor individet får en overensstemmelse mellom sine egne og organisasjonens mål.

Visjon, verdier og mål: Forfatterne velger å se på disse tre samlet. Hvor visjon kan sees på som en drøm, en forestilling om noe, hvor vi vil og hva vi vil være. Den inneholder et håp, et mål og en forpliktelse. Et håp om hvor en organisasjonen kan nå, et mål for hvor langt og en forpliktelse for arbeidet medlemmene i organisasjonen i retning av visjonen. En kan si at jo mer appellerende en visjon er, jo mer sammenheng er det mellom ord og handling. Nielsen og Ry trekker videre fram at det legges stor vekt på verdier som endringsvariabel, hvor verdigrunnlag formuleres i organisasjonen. Det er populært og sette visjon og verdier for organisasjonen, og hvor mål kommer før handling. Jo større vekt det er på visjon og verdier jo mer sannsynlighet for at organisasjonen når målet. (Nielsen og Ry, s. 30)

Historien: Her trekker forfatterne frem at organisasjonens erfaringer begrenser utfoldelsesmulighetene. Historien er derfor å anse som en variabel som ligger i bunn. Erfaringer som for eksempel kritiske hendelser organisasjonen har vært utsatt for, er med å farge oppfattelsen vår av hvilke muligheter vi har. Søren Mørch sier:» *Fortiden eksisterer ikke*

i seg selv. Det gjør derimot vår oppfattelse av den.» (Nielsen og Ry, s. 31) Men det er også da mulighet til å endre oppfattelsen gjennom at variablene i modellen endrer seg over tid. For eksempel som bytte av lokasjon, nye IT-systemer, nye profesjonsgrupper osv.

Enkelt fenomener i en endring i organisasjon kan se ut til å tolkes i flere ulike variabler som f.eks. både i fysiske rammer, men for eksempel også i kultur forståelse osv. Likeså kan også verdier sees på som et element i kultur og også som et styringsverktøy.

2.2. Oppgavedeling i helsetjenesten

Jacobsen og Torsvik (2016, s. 18) definerer en organisasjon som: «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» Videre sier de at organisasjonen er opprettet med det formål effektivt å skulle løse en oppgave. Selve kjernen i organisasjonen er ifølge Jacobsen og Thorsvik oppgaveløsning med høy kvalitet og lave kostnader

I litteratur søk som blant annet NOU 2023:4 – Tid for handling og rapport oppgavegliding i omsorgssenter; rapport fra 2022 fra senter for omsorgsforskning, finner vi beskrivelser av oppgavedeling er et formelt skifte av oppgaver mellom to profesjoner. Oppgavedelingen er planlagt og risikovurdert for oppgavedelingen skjer. Litteraturen viser at vertikal oppgavegliding, enten fra leger til sykepleiere eller fra sykepleiere til andre pleiere med lavere utdanning, er vanlig både nasjonalt og internasjonalt. (*Oppgavegliding i omsorgssenter; rapport fra 2022 fra senter for omsorgsforskning s. 3*)

I Norge ser vi at oppgavedeling fra sykepleiere til andre pleiere, med eller uten fagutdanning skjer som oftest. Oppgavedeling fra leger til sykepleiere til sykepleier med spesialutdanning har stor oppmerksomhet internasjonalt, men mindre grad her hjemme i Norge. Det er både pleiefaglige og medisinskfaglige oppgaver som overføres til annen profesjon. Videre viser det seg at den vertikale oppgavedelingen er gjennomført som en umiddelbar respons på manglende kompetanse og da særlig mangel på sykepleiere.

Den horisontale kan skje i langsiktig perspektiv, hvor det særlig er behov for spesialkompetanse som skal styrke kvaliteten på tjenesten. I rapportene gir også alle uttrykk for at kapasitetsutfordringer med økt antall eldre, med økte behov samtidig som mangel på kompetanse har sammenheng med behov for oppgavedeling. Dette har ført til krav om å finne mest mulige effektive sammensetninger av kompetanse innenfor de tilgjengelige ressursene en har. Det gjøres en satsning på vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier og fra sykepleier til ulike pleiegrupper med lavere eller ingen utdanning innen helse. Oppgavedeling

mellom ulike helsepersonell er lansert som en løsning som kan bedre ressursutnyttelsen, øke fleksibilitet og effektivitet i tjenestene. (Aiken et al., 2017; Helsedirektoratet, 2012; Kunnskapsdepartementet, 2012)

I rapporten «Tid for handling» av NOU sier den av oppgavedelingen mellom enkelte profesjonsgrupper er et grep for bærekraftig helse og omsorgstjeneste, men at det like mye handler om å få til en effektiv organisering i utførelsen av oppgavene. Det største potensiale vil da være å ruste de ulike profesjonsgruppene og organisere tilgjengelig kompetanse i så kalte robuste fagmiljø, slik at de kan utføre flere oppgaver. Hensikten er å skape økt fleksibilitet i tjenesten.

En god organisering vil bidra til at høyt utdannende profesjoner frigjør tid, slik at de kan nyttes til særskilte spesialiserte oppgaver, som andre ikke kan gjøre. På denne måten vil det bidra til mer effektive arbeidsprosesser. Et annet mål er også at dette kan bidra til å frigjøre arbeidstimer, slik at totalt personal behov kan reduseres. Imidlertid tror jeg vi har en lang vei å gå før vi eventuelt kan si at dette målet er nådd, da kommuner i Norge bør intensivere dette arbeidet for bærekraftige løsninger. *(NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 149)*

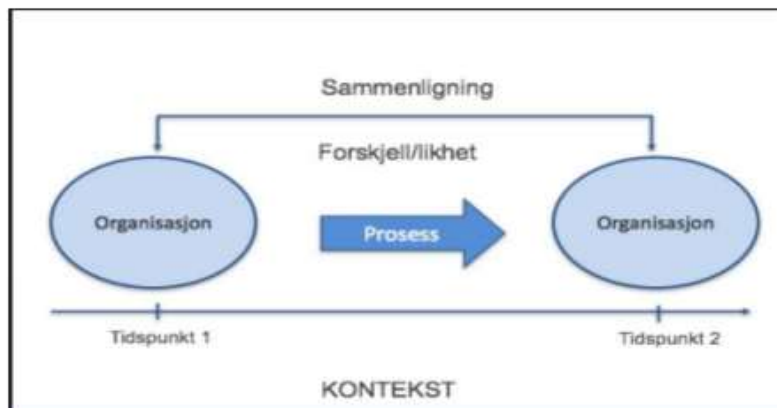
Rapporten «Tid for handling» - NOU, 2023:4 skiller mellom horisontal og vertikal oppgavedeling. Horisontal oppgavedeling er når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men med ulik fagbakgrunn, overtar oppgaver som vanligvis har vært utførte av den andre fagdisiplinen. Vertikal oppgavedeling handler om fordeling av ansvar på tvers hvor utdanningsnivå og kompetanse ikke er likeverdige mellom partene. *(NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 130)*

I mitt studie og som tidligere nevnt, benytter jeg begrepet oppgavedeling og definerer det som deling av oppgaver tidligere forbeholdt en profesjon til en annen helseprofesjon eller annen yrkesgruppe uten helsefaglig bakgrunn. I en slik situasjon skjer det en tverrfaglig sammensetning av yrkesgrupper i helsetjenesten. I tillegg vil en slik oppgavedeling si noe om opplæring og kompetansebehov blant personalet. Horisontal oppgavedeling innebærer at personer med samme fagkompetanse og læring, men ulik bakgrunn, utfører funksjoner som normalt er dominant til en annen profesjon. Dette oppstår som oftest ved mangel på kompetanse og profesjonelle funksjoner og grenser endres. *(Nancarrow, S.A og Borthwick, A.M 2005. S 911-912)*

2.3. Organisasjon og organisasjonsendringer

I D. I Jacobsen, (3 utg. 2018) sin teori om organisasjonsendringer og endringsledelse, sier at en organisasjon har endret seg hvis den formelle strukturen er endret fra ett tidspunkt til et annet, eller måter folk opptrer på i organisasjonen, er forskjellig på to ulike tidspunkt, dvs. endring generelt kjennetegnes av at en organisasjon er forskjellig på to ulike tidspunkt. Videre trekkes det frem at dette eksempelvis kan være at organisasjonen legger ned en avdeling, slår sammen oppgaver, gjør oppgaver på en annen måte og justerer rutiner.

Jacobsen (3 utg. 2018) har illustrert organisatorisk endring i en enkel modell, der tid er den ene dimensjonen, og en beskrivelse av organisatorisk tilstand på to ulike tidspunkter i den andre dimensjonen. All endring innebærer en form for bevegelse, fra en relativt stabil tilstand til en annen relativt stabil tilstand. Endring må derfor også betraktes som en prosess, som en strøm av handlinger som bringer en organisasjon fra det ene til det andre punket.



Figur 3: Endring som finner sted i en kontekst

Jacobsen (2018) argumenterer for flere perspektiver på hvorfor organisasjoner endrer seg.

På grunn av den høye endringstakten i samfunnet kan endringer komme uavhengig av sentrale aktører. Endringer kan komme som et resultat av tilfeldigheter, men endringer kan også være et resultat av en planlagt prosess. Endring som en planlagt prosess er et interessant teoretisk perspektiv som krever en aktørtilnærming, som tilsier at aktørene må ha en målsetting med hva de vil endre, og hva de vil oppnå med endringen.

Videre argumenteres det for at ledelsen har et spesielt ansvar for endring, selv om det innen forskning også er tradisjoner som vektlegger et ideal om bred medvirkning i endringsprosesser. Jacobsen trekker frem at i tillegg til aktørperspektivet, er det vanlig at planlagte endringer kjennetegnes av en analyse av dagens situasjon, eller fremtidige trusler og

muligheter. Kort fortalt er endringen en løsning på et problem, eller en utnyttelse av en mulighet (Jacobsen, 2018). Kort kan det nevnes at en betingelse for planlagt endring, er at endringen faktisk kan gjennomføres. En annen betingelse er at det er samsvar mellom de intensjonene som aktørene hadde, og det faktiske resultat (Jacobsen, 2018).

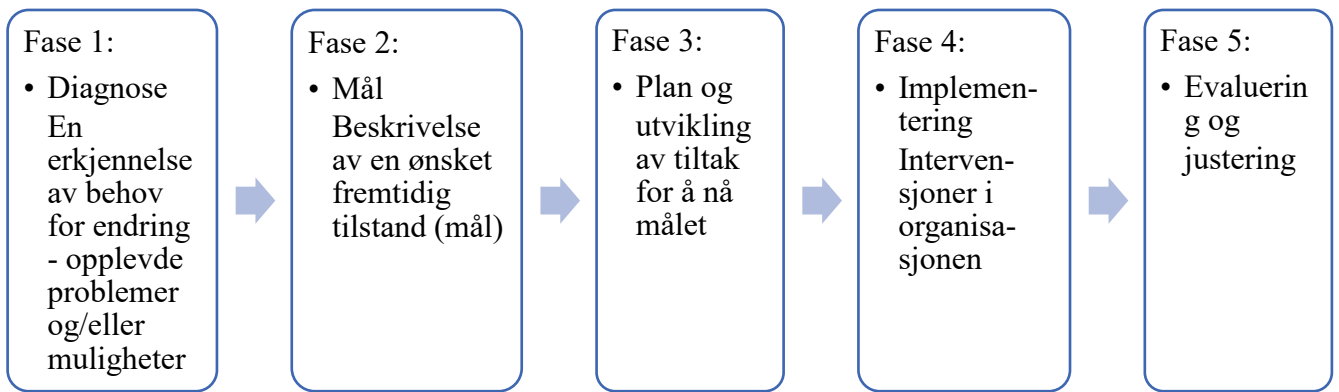
Jacobsen beskriver at planlagt endring ikke drives fram av indre eller ytre krefter, men at den settes i gang av aktørers oppfatning av de indre og ytre forhold. Aktørens oppfatning om at noe må gjøres bedre eller at organisasjonen må løse et problem. Planlagt endring er drevet fram av endringsagenter, hvor det er ønske om å endre for å forbedre, se på muligheter når en møter på en trussel, utnytte sterke sider og bøte på svake sider som ligger i organisasjonen.

I en slik planlagt endring må en regne med både noen overraskelser og motstand til endringen i gjennomføringsfasen. Sentrale elementer i planlagt endring er at en går fra en stabil og trygg situasjon mot noe som er mer usikkert og risikofyllt. En må derfor forstå hva som tvinger fram behov for endring, altså hva som er *endringens drivkrefter* som gjør at vi går fra forhold stabil tilstand i organisasjonen til ny tilstand og forhold i fremtiden. Noe som forteller oss om endringens innhold. Videre må vi se på *endringens omfang*, hvor omfattende endringen er eller om det er mindre justeringer osv. En må også se på endringens kontekst; altså hvordan den vil påvirke f.eks. økonomiske, sosiale, politisk og f.eks. i markedet. Andre kontekster som er mer indre kontekster er f.eks. system og struktur i organisasjonen, kultur og samhandling innad i organisasjonen.

Planlagt endring er styrt endring og ikke noe som bare skjer. Det forutsetter en aktør eller endringsagent som har intensjon om forbedring. En endring kan ikke planlegges perfekt på forhånd, og utfallet kan bli ulikt den opprinnelige intensjonen.

Altså planlagt endring har intensjoner som drivkraft. Modellen i Jacobsen sin bok harmonerer med vestlig kultur, men forutsetter full informasjon. På den andre side tar den ikke hensyn til organisasjonen som sosiale systemer og ser heller ikke på at uforutsette hendelser kan dukke opp underveis.

2.4. Fem faser for planlagt endring



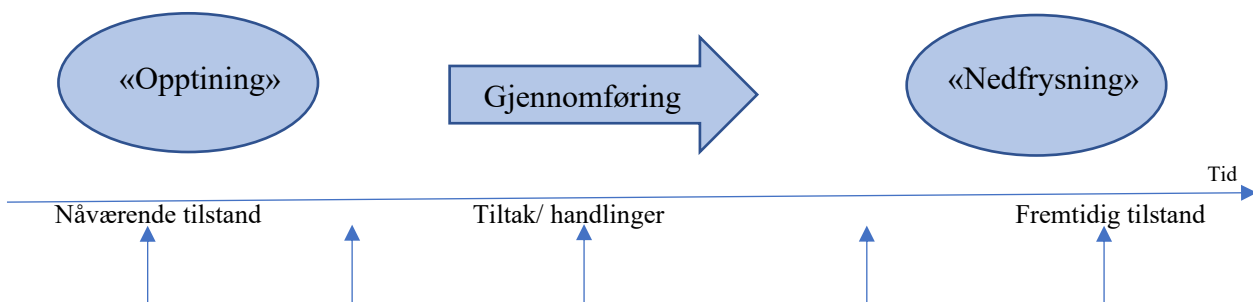
Feedback og læring

(Figur 2.1 s. 32, D.J. Jacobsen, Org. 2018)

Jacobsen tar utgangspunkt i Kurt Lewin sin teori om at ved planlagt endring og de motkrefter og drivkrefter ledelsen står overfor i gjennomføringen av endringen. Drivkrefter vil påskynde endringen og motkrefter som er forhold for å opprettholde stabilitet. I en endring må lederen forsterke drivkraften mer enn motkreftene.

2.5. Tre steg modell for endring

I hvor stor grad endringsagenten vil lykkes avhenger av evnen til å redusere motkrefter og forsterke endringskreftene. Lewin kaller dette en 3 stegs modell for endring: opptining – gjennomføring- nedfrysning.



Jacobsen beskriver at opptiningsfasen viser seg å være viktigere fase enn selve gjennomføringsfasen, da det er i denne fasen en arbeider med å forsterke ønskede elementer og/ eller redusere uønskede elementer. Lederen og ledelsesfunksjon er i denne fasen svært avgjørende for suksessen videre i prosessen. Om endringen lykkes eller ikke avhenger av i hvor stor grad hva slags oppfatninger medlemmene i organisasjonen har. Det må foreligge misnøye med dagens situasjon og dersom medlemmene er klar for endring, er det større sjanse for å lykkes.

Derimot er det motstand mot endring, må det skapes en følelse hos medlemmene om at det er viktig og riktig med endring og at endringen vil medføre en bedre situasjon en dagens situasjon. Medlemmene må oppleve at de er i stand til å gjennomføre endringen, at den er riktig for organisasjonen, at ledelsen har forpliktet seg til endringen og at endringen er positiv for alle medlemmene i organisasjonen. Det betyr at ledelsen må jobbe med å skape en oppfatning av at endringen er viktig, riktig og god.

Viktig: handler om nå situasjon, og hvilke konsekvenser dersom endring ikke skjer. Medlemmene ser på fortiden og hvordan organisasjonene har utviklet seg, samt også nåtid hvordan organisasjonene gjør det sammenlignet med andre i bransjen, samt hva vil skje i fremtiden om ikke endring skjer. Jo sterkere krisefølelsen er, desto mer villighet til å inngå i radikale endringsprosesser. Ledelsens oppgaver er å skape opplevelse av at endring er viktig.

Riktig: Et annet poeng er at opplevelsen av at endringen faktisk er riktig, på de problemene organisasjonen står overfor. Det vil være lettere å få samlet enighet om endring som oppfattes som en sikker løsning på problemet. Noen ganger vil løsningen være opplagt, f.eks. ved ny teknologi, konkurrenter etc., for å holde seg oppdatert i markedet. Riktig henger også sammen med at medlemmene i organisasjonen må oppleve at de har kapasitet, tid og ressurser til å gjennomføre endringen.

God: Henger sammen med at det må skapes en oppfatning om at endringen er god, at det vil være en forbedring av dagens situasjon, hva en vil oppnå ved å endre seg. Endringen må oppleves som at den er god både for organisasjonen og den enkelte. Ledelsens oppgave her er å skape et bilde av hvordan fremtiden vil bli, ved å gjennomføre endringen. Samt også å skape sikkerhet om at denne endringen vil de enkelte medlemmene være i stand til å kunne mestre.

Alle disse tre elementene – viktig, riktig og god – handler om å skape en felles oppfatning og forståelse for endringen som skal gjennomføres. Hvordan den er nødvendig, tenkt gjennomført, hvordan den vil gi en forbedring for alle og hvordan fremtiden vil bli. Det må altså «make sense» - dvs. gi meningsskaping og meningsgiving i prosessen. Dette handler om å få medlemmene til å endre adferd, hvordan de handler og hvordan de samhandler på.

2.6. Lederstil

Jacobsen sier i sin bok at det er en klar sammenheng mellom strategiene og leder stil. I denne oppgaven har jeg valgt Jacobsen sin lederstil – O som har fokus på inspirasjon og støtte, da den må passe til visjon, mål og konteksten for endringen.

Denne leder stilen tar utgangspunkt i at medlemmene i organisasjonen har samme interesse, mål og virkelighetsoppfatning. Det er et harmonisk forhold mellom organisasjonen og medlemmene som jobber i organisasjonen. Det er grunnleggende i denne leder stilen at menneskene som er i organisasjonen vil endre seg. Her er det ikke så mye motstand mot endring.

Oppgaven til ledelsen blir å sette medlemmene i stand til å endre og utvikle seg, og legger til rette for at det er mulig å gjøre de endringer som må til. Faktorer som er fremtreden i denne leder stilen er å se den enkelte. Tilføre ressurser og energi, motiverende ledelse, delegerende og støttende, være bindeledd og lede med læring. Dette samstemmer også med Nadler sin beskrivelse av ledere som gruppe, hvor de er individer som jobber sammen (Nadler 1988 s. 9)

Jacobsen beskriver analyse av kvalitative data som fire faser. Den første fasen er dokumentasjonsfasen hvor en renskriver intervjuet om til tekst. Den neste fasen er innholds fasen hvor en utforsker det som er sagt i intervjuet. Informasjonen grupperes deretter i ett sett med kategoriene. Disse er ikke satt på forhånd, men defineres av meg som forsker, basert på innholdet i intervjuene. Jeg kan se på for eksempel motstand til endring opp mot kompetanseutvikling, oppgavefordeling opp mot behov for nye faggrupper og eller omdømme opp mot rekruttering. Dette for å se om det er noen forbindelser mellom kategoriene som vil ha betydning for om oppgavefordeling vil gi en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste i kommunen.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere studiets metodiske bakgrunn og valg jeg har tatt gjennom forskningsprosessen. Hensikten med avhandlingen er å få frem kunnskap om hvordan få til en mer bærekraftig helse og omsorgstjenesten gjennom forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten. Jeg ønsker å finne ut om endringer i oppgavedeling, ansvar og organisering og fleksibel bruk av kompetanse, kan bidra til en mer effektiv og bærekraftig tjenesteproduksjon. For å kunne svare på problemstillingen har jeg valgt empirisk forskningsdesign. Jeg har valgt å undersøke en pågående endringsprosess i en relativ stor kommune på Sørlandet. Omstillingen omfatter et tjenesteområdet med tre korttidsavdelinger på et helsesenter. Jeg samlet inn data gjennom gruppeintervjuer med homogene fokusgrupper. Fokusgruppene gjennomførte i arbeidet kartlegging av nå situasjon av oppgavedeling, erfaringer og utfordringer ansatte har i sin arbeidshverdag, men også ideer og forbedring av ny oppgavedeling, ansvar og organisering.

Jeg vil først presentere metode og forskningsdesign for undersøkelsen og utvalg. Deretter en gjennomgang av dataanalyse fra transkriberingen. Jeg presenterer til slutt i kapitlet etiske betraktninger og metodediskusjon.

3.1 Metode og forskningsdesign

«Den opprinnelige betydningen av ordet *metode* er «veien til målet».» (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge 2015, s.140) For å belyse problemstillingen har jeg valgt en epistemologisk og kvalitativ induktiv forskningsmetode for innsamling av data. Jeg vil med denne metoden være i høy grad av nærhet og åpenhet og i relasjon med ansatte og ledere på korttidsavdelingene, og kunne fordype meg i hvilke utfordringer de ansatte har pr. i dag og hvordan ulike faktorer påvirker deres arbeidshverdag. «*Kvalitativ metode egner seg ofte til å avklare et uavklart tema nærmere og til å få fram nyanserte beskrivelser i temaet*» (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 144*). Jeg vil derfor ha behov for samtale med enkeltindivider og i gruppe, samt bruke tid og ressurser i deltakende observasjon med de ansatte. (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 141*)

Jeg har valgt induktiv tilnærming for å forstå det dynamiske og det unike i personellgruppen, og på den måten forstå virkeligheten ved å sette meg inn i hvordan de ansatte sine tolkninger og meninger om oppgavedeling, ansvar og organisering.

Fordelen med kvalitativ forskningsmetode er at en får frem nærhet til forskningsfeltet med flere nyanser, og dermed en samlet forståelse av det fenomenet en undersøker. Ulempen er at en på bakgrunn av kvalitative case studier ikke så lett kan generalisere. Siden jeg undersøker en allerede pågående endringsprosess, faller det seg naturlig å beskrive mitt case som en aksjonsforskning, hvor jeg som forsker er en deltakende part. Jeg blir en aktiv og deltakende part, hvor jeg som forsker er en blanding mellom endringsagent og en forsker, som måler virkning av endringene. (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 109*)

Begrepet case kommer av det latinske ordet casus, og defineres som et «tilfelle» eller en «hendelse»². Det er ulike meninger om hva et case studie er. Enkelte ganger omtales casestudie som en bestemt samlende metodisk tilnærming, og andre ganger omtales case studie som ulike datakategorier, teorikategorier, historiske kategorier (S. Andersen, 2013 s. 24) En refererer ofte til Robert Yin sin definisjon av case. (2014, s 16)

«A case study is an empirical inquiry that

- *investigates a contemporary phenomenon (the “case”) in depth and within its real world context, especially when*
- *the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident.”*

S. Andersen (2013, s. 24 – 25) gjør rede for betydningen av Yins definisjon. Ut fra definisjonen sier han at casestudie må ligge innenfor grensene av en klasse fenomener, i et tidsrom og innenfor noen sosiale rammer. Han sier også videre at kravet til samtidighet må forstås relativt, da case studier ofte er basert på rekonstruksjon av tidligere hendelser. Å undersøke et fenomen må kobles til en kontekst. Hvordan sammenhengen skal forstås vil variere ut fra hvilken hensikt studien har. I en deskriptiv studie handler det om å skape unike forklaringer, og hvor en forholder seg til konteksten som en omfattende empirisk ramme, der fenomen og kontekst inngår i et samspill. Analytiske studie for teoriutvikling avgrensar empirien og konteksten til noen hovedvariabler eller analytiske dimensjoner. Andersen sier at ingen fenomener kan helt avgrensas fra en kontekst. Her må kontekstens avgrensinger foretas ut fra hva som er relevant for studie. (S. Andersen, 2013, s. 24 – 25)

I alle definisjoner som finnes av hva en case er så har alle til felles at de vektlegger at det er inngående studie av en eller noen få undersøkelsesenheter. Det kan være mange ulike typer

² <https://snl.no/casus>

enheter, og de kan være avgrenset i både rom og i tid. Det kan også være en kollektiv enhet som består av flere absolutte enheter som for eksempel, en gruppe eller en organisasjon osv. Innenfor en slik kollektiv enhet vil en finne flere grupper og enkeltindivider i hver gruppe. (D.I. Jacobsen, 2022, 4 utgave s. 104). Det er en akseptert oppfatning om at casestudiens styrke ligger i idealet om å vise hvordan noe skjer (S. Andersen, 2013, s. 165).

Gjennom å benytte case studie i min forskningsundersøkelse gir det meg mulighet til å gå i dybden, innhente det realistiske og det helt særegne hos de ansatte, aktiviteter de gjør, meninger og utfordringer de har i sin arbeidshverdag. På denne måten vil jeg få frem det unike og spesifikke kunnskapen hos de ulike profesjonsgruppene i organisasjonen, og som blir databærende for undersøkelsen (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 31*) Jeg vil i denne sammenheng derfor bli en blanding av endringsagent og en forsker som måler effekt og virkning av endringene som studie kommer frem til og studere virkningen av disse.

Tidsperspektivet for case studie er oppstart i november 2022 med forberedelser og planlegging, til høsten 2023 hvor det vil foregå en testperiode, evaluering, justeringer og forbedringer. Målsetningen for organisasjonen er hvordan oppgavedeling, ansvar og organisering kan bidra til mer bærekraftig helsetjeneste og møte fremtidens behov for det tre korttidsavdelingene ved helsesenteret. Det vil være et prosessarbeid over tid hvor det er etablert 2 fokusgrupper som har fått utnevnt et mandat, og hvor jeg er pådriver for omstillingsarbeidet og deltakende som aksjonsforsker. Jeg vil som forsker måle effekten av tiltakene, hva som ikke virket og hvorfor, justere og forbedre i implementeringsfasen. En kollektiv refleksjon for forbedringer. (D.I Jacobsen, 2022, 4 utgave, s. 109)

3.2 Fokusgrupper

Jeg har benyttet fokusgrupper for mitt studie, hvor jeg gjennom homogene grupper fikk samlet informantene til gruppeintervju, oppgaver og dialog rundt tema oppgavedeling, ansvar og organisering. Fokusgrupper ga meg som forsker mulighet til å få frem de ansattes erfaringer og kunnskap og virkelighetsbilde rundt et tema om fenomenet oppgavedeling, ansvar og organisering. Metoden egner seg godt når jeg ønsker å få frem kunnskap om et fenomen, eller hvor en forsøker gjennom arbeidet å konkretiseres en problemstilling. (D.I Jacobsen, *Hvordan gjennomføre undersøkelser 4 utgave, 2022 , s 177*)

Medlemmene i den ene fokusgruppen har den hensikt å representere personalet i organisasjonen, og i den andre ledere og tillitsvalgte. Jeg ønsket å få frem synspunkter hos ansatte og ledere, og valgte derfor homogene grupper hvor deltagerne hadde som utgangspunkt et felles erfaringsgrunnlag, og hvor jeg fikk frem erfaringer og synspunkter rundt begrepet oppgavedeling, ansvar og organisering. Dette åpnet for at jeg kunne sammenligne de to fokusgruppens synspunkter og erfaringer. Fokusgruppens sammensetning var at den ene gruppen bestod av ledere og tillitsvalgte, og den andre gruppen av ansatte fra de tre korttidsavdelingene.

- *Fokusgruppe 1:* Ansatte i avdelingen; 2 sykepleiere fra hver avdeling, 2 helsefagarbeider fra hver avdeling. Totalt 8 personer
- *Fokusgruppe 2:* Avdelingsleder, 1 enhetsleder, verneombud og 2 tillitsvalgte. Totalt 7 personer.

For å ikke miste tråden i tema eller diskusjonen var det viktig for meg å ikke ha for store grupper, samt at medlemmene av gruppen er profesjoner som er sentrale i den daglige driften på korttidsavdelingene. Dette fordi jeg ønsket å få frem utfordringsbilde med oppgavedeling, ansvar og organisering sett fra ulikt ståsted som ansatt og som leder. Det var ingen kriterier for alder og kjønn i gruppene.

Fokusgruppene fikk mulighet til å diskutere og samtale om fordeler og ulemper om tema oppgavedeling, ansvar og organisering. Det ga meg i tillegg også en fleksibel tilgang for å observere non-verbal kommunikasjon i gruppen. Metoden gir gruppens medlemmer mulighet til å starte en tankeprosess hvor de reflekterer over sine erfaringer underveis i dialog med hverandre. Gruppens medlemmer diskuterer og hjelper hverandre til å forstå fenomenet, samt får perspektiv på sine synspunkter og utvikler meninger i løpet av gruppeintervju prosessen. På den måten får deltakerne perspektiv og utvikler meninger underveis i selve prosessen. Det skjer en fortolkning underveis i gruppen, hvor de hjelper hverandre og utvikler en felles forståelse av oppgavedelingen, ansvar og organisering som fenomen. (*Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 177)

Gjennom gruppeintervju, dialog og arbeidsoppgaver i fokusgruppene, samt observasjoner og spørreundersøkelser, ga det meg informasjon og datainnsamling som studiet var i behov av. Det var viktig å starte med å kartlegge nå situasjonen i oppgavedelingen som et grunnlag for videre arbeid i gruppen. Gruppen fikk derfor i oppgave først med veiledning, å kartlegge nå situasjonen i oppgavedelingen, utfordringer og ideer de ansatte har. Jeg vurderte at

informasjonstyrken av arbeidet og materiale fokusgruppen utarbeidet var tilstrekkelig, i tillegg til observasjoner, dialog og uformelle samtaler med ansatte i avdelingene. Leger, fysio- og ergoterapeuter deltok ikke i fokusgruppene på bakgrunn av at disse er ansatte i et annet tjenesteområde, samt at problemstillingen først og fremst handlet om oppgavedeling mellom pleiepersonalet i avdelingen. Men jeg gjennomførte egne møter med legene for kartlegging av deres oppgaver, utfordringer og innspill til ideer for forbedringer. Fysio, - ergo terapeut deltok i kartlegging som foregikk i avdelingen.

I første fase av undersøkelsen hadde jeg flere samlinger over tid med fokusgruppene våren 2023 og frem til sommeren. Alle samlingene ble gjennomført på møterom i helsesenteret. Plan og agenda for samlingene var avtalt på forhånd og er beskrevet i intervjuguiden (vedlegg1). Til sammen hadde vi 4 samlinger med gruppen med ansatte og 4 samlinger med gruppen med ledere, tillitsvalgte og verneombud. På samlinger med ledergruppen leverte jeg status fra arbeidet i fokusgruppen med ansatte og hvor ledere kom med tilbakemeldinger og innspill, som jeg noterte ned. Fokusgruppen med ledere hadde på forhånd utarbeidet et mandat og oppdragsbeskrivelse for fokusgruppen med ansatte. Før oppstart hadde ledere informasjon om omstillingen til alle ansatte på personal møte, samt underveis i prosessen.

Etter den 4 samling med fokusgruppen ansatte, presentere fokusgruppen ansatte til fokusgruppen med ledere resultat av sitt arbeid. Siden alle ansatte fikk informasjon underveis i prosessen, skapte dette en entusiasme blant ansatte på huset, da de følte de kunne være med å delta og påvirke sin arbeidshverdag og omstillingsprosessen og innhold i denne. Det var høy grad av deltagelse hvor de ga uttrykk for at dette var gøy. Underveis i undersøkelsen hadde vi også felles samlinger med begge fokusgruppene, hvor vi gikk igjennom datainnsamlingen, forslag til tiltak og løsninger. På den måten fikk begge gruppene erfaringsutveksling seg imellom med å se utfordringsbilde fra den andre gruppens synspunkt. I fase 2, høsten 2023 fulgte jeg opp med aksjoner i forhold til planlegging av testperiode for ny oppgavedeling, ansvar og organisering. Dette beskriver jeg i kapittel 5.

Fokusgruppen med ansatte startet som nevnt arbeidet med å gjennomføre en kartlegging av nå – situasjonen for oppgavedeling mellom profesjonsgruppene. Gjennom kartlegginger i avdelingene (Vedlegg 1), fikk jeg frem fakta for dagens oppgavedeling og nå – situasjonen, samt utfordringsbilde, som ga grunnlag for diskusjon og samtaler i fokusgruppene. Vi fikk frem uenigheter, enigheter og hvilke oppfatninger de ulike medlemmene hadde. Det ble utveksling av erfaringer og synspunkter og til stor grad av læring og kompetanseoverføring mellom medlemmene på disse samlingene. Deretter gjennomførte fokusgruppen en forbedring

og ny oppgavedeling, samt forslag til hvordan de kunne organisere kompetanse og funksjoner, mot mål beskrevet i mandatet.

Min rolle som forsker i fokusgruppene, var en mellomting mellom aktiv og passiv rolle. Dette med bakgrunn i at jeg ønsket diskusjonen skulle holde seg innenfor tema, samt at ikke noen av gruppens medlemmer skulle dominere diskusjonen. Jeg delte gruppen i 2 hvor de satt 3 - 4 stk. sammen og diskuterte spørsmål og arbeidsoppgavene de fikk. Jeg innledet om tema og stilte åpent spørsmål og ga en oppgave de skulle diskutere og komme med forslag til løsning. Etter at de hadde arbeidet en tid med gruppeoppgavene og spørsmålene, fikk jeg gruppene til å presentere i plenum sitt svar, hvor jeg noterte i mine notater svarene. På slutten av samlingen gikk jeg igjennom oppsummering av svarene fra gruppene, hvor de bekreftet den totale oppsummeringen. Jeg samlet inn rådata materiale og systematiserte dette i en oversikt som senere ble videre bakgrunnsmateriale for fremdriften i arbeidet for fokusgruppen med ansatte.

Denne prosessen førte til at gruppens medlemmer diskuterte og arbeidet fritt og åpent over en tid, hvor jeg som forsker gikk rundt og observerte diskusjonen. Dersom diskusjonen kom ut av retning eller de stod fast, veiledet jeg de videre i diskusjonen ved å si noe som for eksempel; «Har dere fått diskutert alle elementene her, er det noen som sitter å ville utdype dette noe mer osv.» Gruppene kunne også spørre meg om hjelp dersom de stod fast i tema. Samt dersom noen av gruppens medlemmer var dominant i gruppen, kunne jeg stoppe diskusjonen i gruppen og si noe som for eksempel. «flott, men la meg høre hva resten av gruppen mener om dette». Eller henvende meg til en av gruppens medlemmer som ikke har sagt noe og spørre; «hva mener du om dette?» Derfor fungerte jeg litt som ordstyrer for å holde struktur i diskusjonen, samt sørge for at alle deltagere ble sett og kunne delta aktivt i diskusjonen og komme frem med sine synspunkter.

Styrken i denne metoden er at i fokusgruppene vil det være mulighet for å stille åpne spørsmål, hvor aktørene må utdype og diskutere og være i dialog. Det ga meg mulighet til å få tak i nye områder som var aktuelle for problemstillingen. Det var en uformell åpen atmosfære i fokusgruppene, som skapte en trygg arena for diskusjon og samtaler. Jeg sørget for mat og drikke og tid til gode pauser.

3.3 Mandat og oppdragsbeskrivelse.

Fokusgruppen med ledere hadde klare målsetning med undersøkelsen og arbeidet. Det ble derfor utarbeidet en oppdragsbeskrivelse, mandat og en fremdriftsplan for prosessen for fokusgruppen med ansatte. Denne ble godkjent av øvre ledelsen i tjenesteområde, og ble presentert for fokusgruppen med ansatte. De definerte at arbeidet og undersøkelsen skal ha fokus på:

- Ansvar og oppgavedeling.
- Organisering av kompetanse på tjenesteområde for å sikre riktig bruk av kompetanse

Hovedmål: Videre skulle arbeidet og undersøkelsen ha som hovedmål å bidra til:

- Omstilling, utvikling og endring på det enkelte tjenestenivå og i den enkelte avdeling.
- Belyse og tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling i kommunens omsorgstjenester og organisering av disse.
- Skape gode pasient opplevelser med bruk av riktig kompetanse til enhver tid
- Fremme kompetanseutvikling
- Ha fokus på heltidskultur som sikrer en bærekraftig omsorgstjeneste i fremtiden, med bruker i sentrum.
- Helse og mestring skal være rustet til å møte fremtidens kompetansebehov og ha kvalifiserte søkere til ledige stillinger.
- Skape kunnskapsgrunnlag for tiltak og løsningsmodeller som det skal satses på for å istandsette tjenestene til levering av forsvarlig helse og omsorgstjeneste i fremtiden

Mandat og oppdragsbeskrivelse ble utformet for fokusgruppen med ansatte:

- Kartlegge oppgaver i tjenesten, når de gjøres i løpet av døgnet og hvilken kompetanse som utfører oppgavene i dag.
- Kartlegge interessenter i prosjektet og utarbeide forslag til informasjon og involvering.
- Vurder hvilken kompetanse det er behov for til de ulike oppgavene.
- Utarbeide oversikt over hvilken kompetanse som finnes i tjenesten i dag.
- Utarbeide forslag til hvilke eventuelle nye kompetansegrupper innenfor budsjettammen, som kan inn i driften og ivareta oppgaver på huset som i dag gjøres av sykepleiere/fagarbeidere (assistenter, vernepleier, helsesekretær, farmasøyt og evt. andre)
- Utarbeide forslag til ansvar og oppgavefordeling ihht. riktig bruk av kompetanse til rett oppgave. Eksempelvis overføring av oppgaver fra én yrkesgruppe til en annen, eks. fra helsefagarbeidere til assistenter og fra sykepleiere til helsefagarbeidere.
- Utarbeide forslag til ny organisering av ansvar for pasientforløp i avdelingene.

- Kartlegge behov for kompetanseheving og utarbeide plan for dette. Aktiv deltagelse i kompetanseheving ved behov.
 - Tiltak som foreslå utenfor budsjetttramme må konsekvens utredes. Arbeidsgruppen skal komme frem til tiltak som er innenfor dagens budsjetttramme.
 - Sikre involvering og medvirkning fra personell gruppen
 - Informasjon
- Fokusgruppen med ledere ga også meg som forsker et mandat og oppdragsbeskrivelse for å sikre resultat i forhold til innsatsen og deres målsetning. Forsker og prosjektansvarlig skal:
- Bidra til å dra undersøkelsen i samarbeid med fokus /arbeidsgruppene.
 - Bidra til å sikre fremdrift og være pådriver for endringsprosessene.
 - Samarbeide med ledere for å tilrettelegge for lokale omstillingsprosesser
 - Organisere og sikre at leveranser blir levert innenfor de rammer som er definert i styringsdokumenter.
 - Bidra til å sikre godt kunnskapsgrunnlag og erfaringsinnhenting.
 - Bidra til sammenhenger på tvers av ulike endringsprosesser som skjer i avdelingene.
 - Bidra til prosesser som sikrer involvering av interessenter samt informasjon
 - Bidra til samhandling og hjelp fra ressurspersoner i kommunen som har betydning for fremdriften.

Fremdriftsplan ble beskrevet med hovedpunkter som følger:

Fremdrift fokus/ arbeidsgruppe	Jan	Feb.	Mar.	Apr.	Mai	Juni
Kartlegge utfordringer og nå situasjon		x				
Verdistrømanalyse - kartlegging av oppgaver	x	x				
Interessentanalyse pasient, pårørende og medarbeider		x	x			
Kompetanse kartlegging hos ansatte			x	x	x	x
Ny oppgavedeling, ansvar og organisering			x	x	x	x
Rutiner for samhandling mellom kompetanse mellom avdelingene				x	x	x
Utarbeide rutine beskrivelser				x	x	x
Utarbeide døgnrytmeplan				x	x	x

Fremdrift fokus/ ledergruppe	Jan	Feb.	Mars.	Apr.	Mai.	Juni	Juli
Mål og visjon	x	x					
Gevinstkartlegging	x	x					
Oppfølging og justering på statusmøter		x		x	x	x	

Utarbeide grunnbemanningsplan etter ny organiseringsmodell							X	X
--	--	--	--	--	--	--	---	---

Figur 4: Fremdriftsplan

Gevinster som oppdragsbeskrivelsen definerte:

Kompetanse	Riktig bruk av rett kompetanse
	Forsvarlig tjeneste til enhver tid på grunn av mer robust fagmiljø
	Gode rutine beskrivelser for å sikre kvalitet på tjenesten
	Styrket kompetanse heving for ansatte
Rekruttering	Attraktiv arbeidsgiver gjennom robuste fagmiljø
	Gode arbeidstidsordninger
	Økt rekruttering gjennom «spissa» kompetanse organisert i team
Unngåtte kostnader	Ikke øke grunnbemanning tross for flere syke og eldre
	Mer effektiv bruk av kompetansen
	Minsker bruk av mertid, overtid og forskjøvet vakt
	Unngår å leie inn fra vikarbyrå
	Mer tett og direkte oppfølging av sykmeldte
Spart tid	Bruk av velferdsteknologi, bevegelsessensor og kameraovervåkning vil redusere behov for å øke bemanning
	Teknologi som digitale tavler – informasjon i sann tid og effektivisere arbeidsflyt.
	Teknologi som digital tavle vil gi en mer effektiv samhandling internt og eksternt

Figur 5: Gevinster

3.4 Gruppeintervju guide.

Jeg gjennomførte 4 samlinger med fokusgruppen ansatte hvor de fikk spørsmål og oppgaver med en uformell form, hvor deltakerne fikk mulighet til å komme med innspill, og åpen dialog om sine erfaringer. Oppgaver og spørsmål i fokusgruppen ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålet, og på slik måte at oppnå diskusjon og dialog i gruppen, samt hvor jeg kan komme med oppfølgingsspørsmål. Før oppstart av arbeidet fikk gruppen informasjon om prosjektet og meg som forsker, rammene og ikke minst anonymitet. Noen demografiske fakta og data ble stilt og registrert. (Vedlegg 1)

Intervjuguiden ble strukturert ut fra rammer og oppdragsbeskrivelsen, innledning og tema for arbeidet. Det var tre hovedområder fokusgruppe foregikk under med underliggende spørsmål: Hvilke utfordringer erfarer de i dag, kartlegging av dagens oppgavedeling, kompetanse og gjennomføre forslag til ny oppgavedeling, ansvar og organisering. Alle hovedområder har underliggende oppgaver og spørsmål. På denne måten fikk jeg en åpen dialog, hvor jeg kunne følge opp med oppfølgingsspørsmål og oppgaver eller sørge for fremdrift i gruppen. Som

forsker fungerte jeg også som veileder i spørsmålene og oppgavene fokusgruppen fikk. Min oppgave som forsker er her å holde balansen i gruppen. Stimulere deltakerne dersom de går i stå, samt blande meg lite inn om diskusjonen og er aktiv og målrettet mot spørsmål og oppgavene. Sørge for at gruppene holder seg til tema og vurdere evt. nye vinklinger som kommer frem i diskusjonen og som bør følges opp. Sørge for at det blir gruppedynamikk slik at alle kommer til ordet. Gruppeintervjuene ble på denne måten en interaksjon mellom meg og medlemmene i gruppen og også mellom medlemmene selv i fokusgruppene. Alle deltakere fikk informasjon om prosjektet og hensikten, samt hva dette vil gi av resultat og måloppnåelse for helsesenteret. Jeg informerte også om at undersøkelsen er anonymisert og at resultatet av oppgaven vil bli presentert kun for lærere ved UIA. Forteller også hvordan datamateriale blir ivaretatt og sikret anonymitet. I gruppe oppgavene vil gruppen selv skrive ned på utdelt oppgaveark. Alt datamateriale makuleres i etterkant. Alle deltagere ble informert om at de kunne trekke seg når som helst.

Gruppe intervjuguiden var ulik for de to ulike gruppene. Hvor gruppen med ansatte i avdelingen fikk mer ansvar for kartlegging av de faktiske forhold og beskrive utfordringsbilde, samt komme med forslag til løsnings på ny oppgavedeling, ansvar og organisering. Dette ble så presentert av fokusgruppen for ledere, tillitsvalgte og verneombud, hvor gruppen med ledere fikk på bakgrunn av informasjon de fikk, nye utfordringer og spørsmål de diskuterte.

3.5 Observasjon

Metoden åpen observasjon benyttet jeg fordi jeg ønsket å se hva faktisk de enkelte ansatte gjorde. Observasjonsperioden startet januar og pågikk hele vårsemesteret 2023 og høsten 2023, hvor jeg var til stede i avdelingene og observerte også i arbeidsgrupper med ansatte. Jeg var til stede i korttidsavdelingene og hospitererte for å bli kjent med huset og de enkelte ansatte. De som ble undersøkt var kjent med dette og var derfor klar over at jeg var i avdelingen for å observere og bli kjent med avdelingene.

Dette er forenelig med forskningsetiske krav om at datainnsamling bør skje når undersøkelsesobjekt har gitt samtykke til dette. På den måten noterte jeg det jeg observerte av aktivitet i avdelingene og i arbeidsgruppene. Jeg så på hva de ulike profesjonsgruppene gjør i ulike situasjoner og registrerte dette i notat form. Her fikk jeg inn sannferdig data hvor jeg registrerte hva de ansatte faktisk gjorde (atferd), og ikke hva de sier de gjør. (*D.I. Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser? 4 utg. s. 183*)

Jeg deltok på tverrfaglige tavle møter, observerte i fellesareal i avdelingene, på medisinerrom. Jeg gikk rundt i avdelingene og i uformell dialog med de ansatte. Ansatte var ivrig og ville gjerne snakke med meg og hvor jeg kunne ha uformell samtale om deres arbeidshverdag. Det kom frem både ting som var bra og ting som de mente måtte forbedres, samt frustrasjoner og utfordringer de følte det var viktig å få gjort noe med. På en måte ble jeg en de kunne snakke med og som lyttet til deres utfordringer. Ved at jeg som forsker var til stede i avdelingen med mål om observasjon, uformelle samtaler med ansatte fikk jeg frem uklarheter eller misforståelser blant ansatte. Dette belyste deres opplevelse og mening med oppgavedeling. I tillegg gjennomførte jeg en anonym spørreundersøkelse blant ansatte. Undersøkelsen ble gjennomført digitalt, hvor de krysset av for spørsmål i spørreskjema. SharePoint ble brukt som verktøy. Vedlegg 2 – interessant undersøkelse blant medarbeidere.

Det var viktig for meg å involvere alle de andre ansatte i avdelingen til å kunne delta i diskusjonen og kjenne på at de var med på undersøkelsen og tema. Derfor startet jeg arbeid både med å være til stede i avdelingene, for uformelle samtaler med ansatte og observasjoner, samt kartlegging av deres arbeidshverdag og oppgaver de utførte.

3.6 Utvalg

På bakgrunn av problemstillingen hvor jeg tenkte igjennom hvilken målgruppe jeg trengte for å samle inn data, har jeg i mitt studie gjort en strategisk utvelgelse. Jeg var på utkikk etter målgruppe som hadde behov for forbedringer i sin organisasjon. I rekrutteringsprosessen hadde jeg samtaler med overordnet ledelse i kommunen og hvor det var planlagte utvikling og omstillingsprosesser som skulle gjennomføres, for å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorgstjenesten.

Gjennom overordnet ledelse fikk jeg da tilgang til å samarbeide med enhetsleder og avdelingsledere på korttidsavdelingene på helsesenteret. I perioden er jeg også selv ansatt som rådgiver i kommunen i omstillingsprosessene kommunen står ovenfor. I samarbeide med ledelsen fikk jeg derfor antall enheter som var i behov av arbeid for omstilling i forhold til oppgavedeling, ansvar og organisering.

Populasjonen ble i samarbeid med disse avgrenset til tre korttidsavdelinger på et helsesenter. Undersøkelsens skulle foregå over flere faser hvor første fase, våren 2023, hadde fokus på kartlegginger/undersøkelser med arbeid i fokusgrupper med ansatte som deltagere. Fase to skulle være pilotering og testing av endringsforslag og tiltak inklusive evaluering og forbedringer, og med overgang i siste fase tre til drift. Jeg kan si at formålet med

undersøkelsen bestemte ganske raskt hvilke enheter som skulle delta. *(Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 195)*

Utvalget i undersøkelsen ble alle ansatte på tre korttidsavdelingene på et helsesenter. Ansatte i avdelingene var team koordinator, sykepleiere, helsefagarbeider, assistenter og avdelingsledere. Disse samarbeidet også med fysioterapeuter, ergoterapeuter og lege. Alle skal sikre at pasientene får en faglig forsvarlig behandling i tråd med lover og forskrifter, funksjonsbeskrivelser og pasientrettigheter og helsepersonell loven.

3.7 Datainnsamling gjennom aksjonsforskning

For innsamling av data valgte jeg som nevnt deltagende aksjonsforskning, hvor jeg som forsker er en aktiv og deltakende part, hvor jeg som forsker er en blanding mellom endringsagent og en forsker, som måler virkning på endringene. *(Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 109)*

Jeg samlet inn primærdata som nevnt i fokusgruppe gjennom kartlegginger, samtaler, arbeidsoppgaver, observasjoner, notater og anonyme digitale spørreundersøkelser på de ulike profesjonsgruppene, helsefagarbeidere, sykepleiere, assistenter, lege, fysioterapeut og ergoterapeut, team koordinator og avdelingsledere. Dette for å få frem nyanser, den individuelle og unike forståelsen av oppgavedeling samt en helhetlig nå - situasjon og virkelighetsbilde på helsehuset. *(Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 141)* Fokusgruppen med ansatte bearbeidet kartleggingen, gjennomførte en ny forbedring av oppgavedeling og organisering av kompetanse og funksjoner, samt rutiner for samhandling.

I den første fasen hvor alle ansatte deltok i kartlegging av hvordan oppgavedeling er pr. i dag, og hvor ansatte noterte ned på post it lapper utfordringer de mener de har i dag, samt en idéer og forslag til tiltak de hadde, fikk jeg inn en rekke rådata. Under selve arbeidet i fokusgrupper, gjorde jeg i samarbeid med gruppen fortolkninger av utsagn, ord, setninger som kom frem i kartleggingen. Ut fra data innsamlingen med kartlegging av oppgaver fikk fokusgruppen i oppgave å gjennomføre en forbedring av oppgavedeling på nytt, hvor oppgaven skulle følge riktig kompetanse for oppgavene. Gjennom dette arbeidet oppdaget fokusgruppens medlemmer, nye forhold knyttet til oppgavedeling som ga nye perspektiv og beskrivelser. I teorien beskrives dette i en form som selvanalyse. *(Kvale & Brinkmann, 2018, s. 221)*

Fokusgruppen med ansatte fikk i oppdrag og organisere og sammen startet vi arbeidet med å samle inn informasjon om utfordringsbilde i avdelingene, og kartlegge den faktiske

oppgavedelingen slik den var nå. Jeg ønsket å vite noe om hvordan nå situasjonen i forhold til oppgavedeling i forhold til de ulike profesjonene er, samt hvor mye tid de brukte på de ulike oppgavene. Alle ansatte i de tre korttidsavdelinger ble engasjert i kartlegging av oppgaver de enkelte profesjonene gjorde. I løpet av 2 ukers periode fikk alle ansatte på alle tre korttidsavdelingen, i oppgave å notere ned på Post - it lapper hvilke oppgaver de gjorde på dag, kveld og natt vakt. Det ble hengt opp gråpapir på vegg som var kategorisert som vist nedenfor i tabell. Hver enkelt profesjon hadde sin farge på Post-it lappen. De noterte alle oppgaver hver enkelt utførte og hvor mye tid de brukte på oppgaven på Post-it lappene.

Sykepleier	Helsefagarbeider	Pleie medhjelper	Assistent	Lege	Fysioterapeut/Ergoterapeut	Avdelingsleder	Team - koordinator	Utfordringer	Ideer
■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■							

Figur 6: Kartlegging oppgaver

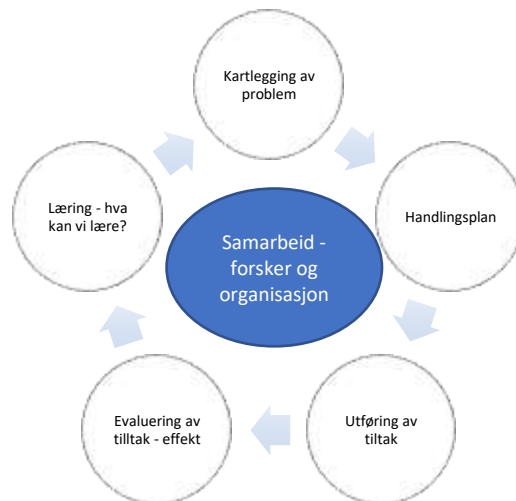
For gjennomføring av denne kartleggingen benyttet fokusgruppen LEAN - metodikk. Hensikten med denne metoden var å belyse hvilke oppgaver de ulike profesjonsgrupper faktisk gjorde, og hvor lang tid de brukte på oppgavene. Lean er et verktøy som har til hensikt å begrense unødvendig ressursbruk og fokusere på å optimaliser verdien i tjenesten, samtidig som en skal redusere ikke verdiskapende aktivitet. ([Lean](#))

Prinsippet er minimal bruk av ressurser og aktiviteter som ikke bidrar direkte til kvalitet på tjenesten og avdekke hvilke oppgaver som utføres av hvilken profesjon. Basert på denne forståelsen kan prosesser bli analysert med utgangspunkt i hvilke aktiviteter som tilfører verdi. Aktiviteter som ikke tilfører verdi minimeres gjennom forenkling og eliminasjon. Engasjement og involvering av hele organisasjonen i forbedringsarbeidet bygger på den tro at mennesket er en verdifull ressurs.

Forbedringsarbeid er kun mulig gjennom samarbeid og involvering av alle i organisasjonen. Det er menneskene med nærhet til arbeidet som har det beste utgangspunktet til å forbedre prosessen. Lean-tenking bygger i stor grad på det som kjennetegnes som «bottom-up-involvering», og kontinuerlig endring og forbedring. Verdiskapningen skjer horisontalt og ikke vertikalt (Gjønnes & Tangenes, 2012).

Horisontal oppgavedeling finner sted når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men fra forskjellig fagbakgrunn, overtar funksjoner som tradisjonelt har blitt utført av den andre fagdisiplinen. (NOU 2023: 4 Kapittel 8 Tid for handling. S. 130)

Når kartleggingen var gjennomført fikk fokusgruppen i oppgave å komme med konkrete forslag til ny oppgavedeling og ansvar mellom profesjonsgruppene. Deretter gjorde vi en felles gjennomgang med begge fokusgruppene, som førte til en felles forståelse av ny oppgavedeling. Den kollektive forståelsen førte til nye tiltak som fokusgruppene ville utvikle videre. Denne kartlegging førte til en prosesskartlegging, hvor jeg som forsker fikk frem hvordan tiltak gir en effekt og virkning i prosessen. Denne formen ga meg som forsker en aktiv deltagelse, hvor både ansatte og ledere aktive i den hensikt å finne en bedre løsning og forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering.



Aksjonsforskning kan illustreres i følgende figur etter Susman & Evered, 1978. s 578). (D.I. Jacobsen, 2022, 4 utgave, s. 110)

Gjennom fokusgruppene får jeg frem gruppens synspunkter for enighet/ uenigheter. Gjennom observasjon får jeg frem hva de faktisk gjør og ikke hva de sier de gjør. I kartleggingen får jeg også frem faktiske forhold om oppgavedeling, samt innspill til utfordringer og forslag til endringer. Datainnsamlingen gjennom denne metoden gir data som faktisk er relevant og riktig og som jeg kan stole på, og hvor jeg anser den som gyldig og pålitelig. (Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 17)

Jeg var interessert i å kartlegge hva som skjer over tid i forhold til årsak og effekt. Hensikten var å skape en dynamisk prosessstilnærming som kunne si noe om årsak, virkning og effekt og

utfall av en slik prosess. (D.I Jacobsen, 2022, 4 utgave s. 108). Derfor valgte jeg også fokusgrupper med deltagere fra ansatt gruppen som deltok i å drive frem kartlegginger for datamateriale for videre arbeid.

Kartlegginger som ble foretatt i samarbeid med fokusgruppen:

- Interessent analyse av medarbeidere
- Verdistrøm analyse og kartlegging av dagens oppgavedeling, utfordringer og ideer hos ansatte.
- Kompetansekartlegging i de ulike profesjonsgruppene.
- Utarbeide forslag til ny oppgavedeling, ansvar og organisering av kompetanse.
- Utarbeide rutine beskrivelse for samhandling mellom profesjonsgruppene.

Kartlegginger som ble sendt ut digitalt til alle ansatte: SharePoint ble brukt som verktøy og var anonymt.

- Kartlegging av kjennskap til eksisterende rutiner og prosedyrer. (vedlegg 1 og 2)
- Kartlegging av de ansattes meninger om oppgavedeling, ansvar og organisering.
- Null punktmåling ved oppgaver knyttet til inntøms av nye pasienter
- Kartlegging av tid brukt på drift og serviceoppgaver.

Alle digitale undersøkelser var anonyme og ble sendt ut via Forms i SharePoint og med QR kode.

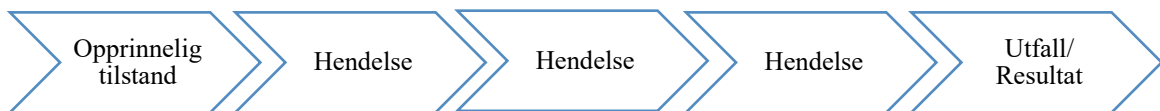
3.8 Dataanalyse

I min dataanalyse har jeg valgt å støtte meg til en hermeneutisk metode hvor jeg konsentrerer meg om innholdsanalyse, og hendelser som skjer over tid fra en tilstand til en ny tilstand.

(Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 209 og 232)

Hermeneutisk metode er ifølge D.I. Jacobsen (2022, 4 utgave, s. 208) en veksling mellom deler og helhet av datamateriale. Det handler om å redusere tekster til mindre ord, setninger og avsnitt, for å forsøke å forstå sammenhenger og helheten. Jeg gjennomfører da en såkalt innholdsanalyse av datamateriale for å forstå det i en større kontekst og hvordan det henger sammen. Jeg vil også si at i mitt case studie har jeg en prosessanalyse i tillegg til analyse av innhold. D.I. Jacobsen beskriver prosessanalyse som at - *virkeligheten er dynamisk, og hvor mennesker handler i en spesiell sammenheng, og som finner sted etter hverandre i tid, og som ender i et utfall (resultat).* (D.I. Jacobsen, 2022, 4 utgave s. 231)

I prosessanalyse vil det være viktig å kunne definere et resultat som kan forklares. Her har resultatet blitt definert til ønske om forbedring i tjenesten, ut fra de definerte problemstillingene organisasjonen står ovenfor, og hvor tiltak for forbedringer skal skje over et tidsrom gjennom prosessen. En vil se på de ulike hendelsene som kommer frem fra tekst i kartleggingene og undersøkelsene. Hva skjedde, hvor og når skjedde det og hvem var involvert i det som skjedde? På denne måten kartlegge hendelser som skjer i en sammenheng med hverandre over en tid, og som gjør at en går fra en status quo til en annen. (D.I. Jacobsen, 2022, 4 utgave, s. 232)



(Figur 10.9 Faser i prosessanalyse (D.I. Jacobsen, 2022, 4 utgave, s. 232)

For å unngå eller oppklare misforståelser og sikre at jeg fikk med meningen med det fokusgruppen sa, stilte jeg oppklarende spørsmål underveis i fokusgruppe arbeidet. Jeg tok notater av det de sa underveis. I arbeidet i fokus gruppen fikk gruppen i oppgave ved første samling som nevnt, å gjøre en oppgavedeling optimalt slik de ønsket det ut fra at oppgaven skulle følge kompetanse. I oppsummering i plenum gikk vi igjennom besvarelsene og hvor jeg stilte oppfølgingsspørsmål for å sikre meg riktig informasjon om den nye oppgavedelingen de beskrev. Dette ble ofte notater på blokk som jeg systematiserte i etterkant. Fokusgruppen var informert i forkant om arbeidsmetode og antall samlinger som skulle gjennomføres. Jeg hadde som nevnt totalt 4 samlinger med fokusgruppen for ansatte og 4 samlinger med fokus gruppen for ledere. Deretter en fellessamling hvor arbeidet ble presentert og hvor gruppene skulle komme frem til enighet om ny oppgavedeling.

3.9 Transkribering

Transkribering av data materiale er en strukturering av data innsamling gjennom kartlegging, intervjuer i fokusgruppene som gjøres om til skriftlig tekst for videre analyse (*Kvale & Brinkmann, 2018, s. 204-222*) Jeg transkriberte notater umiddelbart etter fokusgruppe samlingen, samt kartleggingen som ble gjort i første fase. Deretter delte jeg det skriftlige notatene med fokusgruppene, for å kvalitet sikre arbeidet som var gjort. Jeg transkriberte ordrett, men valgte å gjøre dette på bokmål for å sikre anonymitet, dersom noen skrev på dialekt som skilte seg ut. Jeg observerte også eventuelle spenninger i fokusgruppen, sikret at vi hadde en god tone, stilte spørsmål for å sikre at informasjon gruppen kom med var oppfattet riktig. Videre benyttet jeg en induktiv innholdsanalyse. All datainnsamling jeg

foretok, bestemt ut fra problemstillingen er rammen for dataanalysen. Dette er noe som beveger seg fra det manifeste (teksten/empiri) til det latente (meningen/teori). (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 216*)

3.10 Koder, kategorier og begreper

Jeg gjennomførte en mikroanalyse av tekstens deler som ord, setninger som kom frem i kartleggingen med, hvor ansatte skrev oppgaver på Post - it lapper. Deretter satte jeg opp dette systematisk i en oversikt i Excel skjema. Dette ble bakgrunnsmateriale for videre analyse av dataene. De ulike tekstene fikk derfor koder som representerte teksten. Jeg tok utgangspunkt i anvendt teori for forskningsspørsmålet og problemstillingen og lot denne danne grunnlaget for kodene og kategoriseringen, en såkalt åpen koding. Etter å ha kodet det transkriberte materiale, systematiserte jeg kodene inn i tema i et Excel-ark. Fokusgruppen fikk deretter på neste samling i oppgave å definere ny oppgave ut fra de definerte kodene/ kategorier. De gjennomførte dette på samling, hvor jeg umiddelbart satte dette systematisk opp i Excel-ark etter samlingen. Dette ble så kvalitet sikret for fokusgruppen på nytt ved neste samling. Fokusgruppe 1 (ansatt gruppen) var med å presenterte sitt arbeid for fokusgruppe 2 (leder gruppen), hvorpå de sammen kom frem til enighet om en ny oppgavedeling mellom profesjonsgruppene. Dette arbeidet dannet utgangspunkt for videre systematisk kategorisering av data materiale. (*Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 219*)

Oversikt over koder:

Kategorisering av oppgaver i koder
Oppgave for sykepleier
Oppgave for helsefagarbeider
Oppgaver som kan utføres av andre enn helsepersonell (eks. avdelingsvert/vertinne)
Oppgaver for koordinator rolle
Oppgave som må utføres av lege
Oppgave som må utføres av fysioterapeut/ ergoterapeut
Oppgave som må utføres av avdelingsleder
Oppgaven krever høyspesialisert kompetanse, eks. spesial utdannet sykepleier
Utfordringer i drift, fag og samarbeid
Idéer og tiltak for forbedring

Alle kodene dannet et bilde av virkeligheten, både slik den faktiske situasjonen i oppgavedelingen er og som forskingsgruppene opplevde den, og slik jeg som forsker tolket den. På den måten skapte den en nærhet mellom virkelighet og tolkning. Teksten som hadde fått ulike koder sammenfattet jeg inn i nye kategorier. Jeg opprettet et nytt Excel ark og

systematisert de ulike kategoriene. Hver profesjon fikk sin egen kategori og hver fikk sin egen farge.

Koordinator	Sykepleier	Helsefagarbeider	Avdelingsvert	Lege	Fysio/ Ergo
-------------	------------	------------------	---------------	------	-------------

Figur 7: Oversikt fra kategorisering ulike profesjonsgrupper

3.10 Etiske betraktninger

De forskningsetiske komiteene definerer forskningsetiske retningslinjer slik: «*Verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordringer, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet*». (Hvordan gjennomføre undersøkelser? D.I. Jacobsen. 4 utg. 2022, s. 48)

Det handler om at man tar respektfulle beslutninger og vurderinger gjennom hele forskningsprosessen, fra planlegging til gjennomføring av undersøkelsen. Jeg sørget for til enhver tid rettferdig behandling ved å ivareta informantenes rettigheter.

Mitt forskningsdesign med kvalitativ metode gjennom kartlegging og arbeid i fokusgrupper, innebar allerede før oppstart at jeg måtte ta noen beslutninger når det gjaldt innhenting av informasjon. Jeg vurderte hva jeg var i behov av for informasjon, hvem som var relevant som informant for undersøkelsen og som samtidig ivaretok anonymitet. Jeg benyttet aldri mail for å samle inn informasjon. Jeg forespurte muntlig ledere for tjenestoområde om deltagelse i undersøkelsen gjennom min rolle hos arbeidsgiver. Jeg informerte om kartleggingen og hensikten med prosessarbeidet, og om hvordan jeg ville ivareta informasjon som ble gitt.

Data materiale ble satt opp i Excel- filer osv. og ble gjort tilgjengelig for fokusgruppene underveis i hele prosessen. Ingen opptak av lydfiler ble gjort. Jeg var oppmerksom på at med dagens organisering og oppgavedeling, kunne det være misnøye ute blant ansatte, noe som også viste seg i kartleggingsfasen, hvor ansatte kom med innspill til forbedringer. I de uformelle samtalene i avdelingen blant ansatte kom også innspill på dette. Det medførte til at det var stor oppslutning i fokusgruppen møtene, når vi samlet data materiale at det var behov for forbedring i oppgavedeling og arbeidsflyten. Jeg var også klar over at mine egne holdninger og erfaringer kunne ha innvirkning og påvirkning på informantene, noe jeg var bevisst på gjennom hele forskningsprosessen. Jeg hadde fokus på at ansatte/ informantene i avdelingene og fokusgruppen skulle oppleve rammen rundt prosessen og meg som aktiv og deltagende forsker som trygg.

Jeg opplevde at informantene opplevde seg sett og ivaretatt, de delte erfaringer, opplevelser og tanker og gjorde seg refleksjoner underveis. De fortalte meg at de hadde tillit til meg og

prosessen hvor de følte seg trygge. For å unngå at informantene gjenkjennes har jeg derfor valgt å ikke avsløre data om arbeidssted, avdeling eller funksjoner.

3.11 Metodediskusjon

Case studie mitt ser jeg har både svakheter og styrker, hvor jeg som deltagende aksjonsforsker ville kunne være i fare for å påvirke resultatet. Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på dette, og erfarer at det ikke har lagt noen føringer eller demper på resultater eller informantenes svar. Dette fordi gjennom kartleggingen og prosessen kom det frem både positive og negative forhold knyttet til oppgavedeling. Min bakgrunn som sykepleier kan ha gjort det lettere å stille oppfølgingsspørsmål, da jeg har nært kjennskap til arbeidsoppgavene. Det kan også ha ført til at jeg lettere kunne forstå og tolke underveis i prosessen. Samtidig kan en forutinntatthet kunne ha bidratt til å få skjevheter i svarene fra deltagere i fokusgruppene. Jeg erfarte likevel at alle informanter uansett hvilken avdeling de jobbet i, ga tilnærmet like svar i kartleggingen. Jeg erfarte stort engasjement fra både ledere og ansatte i alle avdelinger på helsesenteret. Dette kan også ha en sammenheng med at alle ansatte ble informert av ledere om omstillings prosessen helsesenteret skulle delta i, og som ble begrunnet med mål om forbedring av dagens arbeidssituasjon. Jeg anser derfor muligheten for tvang og press for liten, da interessen var ønsket om forbedring fra deltagende parter.

Derimot var det enkelt individer som motsatte seg omstillingen, men som ble med på prosessen underveis. Motstand hos disse handlet om forståelse for hvorfor det var behov for endring og omstilling. Motstand handlet også om holdninger som at de var enig i at endring måtte skje, men hvor de var liten eller ikke deltagende i prosessen og dermed ikke fikk eierskap til endringen. I fokusgruppene var det viktig for meg at gruppen var part sammensatt med representanter som tillitsvalgt, verneombud og ansatte fra de ulike profesjonene. Funn og analyser er gjennomgått med informantene naturlig nok, da enheten var deltagende parter i omstillingen og endringen, og hvor det derfor er det liten sjanse for feiltolkninger gjort av meg. Gjennom hele omstillingsprosessen ble løsningsforslag, tiltak kvalitet sikret gjennom testmåned, hvor løsningene som fokusgruppen kom frem til ble testet og evaluert. Her kom det frem en metode hvor evalueringer og forbedringer ble gjort underveis.

4. Presentasjon av empiri og funn.

I dette kapitlet presenterer jeg empiri og funn av data innsamling fra mitt studie.

Problemstillingen er: *«Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?»*

For at jeg skal kunne komme frem til en konklusjon på problemstillingen, var det viktig for meg å kunne kartlegge hvordan nå situasjonen var på oppgavedeling, ansvarsfordeling og se på hvordan arbeidsflyten på helsehusets 3 korttidsavdelingen faktisk er. Jeg samlet inn data ved å kartlegge ulike deler av arbeidsflyten og oppgavene som utøves av de ulike profesjonsgruppene. Jeg presenterer her kartlegginger som jeg gjennomførte av «nå» situasjonen. Jeg gjennomførte også en anonym digital anonym spørreundersøkelse for å finne ut de ansattes kjennskap til eksisterende rutiner og prosedyrer. Forms i SharePoint ble benyttet som verktøy. Alle ansatte fikk samme spørreskjema uavhengig av profesjonsgruppe. Deretter gjennomførte jeg i samarbeid med fokusgruppen en kartlegging av alle oppgaver de ulike profesjonsgruppene utførte når de var på vakt. I samme kartleggingen gjennomførte jeg også en verdistrøm hvor jeg ba de ansatte notere ned tiden de brukte på hver enkelt oppgave. Jeg vil her i kapitlet presentere de funn og data som er kommet frem og deretter en analyse av data innsamlingen:

- Kartlegging av kjennskap til eksisterende rutiner og prosedyrer hos profesjonsgruppen (vedlegg 2 og vedlegg 3) sykepleier og helsefagarbeider.
- Kartlegging av oppgaver de ulike profesjonsgruppene og funksjoner utfører i løpet av en vakt. (vedlegg 4 og vedlegg 5)
- Kartlegging av tid brukt på særskilte drift og serviceoppgaver. (vedlegg 6)
- Kartlegging av utfordringer de ansatte mener de har i sin arbeidshverdag. (vedlegg 7)
- Kartlegging av hvilke ideer de ansatte hadde angående oppgavedeling. (vedlegg 8)
- Kartlegging av nullpunkts måling: Ut fra datainnsamlingen på oppgavedeling fremstod det også klart noen oppgaver hvor de ansatte brukte lang tid og hvor arbeidsflyten i oppgaven var i flere ledd. Dette gjaldt spesielt ved innkomst og utreise for pasienter og News måling. Jeg gjennomførte derfor med bakgrunn i dette en nullpunkts måling for manuell arbeidsprosess sett opp mot arbeidsflyten ved bruk av teknologi som journalsystem og digital tavle. (vedlegg 9)

- Interessent undersøkelse: Fokusgruppa gjennomførte i tillegg en interessent undersøkelse ut fra intervju guide, hvor de intervjuet kolleger (vedlegg 10 og 11)
- Anonymisert digital spørreundersøkelse som jeg ga navnet - «Si din mening», hvor de ansatte skulle svare på spørsmål ut fra tidligere beskrevet utfordringsbilde. (Vedlegg 12)
- Fokusgruppens gjennomføring av Ny oppgavedeling og organisering av personell ressurser og funksjoner

4.1 Kartlegging av kjennskap til rutiner og prosedyrer hos ansatte

For å få kjennskap til hvordan arbeidet er organisert på de 3 korttidsavdelingene på helsesenteret, var det viktig å finne de ansattes kjennskap til nåværende rutiner og prosedyrer. En kartlegging ble sendt ut anonymt på et spørreskjema. Jeg informerte alle ansatte på personalmøter osv. om at omstilling og utvikling har til hensikt å belyse og tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling, organisering og fremme kompetanseutvikling. En kartlegging av «nå» situasjonen som innebærer blant annet å få en oversikt over kjennskap til de ulike rutiner og prosedyrer som korttidsavdelingene på helsesenteret har på sitt tjenesteområde, og behov for en eventuell kompetanseheving. De tre korttidsavdelingene har høy andel sykepleier i ansatt beholdningen, samt helsefagarbeider/hjelpepleiere. De har en husvert som jobber på tvers av alle avdelingene med spesifikke oppgaver. Assistenten jobber for det meste kun på helg og er som oftest personer under utdanning som for eksempel til helsefagarbeider elever eller sykepleiestudenter. Resultat av kjennskap til rutiner og prosedyrer ved helsesenteret er:

Sykepleiere

Av totalt 48 sykepleiere svarte 30 stk., dvs. 62,5% på den anonyme kartleggingen. Jeg har valgt å belyse deler av kartleggingen i mitt studiet, hvor omtaler de med lavest skår etter følgende rangering. Lavest skår fra 0 – 10, middels skår fra 11 – 20, Høy skår fra 21 – 30. Jeg velger videre å trekke frem de med lavest skår fra 0 – 10 og som omhandler journalsystemet Profil, pasientjournal, dokumentasjon, ernæring og som viser varierende skår i kjennskap til rutinene. Her viser data innsamlingen følgende, markert med rosa farge. (vedlegg 2)

Kartleggingen viser at følgende rutiner og prosedyrer hadde sykepleiere lavest kjennskap til:

- Sjekkliste primærkontakt: Kun 6 av 30 personer hadde gått kjennskap til sjekklisten og rutinen i profil. 4 stk. kjente til den, men trengt støtte og hjelp til opplæring. 8 stk. kjente ikke til den i hele tatt og trengte full opplæring, mens 12 stk. mente den ikke var relevant for utøvelsen av deres arbeidsoppgaver.

- Legge målinger inn i graf: 9 stk. kjente godt til rutinen, 10 stk. kjente til den, men trengte støtte og hjelp til opplæring. 10 stk. kjente ikke til den i det hele tatt og trengte full opplæring, mens kun 1 stk. mente den ikke var relevant.
- Hvordan legge til tjenesten ØHD. Korttidsavdelingene samarbeider med ØHD på natt, som ligger i samme bygg. Her er den kun 7 av 30 personer som har kjennskap til hvordan legge til denne tjenesten. 8 stk. kjente til den, men trenger opplæring. 7 stk. kjenner ikke til den og trenger opplæring og 8 personer mener den ikke er relevant.
- E-læring om mottakskjøkken: Her viser data innsamlingen at det er kun 4 personer av 30 som kjenner til rutinen og har sett dette E- lærings kurset. 5 personer vet om det, men trenger støtte til å gjennomførte det og 8 personer kjenner ikke til det og trenger full opplæring. 13 personer mener det ikke er relevant.

Her finner jeg at kartleggingen viser at det var god kjennskap til rutiner for dokumentasjon i Profil, men variabel kjennskap til enkelt deler og muligheter Profil som journalsystem har. Dette viser seg i for eksempel på målinger og hvor dette skal føres, hvordan legge inn kontaktperson eller en pasient som ikke har tjenester fra før. Det var altså varierende kjennskap til rutiner i gruppen sykepleiere på muligheter i journalsystemet Profil har for dokumentasjon. Kartleggingen og ved mine observasjoner i avdelingene, viste også at det var ikke rutine for å bruke tiltaksplan i dokumentasjon i pasientjournalsystemet Profil.

Helsefagarbeidere/ Hjelpere

Av totalt 21 helsefagarbeider/hjelpere svarte 13 stk., dvs. 61,9% på den anonyme kartleggingen. Her omtaler jeg deler av kartleggingen og de med lavest skår. Lavest skår fra 0 – 5, middels skår fra 6 – 10, Høy skår fra 10 – 13. (vedlegg 2). Her viser data innsamlingen følgende lavest skår på det som omhandler Profil, pasientjournal, dokumentasjon og ernæring og som viser varierende skår i kjennskap til rutine. (Vedlegg 3)

- Sjekkliste: samtaler primærkontakt: 3 stk. kjente godt til rutinen, 4 stk. visste om den, men trengte mer støtte, 1 stk. kjente ikke til den i det hele tatt og trengte full opplæring. 5 stk. mente den ikke var relevant.
- Elektroniske meldinger: 3 stk. kjente godt til rutinen, 7 stk. kjente til den den, men trengte støtte, 2 stk. kjente ikke til den og trengte full opplæring. 2 stk. mente den ikke var relevant.

- Hvordan skrive elektroniske meldinger: 1 stk. kjente godt til den. 7 stk. kjente til den, men trengte støtte. 3 stk. kjente ikke til den i det hele tatt og trengte full opplæring. 2 stk. mente den ikke var relevant.
- Hvordan lesse elektroniske meldinger: 5 stk. kjente godt til hvordan lese e-meldinger, 5 stk. vet at den finnes, men trenger støtte og 3 stk. kjenner ikke til den i det hele tatt og trenger opplæring.
- Hvordan skrive ut pasient ved dødsfall: 2 stk. kjente til den. 6 stk. kjenner til den, men trenger støtte, 4 stk. kjente ikke til den og trenger opplæring. 1 stk. mente den ikke var relevant.
- Hvordan legge til tjenesten ØHD: Ingen kjente godt til rutinen, 2 stk. kjente til den, men trengte støtte. 4 stk. kjente ikke til den og trengte opplæring. 5 stk. mente den ikke var relevant.
- Hvordan legge inn kontaktperson: ingen kjente godt til rutinen, 3 stk. kjente til den, men trengte støtte. 6 stk. kjente ikke til den og trengte opplæring. 4 stk. mente den ikke var relevant.
- Hvordan legge inn bruker som ikke har tjeneste fra før: 1 stk. kjente godt til rutinen. 6 stk. kjente til den, men trengte støtte. 5 stk. kjenner ikke til den og trenger opplæring og 1 stk. mener den ikke er relevant.
- E-læring mottakskjøkkenet: 5 stk. kjente godt til rutinen. 4 stk. kjente til den, men trengte støtte. 1 stk. kjenner ikke til den og trenger opplæring og 3 stk. mener den ikke er relevant.

Her finner jeg at kartleggingen viser at det var god kjennskap til rutiner for dokumentasjon i Profil blant helsefagarbeider. Men på samme måte som for sykepleier, viser det seg at også helsefagarbeider har en variabel kjennskap til enkelt deler og muligheter Profil som journalsystem har. Dette viste seg i for eksempel på innhold i tverrfaglig møte, sjekkliste ved utskrivelse av pasient, primærkontaktrollen i samtale med pårørende, samt e-meldinger og lese og skrive disse. Det sist nevnte kan forklares med at oppgaven er i dag en sykepleieoppgave og hvor helsefagarbeidere sjelden eller aldri gjør denne oppgaven. Men kartleggingen viser også her varierende kjennskap til rutiner og muligheter i journalsystemet Profil har for dokumentasjon, samt at en tiltaksplan ble ikke benyttet i dokumentasjonen.

4.2 Kartlegging av oppgaver og nå situasjon.

Helsesenteret har tre korttidsavdelinger, med til sammen 72 pasientsenger. Alle ansatte og profesjonsgruppene i avdelingene skrev ned på Post-it lapper hvilke oppgaver de gjennomførte i løpet av en vakt over en 14 dagers periode. Jeg hengte opp grå papir på vaktrommene i hver avdeling, og ansatte skrev ned alle oppgaver de gjennomførte i løpet av vekten på Post-it lapper. De noterte også tiden, eks. hvor mange minutter de brukte på oppgaven. (Vedlegg 4 skjema for kartlegging av oppgaver og vedlegg 5 som viser resultat av kartleggingen)

Da 14 dager var gått samlet jeg inn alle Post -it lappene og skjematiskerte dette i en Excel-fil.



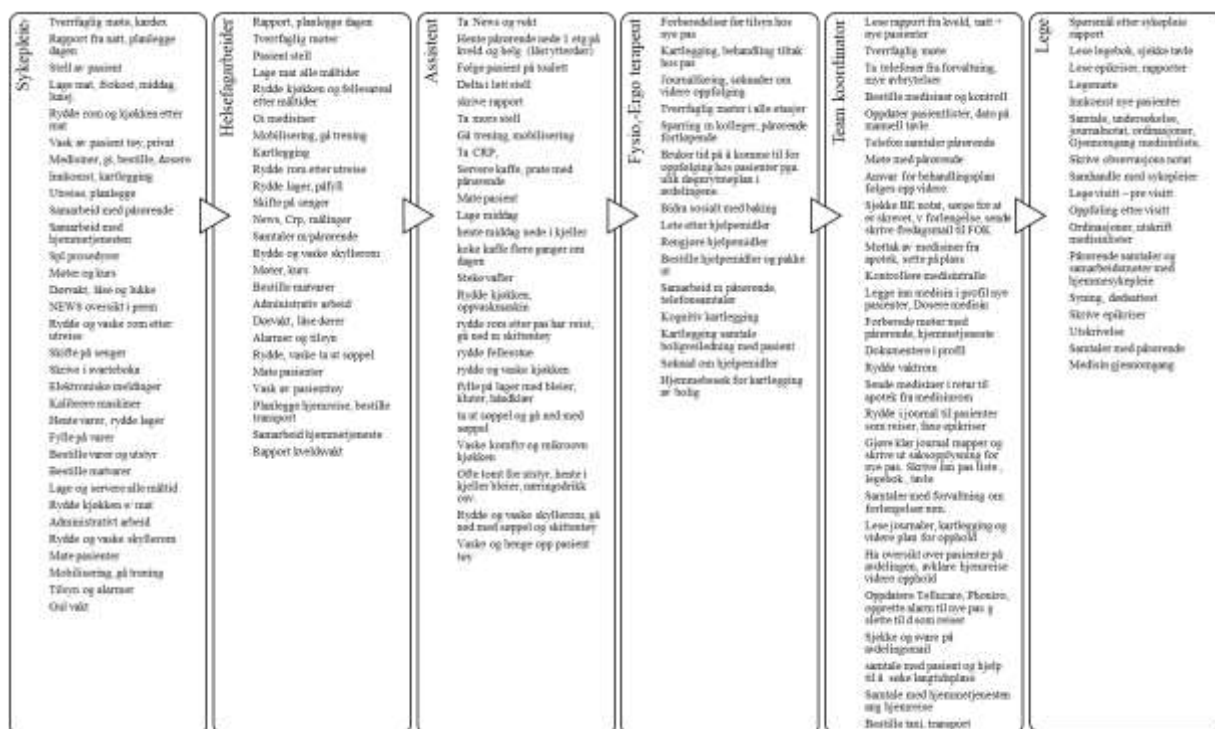
Figur 8: Bilde av kartleggingen

Kartleggingen viser følgende:

- Kartleggingen viser at alle profesjonsgruppene gjør alle de samme oppgavene, med unntak av prosedyrer og oppgaver som krevde sykepleiefaglig, lege eller fysioterapeut/ergo terapeut kompetanse. Samt at lege var ikke delaktig i pleiesituasjoner.
- Kartleggingen viser at det var ingen tydelig oppgavedeling/funksjonsfordeling mellom profesjonsgruppene i avdelingen, bortsett fra oppgaver som krevde sykepleie, lege eller fysio, - ergoterapeut kompetanse.
- Kartleggingen viser også at det var noe ventetid mellom oppgavene. Fra eks. tiden det tok fra News måling ble gjennomført, til den var dokumentert og legen fikk oversikt over den før pre-visitt.
- Kartleggingen viser også at de hadde mange beskjedbøker hvor de førte viktige huskelister og målinger. De førte målinger og beskjeder på flere steder som i:
 - o Legebok: hvor de førte inn beskjeder og huskeliste til legen.
 - o «Sorte bok»/ beskjedbok: Hvor ansatte førte beskjeder og huskeliste til neste vakt
 - o News perm: Hvor ansatte førte inn News på skjema, i tillegg til å dokumentere det i pasientjournal.

- Kartleggings skjema – egen perm.
 - Innkomst og utskrivelse – egen perm.
 - Manuell tavle: hvor de førte inn mål og tiltak og aktuelle problemstillinger.
 - Team koordinator bok: Hvor team koordinator førte beskjeder og viktige saker som skulle tas opp på tverrfaglig møte.
- Kartleggingen viser at det brukes lang tid på rapport mellom vaktene. De gjennomfører høytlesning mellom vakt skiftene, hvor team koordinator leser opp siste døgn rapport.
 - Kartleggingen viste også at det var en god del administrative oppgaver for koordinator rundt behandlingsplanleggingen rundt pasientene, og hvor personal i avdelingen var noe eller lite involvert i oppgaven. Dette var oppgaver som samarbeidsmøter med hjemmetjeneste, planlegge og koordinere utreise.
 - Kartleggingen viser også at team koordinator måtte påse og sørge for at ansatte i avdelingen fulgte opp behandlingsmål og gjennomførte tiltakene under oppholdet.
 - Kartleggingen viser at ansatte i avdelingene var varierende deltagende i hele pasientforløpet som behandlingsmål og spesielt koordinering av utskrivelse og hjemreise. Enkelte ansatte deltok i hele forløpet og enkelte overlot denne oppgaven til koordinator.
 - Ofte kaotisk på avdelingen med mye løping og henting av utstyr, forbruksmateriell. Lager i avdelingen ofte tom, hvor ansatte måtte bruke tid på å hente på hovedlager i kjeller.
 - Alle ansatte deltar i tilberedning av måltider, serverer og hjelper pasienter med måltid.
 - Alle ansatte rydder og vasker kjøkken og fellesareal etter måltider mm.
 - Alle profesjonsgrupper deltok i gjøremål som handler om skyllerom, renhold av pasienttøy, fylle på lager og lintøy, kjøkken oppgaver mm.
 - Det viser seg at alle ansatte brukte mye tid på «drift og service oppgavene, og derfor viser jeg det i egen kartlegging i neste punkt 4.3 nedenfor.

Kartleggingen synes å se ut til at oppgavedelingen mellom profesjonsgruppene er utydelig og at alle profesjoner utførte alle oppgaver. Dette med bakgrunn i at alle gjør alt, unntatt oppgaver som krever spesialisert kompetanse som for eksempel sykepleie, lege eller fysio – ergoterapeut. Den viser også at de bruker lang tid på enkelte oppgaver som rapport, oppgaver knyttet til lager. Oppgaven News måling inneholder flere ledd før oppgaven endelig er ferdig. Det viser seg også at de bruker mye tid på oppgaver som ikke direkte er knyttet til pasientkontakt, de såkalt drift og service oppgavene. De ansatte beskriver her en oppgavedeling som bidrar til mindre «flyt» i arbeidshverdagen, hvor den er utydelig og til tider er noe kaotisk.



Figur 9: Kort skjematisert oversikt over oppgaver de ulike profesjonsgruppene utførte

4.3 Kartlegging av tiden de brukte på drift og service oppgaver

Gjennom kartlegging av oppgavene alle ansatte gjorde, kom det tydelig frem at det til tider kunne være ganske kaotisk på avdelingene med mye løping og henting av utstyr som for eksempel forbruksmateriell. Det viste seg at lager var ofte tomme, hvor de måtte bruke tid på å hente utstyr på hovedlager i kjeller. Alle tilberedte måltider og serverte sine pasienter. Alle deltok i å rydde kjøkken etter måltid, rydde fellesareal, skyllerom, fyller på lager, bestille varer og fyller på varer samt generell rydding og renhold av hjelpemidler, pasientrom og fellesareal. Jeg var derfor interessert i å finne ut hvor mye tid de brukte på alle disse oppgavene gjennom en vakt. Jeg kaller disse oppgavene for «hotell oppgaver» dvs. de såkalte drift og service oppgavene, som er viktig og nødvendige oppgaver i en helseinstitusjon.

Jeg organiserte alle oppgavene i en Excel-fil og satte opp antall minutter de brukte på hver oppgave. Jeg delte inn disse drift og service oppgavene inn hovedkategorier som:

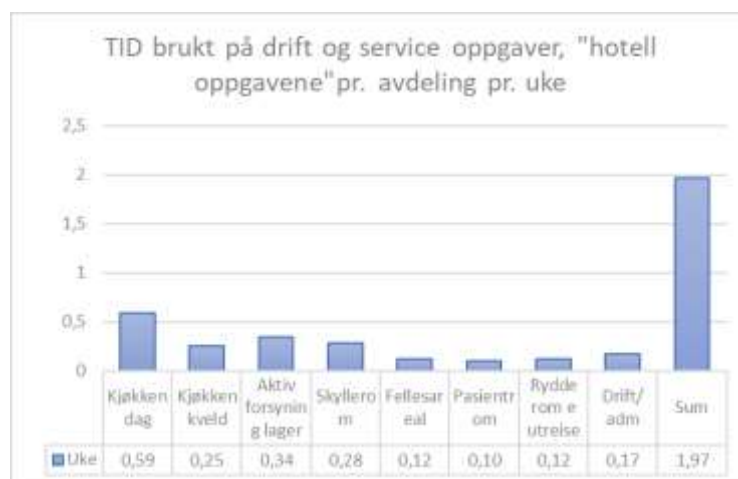
- Kjøkken oppgaver dag vakt
- Kjøkken oppgaver kvelds vakt
- Aktiv forsyning, lager oppgaver pr. vakt.
- Skyllerom pr. vakt

- Fellesareal og hjelpemidler pr. vakt
- Pasientrom pr. vakt
- Rydde pasientrom etter utreise
- Drift og administrasjons oppgaver.

Jeg systematiserte tiden de brukte under de ulike arbeidsoppgavene under hver kategori. Samt til slutt en oversikt over totalt tid på alle oppgaver gjennom dag og kvelds vakt på en avdeling og for alle 3 avdelingene pr. uke. Jeg regnet om antall minutter og hva dette ville utgjøre i antall årsverk pr. uke. (Vedlegg 6)

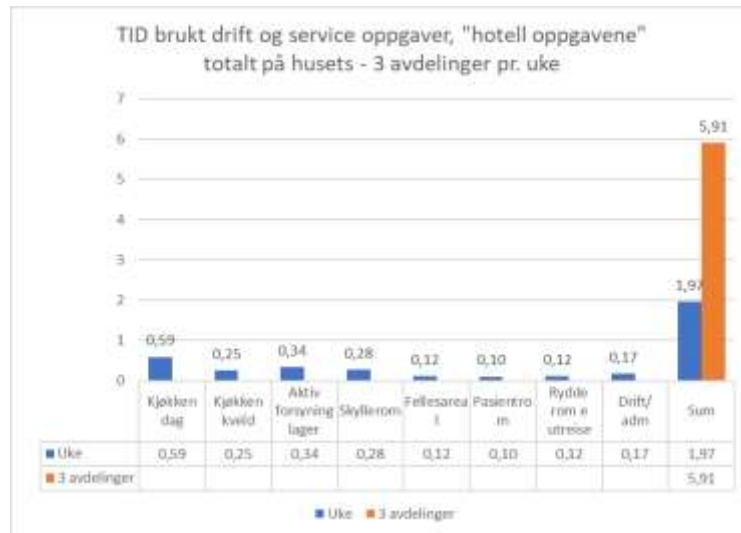
- Tid på kjøkken oppgaver på dagvakt.
- Tid på kjøkken oppgaver på kveldsvakt.
- Tid på oppgaver angående aktiv forsyning og lager oppgaver pr. vakt.
- Tid på oppgaver angående skyllerom pr. vakt
- Tid på oppgaver angående fellesareal og hjelpemidler pr. vakt
- Tid på oppgaver angående pasientrom pr. vakt.
- Tid på oppgaver angående rydding av pasientrom etter utreise pr. vakt
- Tid på oppgaver angående drift og administrative oppgaver pr. vakt

Jeg regnet ut denne tiden og hva den ville utgjøre i antall årsverk for en avdeling pr. uke. Det er tre grupper pr. avdeling. De brukte totalt 1,97 årsverk i tid pr. avdeling pr. uke på alle disse drift og service oppgavene, eller de såkalte «hotell oppgaver». Skjematisk fremstilt her.



Figur 10: Tid brukt på drift og service oppgaver på en avdeling

Alle tre avdelingene på helsesenteret utførte denne organiseringen av disse såkalte «hotell oppgavene» på lik måte. Derfor ønsket jeg å se hvor mye tid de brukte totalt på husets 3 avdelinger, og satte dette opp i en oversikt som vist nedenfor.



Figur 11: Tid brukt på drift og service oppgaver for hele helsehuset

Utrekningen viser tiden de bruker på alle tre korttidsavdelingene på huset på drift og service oppgavene, som utgjør totalt 5,91 årsverk pr uke for tre avdelinger totalt for hele helsesenteret. Kartleggingen viser meg her, og som underbygger det jeg fant i kartlegging av oppgaver hvor alle profesjoner gjør alle oppgaver, lite effektiv bruk av kompetanse. Oppgavedelingen her bidrar da lite til å fremme god og effektiv bruk av kompetanse.

4.4 Kartlegging av hvilke utfordringer ansatte har.

Jeg ga de ansatte en oppgave med å si noe om hvilke utfordringer de ansatte mente de hadde i sin arbeidshverdag. Denne oppgavene ble gjort på samme måte, hvor de noterte ned på Post – it lapper de utfordringene de mente de hadde. Oppgaven ble gjort samtidig i 14 dagers perioden hvor de ansatte skulle notere ned arbeidsoppgaver de hadde, og tiden de brukte på oppgaven på hver vakt. På denne måten ble også dette anonymisert da de ikke noterte navn på lapper, men kun utfordringer som de ønsket å belyse og ta opp. Det kom inn en rekke svar og hvor jeg kategoriserte svarene i drift, fag og samarbeid. Etter gjennomføring av kartlegging kom følgende frem fra de profesjonsgruppene på helsesenteret. (Vedlegg 7)

Kartleggingen her tolker jeg som at det er sterkt behov for forbedringer på flere områder på korttidsavdelingene på helsehuset. Ansatte uttrykker gjennom kartleggingen at det er behov for en mer tydelig oppgavedeling, ønske om bedre rutiner for samhandling, ønske om felles døgnrytmeplan for alle tre avdelingene, bedre rutiner for dokumentasjon og bedre bruk av spesialkompetanse med mer. Ansatte uttrykker også at oppgaver som er faglig spennende vil være en motivator i rekruttering av nye medarbeider. Her viser kartleggingen at en enda mer tydelig oppgavedeling og organisering av kompetanse vil kunne gi en positiv effekt i denne

sammenheng. Med tanke på faglig robusthet, arbeidsflyt i avdelingen vil også en oppgavedeling tydeliggjøre en bedre og riktig bruk av kompetanse.

4.5 Kartlegging av ideer fra ansatte.

I kartleggingen av oppgaver på Post – it lapper, fikk ansatte også en «kolonne» hvor de kunne notere ned alle ideer de har i forhold til forbedringer som de mente var viktig. Denne kartleggingen foregikk samtidig med oppgavekartleggingen i 14 dagers periode. Her presenterer jeg funn fra kartlegging og hvor jeg har 2 kategorier; drift og fag. (vedlegg 8)

Her gir de ansattes selv forslag til løsninger som kan gi en mer effektiv og god bruk av kompetanse. De synligjør her at ved å ha andre hender til særskilte oppgaver, vil friggi tid til oppgaver som er i direkte pasientkontakt. I tillegg gir de uttrykk for at det er ønskelig at spesialkompetansen benyttes fleksibelt, hvor de ga uttrykk for mer fleksibel bruk av kompetansen på tvers av alle 3 korttidsavdelingene. Dette underbygger også med kartleggingen av utfordringene som de nevnte, at de ikke fikk brukt kompetansen sin på oppgaver som de er utdannet til. De har også forslag til forbedringer som omhandler rutiner og prosedyrer, for eksempel forbedring av skjema, registrering av målinger i pasientjournalssystemet Profil, bedre møtekultur for innhold på tverrfaglige møter, bedre samhandlingsrutiner mellom profesjonsgruppene.

4.6 Nullpunkts måling av rutiner ved ankomst av ny pasient

Kartlegging jeg utførte på oppgaver alle ansatte gjennomførte, viste at de førte målinger blant annet på flere ulike steder. De førte målinger News i legebok, i pasientjournalen Profil og på News³ ark i News perm. I tillegg førte de News målingen også ulikt på flere steder i pasientjournalen under ulike kategorier. Noen under kategori målinger, andre i egen rapport under egen kategori som eksempel smerte. Dette medførte at det var uoversiktlig å finne informasjon om vitale målinger News i pasientjournalen, og at det ofte kom for sent frem til pre-visitt i møte til legen. I tillegg gjorde de en rekke oppgaver knyttet til innkomst av ny pasient og ved utreise. Dette ble også dokumentert på ulike steder i pasientjournalen. Dette medførte at de skrev en rekke beskjeder i «sorteboken»/ beskjedboken til neste vakt.

³ News måling er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke personer, som pustefrekvens, hjerterefrekvens og oksygeninnhold i blodet, de såkalt vitale parametere. Syke personer som har verdier utenfor normalverdi på en eller flere parametere, kan omtales som ustabile og vil ha behov for mer intensivt medisinsk overvåkning.

Ut fra dette var jeg interessert i å vite hvor mye tid de ansatte brukte på oppgavene ved innkomst av ny pasient, samt hvor mange personer som var involvert i arbeidsflyten og ikke minst innholdet i aktiviteten. Jeg utførte derfor en såkalt nullpunkts måling hvor jeg satt opp alle oppgavene i arbeidsprosessen for innkomst av ny pasient inklusiv News måling for både sykepleier/ helsepersonell og legen. (vedlegg 9)

Siden enheten hadde diskutert innføring av digital tavle, målte jeg aktiviteten innkomst ny pasient og News måling manuelt opp mot innføring av digital tavle funksjon. Jeg var interessert i finne ut gevinster som spart tid, unngåtte kostnader og kvalitet på oppgaven. (Vedlegg 9)

Beskrivelse av dagens manuelle løsning og oppgaver knyttet til innkomst av ny pasient:

1. Sykepleier: Ved dagens oppgaver angående innkomst ny pasient og manuell måling av News brukte sykepleier totalt 115 minutter daglig pr. vakt. Jeg tok et utgangspunkt i at de i snitt har 3 nye pasient innkomster daglig. For hver ny pasient som ankom avdelingen inneholdt oppgaven følgende aktiviteter:

- Beskjed om ny pasient, informere de andre på avdelingen om ny pasient
- Gjøre klar innkomst perm med pasientinformasjon og innkomst skjema
- Hente pasient informasjon i profil/ pasientjournal som fylles ut på innkomstskjema
- Skrive opp pasient i legebok, oppdater pasientliste, oppdatere manuell tavle/ White Board-tavle.
- Registrere manuelle sjekklister inn i profil (f.eks. drikke liste) pr. døgn
- Ta kopi av News ark til News perm.
- Ta News x 2 v /innkomst, føres på tre plasser; legebok, i News perm og i pasientjournalen Profil.
- Registrere blodprøvesvar i News perm og i profil.

2. Legen: Ved dagens oppgaver ved innkomst ny pasient og News måling brukte legen 45 minutter daglig pr. vakt. Utgangspunktet er også her i snitt 3 nye pasient innkomster daglig. For hver ny pasient som ankom avdelingen inneholdt oppgaven følgende aktiviteter:

- Ringe å informere om ny pasient
- Finne ut pasientstatus når lege ikke er fysisk til stede på avdelingen
- Forordne behandling i pasientjournalen Profil og notere det på White Board-tavle og i News perm.

Den totale tidsbruk ved innkomst av nye pasienter og aktiviteter i forhold til ny pasient utført av sykepleier/ helsepersonell og lege, utgjorde til sammen pr. år 11,07 årsverk i tid. Et betydelig tidsbruk samlet sett. Skjema under viser beregning av tid og årsverk. (Vedlegg 9)

TID brukt pr år omregnet i årsverk på dagens manuelle løsning (på en avdeling)							
Sum spl		Min pr oppg.	Min uke	snitt x 3 avdelinger	Min År	Timer pr år	Årsverk
SUM min spl pr vakt/skjer gj snitt x 3 pr vakt		115	805	2415	881475	14691,25	7,958423619
Sum min lege pr vakt/skjer gj snitt x 3 pr vakt		45	315	945	344925	5748,75	3,114165764
Sum						20440	11,07258938

Figur 13: Beregning av tid omregnet i årsverk

Beskrivelse av oppgaver knyttet til innkomst av ny pasient med innføring av digital tavle:

1. Sykepleier: Med en innføring av digital tavle vil oppgaven; innkomst ny pasient og manuell måling av News vil sykepleier bruke 19 minutter daglig pr. vakt. Jeg tok et utgangspunkt i at de i snitt har 3 nye pasient innkomster daglig. For hver ny pasient som ankom avdelingen inneholdt oppgaven følgende aktiviteter med innføring av digital tavle:

- Få pasient opp på digital tavle i sann tid.
- Kunne sende varsel til de ansatte om ny pasient ved bruk av digital tavle.
- Kan bruke sjekklister for innkomst på tavla (slippe å skrive ut og manuelt føre på f.eks. persondata, pårørende info etc.)
- Får alt informasjon opp på digital tavle automatisk etter oppdatert lister.

Aktiviteter som utgår ved innføring av digital tavle for sykepleier:

- Registrere manuelle sjekklister inn i profil (f.eks. drikke liste) pr. døgn.
- Ta kopi av News ark til News perm.
- News x 2 v /innkomst, føres på tre plasser; legebok, i News perm og i profil
- Registrere blodprøvesvar i pasientperm og i profil.

2. Legen: Med en innføring av digital tavle vil oppgaven; innkomst ny pasient og manuell måling av News, vil legen bruke 12 minutter daglig pr. vakt. Jeg tok et utgangspunkt i at de i snitt har 3 nye pasient innkomster daglig. For hver ny pasient som ankom avdelingen inneholdt oppgaven følgende aktiviteter med innføring av digital tavle:

- Kunne få pasienten opp på Digital tavle i sann tid. Forkorte telefonsamtalen og blant annet slippe å gjengi personalia.

Aktiviteter som utgår ved innføring av digital tavle for legen er:

- Finne ut pasientstatus når lege ikke er fysisk på avdelingen.
- Forordne behandling i Profil og notere det på White Board-tavle og i pasientperm.

Her viser kartleggingen at med en innføringa av digital tavle kan synes å bidra til å forenkle hele arbeidsflyt og innhold i oppgaven. Tidsbruk ved innkomst av nye pasienter og aktiviteter i forhold til ny pasient utført av sykepleier/ helsepersonell og lege, utgjorde til sammen pr. år 2, 14 årsverk. Skjema under viser tid ved bruk av digital tavle. Her kan det synes som å gi gevinst i forhold til spart tid ved innføring av digital tavle på opptil 8,9 årsverk i tidsbruk.

Tid brukt pr. år omregnet i årsverk ved innføring av digital tavle							
Sum spl		Min pr oppg.	Min uke	snitt x 3 pr dag	Min År	Timer pr år	Årsverk
SUM min spl pr vakt		19	133	399	145635	2427,25	1,314869989
Sum min lege pr vakt		12	84	252	91980	1533	0,830444204
Sum						3960,25	2,145314193

Spart tid			Årsverk manuell	11,07258938
			Årsverk digital tavle	2,145314193
Sum spart tid beregnet i antall årsverk pr avdeling				8,92727519

Figur 12: Spart tid ved bruk av digital tavle.

Det er ut til å gi en betydelig gevinst av unngåtte kostnader årlig, med bakgrunn i hvor mye tid en sparer på aktiviteter og oppgaver knyttet til innkomst av ny pasient. (vedlegg 9) Det kan også se ut til å gi gevinst i forhold til kvalitet på tjenesten hvor målinger utføres i sann tid gjennom blant annet: mindre mulighet for avvik og feil, rask og effektiv samhandling mellom ansatte, raskere samhandling med forvaltningskontor og mindre tid på telefonsamtaler, pasientens personalia vil bli synlig på den digitale tavle i sann tid.

4.7 Interessent undersøkelse medarbeidere.

Fokusgruppen gjennomførte en intersent undersøkelse hvor de intervjuet sine kolleger. De fikk utdelt en dialog intervju guide og intervjuet 6 kolleger i hver avdeling, totalt 18 ansatte. De noterte svar på skjema som de fikk utdelt. (vedlegg 10) Jeg har valgte 4 hovedkategorier som informasjon, drift, samarbeid og organisering. Interessentene kunne også komme med kommentarer i et åpent felt.

Kartleggingen viser at det er behov for forbedring for informasjonsflyt, informasjonskanal til tross for at flesteparten vet å finne frem til den informasjonen de trenger. De svarer også på at oppgavedelingen er lite tydelig, som begrunner de foregående kartleggingene. Kartleggingen viser også at samarbeid mellom avdelingene kan bli bedre, samt også struktur og innhold på tverrfaglig møte.

Ansatte kommenterte i åpent felt følgende: Behov for et system og oppslagsverk der det er enkelt å finne frem. Ønskelig at å både få informasjon og innhente informasjon kan bli mer

digitalt og mindre bruk av papir og permer. De opplevde også å få mye informasjon på mail og ønsket et system hvor det er lett å finne frem og som er lett tilgjengelig. De svarte også at de opplevde å ha godt samarbeid på sin avdeling, men at det var færre som opplevde at det i noen grad var godt samarbeid mellom avdelingene. 50% svarte at de følte de hadde tid til sine oppgaver, men kun 30% svarte at oppgavene var tydelig fordelt mellom profesjonsgruppene. I tillegg svarte 50% at de hadde oppgaver som ikke direkte var knyttet til profesjonsoppgaver, og 30% svarte at en del oppgaver ikke direkte var knyttet til direkte pasientkontakt. 50% svarte at oppgavene var i noen grad godt organisert. 20% svarte at de syntes tverrfaglig møte i noen grad var godt organisert, 10% i liten grad og 30% i stor grad. 40% svarte at de ønsket kompetanseheving på ulike oppgaver og ferdigheter. (vedlegg 11)

4.8 Si din mening – en anonym digital undersøkelse.

I tillegg til den interessant undersøkelsen hvor fokusgruppen intervjuet kolleger i avdelingen, ønsket jeg å få informasjon fra alle ansatte. Jeg stilte noen av de samme spørsmålene og noen nye. Spørreskjema ble sendt ut digitalt på forms i SharePoint og alle svar var anonyme. Jeg brukte QR kode som jeg hengte opp på vaktrommet. Det var 35 stk. som svarte av 69 faste ansatte. De som har helge stilling ga ingen svar. Jeg kalte undersøkelsen; Si din mening! Her viser kartleggingen at alle ansatte bruker tid på oppgaver som renhold, tilberedning og servere mat, skyllerom mm. Som også begrunner den tidligere kartleggingen av oppgaver. De mener også at spesialkompetansen kan brukes mer fleksibelt mellom avdelingen, samt at enkelt oppgaver kan med fordel forenkles, for eksempel dokumentasjon av News. De ønsker også mer at oppgavene er mer knyttet til sin kompetanse, samt bedre struktur og organisering som er felles for huset. De benytter i dag ikke en felles døgnrytmeplan eller tiltaksplan for dokumentasjon i Profil.

Dette underbygger også kartleggingen fra utfordringene, hvor de forteller at dette medfører ventetid for fysio, - ergo terapeut, og at de bruker lang tid på å finne hvor for eksempel målinger er ført i pasientjournalen Profil. Samt at det er uheldig at det ikke benyttes en felles tiltaksplan i dokumentasjon i journalsystemet. Hele 49% svarer her at de sjelden hjelper hverandre mellom avdelingene, og at noe av årsaken er frykt eller stress knyttet til ulike rutiner og oppgaver i de 3 avdelingene. Det avklares også i kartleggingen verktøysfunksjoner som finnes i pasientjournalen Profil ikke benyttes maksimalt. (vedlegg 12)

4.9 Kompetansekartlegging.

Fokusgruppen gjennomførte en modell for kompetansekartlegging, såkalt trafikklysmodellen, som sier noe om du mestrer godt, mestrer noe og trenger støtte eller mestrer lite og trenger opplæring. I denne ble alle prosedyrer og rutiner for de ulike profesjonsgruppene satt opp. Fagsykepleier på helsesenteret gjennomførte en kartlegging av alle ansatte etter denne modellen. Den ble utgangspunktet for kompetansehevingstiltak for de ansatte. (vedlegg 20 og 21)

	KOMPETANSEKARTLEGGING				
Navn ansatt:	Rutiner og prosedyrer	Mestrer godt	Mestrer noe, trenger støtte	Lav mestring, trenger opplæring	Ikke relevant

Figur 13: Skjema kompetansekartlegging

4.10 Ny oppgavedeling og organisering av kompetanse og funksjoner.

Gruppen med ledere besluttet å se på løsningsmodeller hvor de ønsket å se på

- Hvordan organisering av personell kunne gjøres ut fra ny oppgavedeling?
- Er det mulig å se på hvordan drift og service oppgavene kan løses med bruk andre «hender» enn helsepersonell?
- Hvordan kan vi organisere kompetanse med mål om mer fleksibel bruk av kompetansen på tvers av avdelingene, og hvor spesial sykepleiere og deres kompetanse kommer til nytte på tvers av alle 3 avdelingene?

Leder gruppen hadde på dette tidspunktet besluttet å omtale huset som «ett hus» hvor avdelingene samarbeidet om kompetansen på hele huset og ikke avdelingsvis. Fokusgruppen ansatte fikk i oppgave å skulle utarbeide forslag til en ny modell for organisering av kompetanse og funksjoner.

Gevinster fokusgruppen skal se etter med ny oppgavedeling og ny organisering av funksjoner:

- Oppgavedeling med rett kompetanse knyttet til rett oppgave.
- En mer effektiv og fleksibel organisering av personal ressurser i utførelsen av arbeidsoppgavene.
- Skape et robust fagmiljø som skal gi mer fleksibel bruk av kompetansen på tvers av de 3 avdelingene.
- Spart tid i forhold til organisering og utførelse av drift og service oppgavene.

- Frigjøre tid til særskilte oppgaver som krevde spesialkompetanse som sykepleier, lege og fysio – ergo terapeut.

Fokusgruppen ansatte gjennomførte en ny oppgavedeling. Hovedfokuset for ny oppgavedeling, var å se på hvem gjør hvilke oppgaver, hvilke oppgaver kan overføres til annet helsepersonell, hvilke oppgaver kan andre enn helsepersonell utføre, hvilke oppgaver kan forenkles, slås sammen. Hvilke oppgaver kan vi slutte med og finnes det oppgaver som f.eks. teknologi kan bidra med for bedre arbeidsflyt. Hensikten var å komme fram til hva slags kompetanse er nødvendig for å utføre oppgaven, minimere sløsing og fleksibel bruk av kompetanse. Gjennom dette arbeidet var det fokus på at kompetansen og særlig høy spesialisert kompetanse (som sykepleier, spesialsykepleiere, fysio – ergoterapeut) skulle nyttes på tvers av avdelingene.

Videre ut fra den nye oppgavedelingen kom gruppen fram til en ny modell for organisering av personell ressurser, funksjoner og kompetanse på helsesenteret. Fokusgruppen kom frem til følgende forslag:

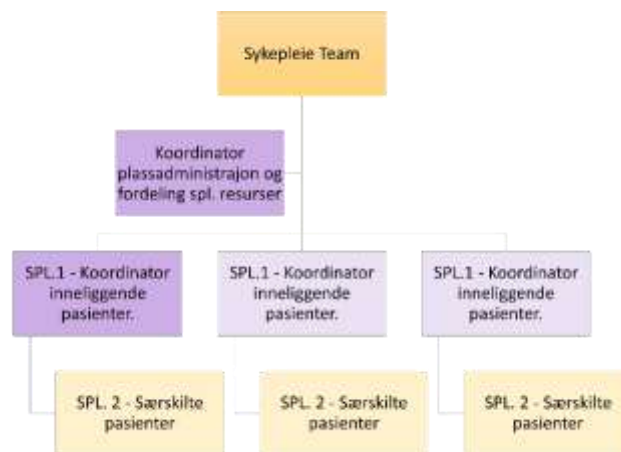
Etablere kompetanseteam hvor det var ulike profesjonsgrupper og funksjoner som deltok og som hadde særskilte oppgaver og følge opp særskilte caser som ernæring, sår, terminal pleie osv. Disse skulle jobbe på tvers av alle avdelinger.

Videre at de som jobber i avdelingen var ansvarlig for den daglige drift, kartlegging og behandling av pasienter. Gruppen ville etablere en ny rolle som de kalte avdelingsvert som kulle spesielt ha oppgaver knytte til de såkalte drift og service oppgavene. Fokus gruppen presentere den nye modellen for gruppen med ledere. Gruppen med ledere kommer med sine innspill til løsningsforslag. Deretter kom gruppene sammen frem til et løsningsforslag. Dette løsningsforslaget ble etter noen uker vedtatt at de skulle implementere i en test fase frem til en eventuell driftsfase. Nedenfor vil jeg presentere den nye oppgavedelingen og ny modell for organiseringa av personalressurser og funksjoner.

4.11 Sykepleieteam.

Fokusgruppene kom frem til et felles løsningsforslag og det ble etablert en modell for sykepleieteam på dag og kveldsvakt, bestående av tre team koordinatore og tre sykepleiere i teamet. Sykepleieteamet som har ansvar for definerte oppgaver. Alle sykepleiere skulle delta i sykepleieteamet og etablert da i en tankegang om kombistillinger hvor de jobber 60-70% i sin primæravdeling og 30-40% i sykepleieteamet. Når sykepleier var i sykepleieteamet, skal fordelingen av kompetansen følge behov for kompetansen knyttet til pasientene uavhengig av

avdeling. Dette for å skape en fleksibel bruk av kompetansen på tvers av alle 3 avdelingene. Team koordinatorene fikk utvidede oppgaver knyttet til samhandling og plass administrasjon i samarbeid med forvaltningskontoret, for hvilken avdelingen pasientene skal tildeles, og fordeling av sykepleierressurser knyttet til behov for kompetanse pasientene hadde behov av. Sykepleier 2 var nå en funksjon som skulle ha ansvar for særskilt krevende pasienter, som var i behov av spesialkompetanse som for eksempel lindring, ernæring mm. Funksjonen skal sikre behandlingsmål og flyt i pasientforløpet.



Figur 14: Organisering sykepleieteam

Her er en skisse for oppgavedelingen for sykepleieteam. (vedlegg 13 og 14)



Figur 15: Oppgavedeling funksjoner i sykepleieteam

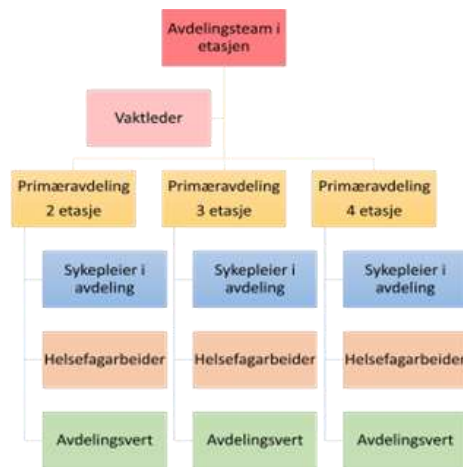
Sykepleieteamet har tre ulike funksjoner:

- Koordinator plassadministrasjon,
- Koordinator inneliggende pasienter /SPL1
- Sykepleier særskilte pasienter / SPL2.

Koordinatorrollen plassadministrasjon rullerer hver 3 uke på de tre team koordinatorene. Det betyr at de har en utvidet funksjon for plassadministrasjon i tillegg til koordinere inneliggende pasienter hver 3 uke. (Vedlegg 13)

4.12 Avdelingsteam.

Fokusgruppene kom frem til et løsningsforslag hvor det ble etablert avdelingsteam, bestående av helsefagarbeider, sykepleier og ny funksjon avdelingsvert. I avdelingsteamet ble det bestemt at primærkontaktrollen skulle etableres. En ny oppgavedeling knyttet til de ulike funksjonen i avdelingsteamet ble lagt frem. Team koordinatrorollen er plassert i sykepleieteamet, men vil fungere som koordinator for inneliggende pasienter. Den nye funksjon «avdelingsvert» skal primært ha de såkalte drift og service oppgave, og funksjonen ble etablert på dagvakt i hver avdeling. Dette er personer som ikke har helsefaglig kompetanse.



Figur 16: Organisering avdelingsteam

Her en skisse for oppgavedeling i avdelingsteam. (Vedlegg 13 og 14)

The table, titled 'AVDELINGSTEAM', is a grid with four columns and multiple rows. The columns are color-coded: light blue, light red, light orange, and light green. Each cell contains a list of tasks or responsibilities assigned to that specific role and ward. The tasks are organized into a structured list within each cell, detailing various aspects of patient care, administrative duties, and service tasks.

Figur 17: Oppgavedeling funksjoner i avdelingsteam

Avdelingsteamet har tre funksjoner:

- Sykepleier
- Helsefagarbeider
- Avdelingsvert.

I tillegg skal helsepersonell i avdelingsteam utføre primærkontaktrollen i sine oppgaver. (vedlegg 14). Dette ble nå organisert som primærteam i avdelingene.

4.13 Samhandling mellom sykepleieteam og avdelingsteam

Neste steg for fokusgruppen var å utarbeide nye rutiner for samarbeid og samhandling mellom teamene. Skulle helsesenteret lykkes med den nye modellen var det viktig at alle var klar over hvilke oppgaver de skulle utføre ut fra funksjon de hadde. Gruppen avklarte tidlig forbedringspotensialet for dokumentasjon og informasjonsflyt. Og et viktig oppgave var å redusere antall steder eller beskjed bøker de noterte beskjeder i. Vi koblet på rådgivere i kommunen som arbeidet med pasientjournal systemet Profil og kom raskt frem til mulighetsrommet i Profil. Dette førte til at alle beskjedbøker, news perm, perm for kartlegging innkomst og utreise kunne man kutte ut. News kunne føres direkte inn i pasientjournalen og i sann tid. Samt kommunikasjon via mail forsvant, hvor nå henvisninger ble gjort i Profil til fysio – ergoterapeut. Det ble også opprettet viktig informasjon til lege under kategori «Til Pre – visitt» og legen skrev forordninger i kategori «Etter – Legevisitt». Arbeidet ble presentert i en egen håndbok for rutiner, med den hensikt at det skulle være hjelpemiddel i implementeringsfasen. Jeg presenterer de nye rutiner for samhandling i neste punkt.



4.14 Nye rutinebeskrivelser for samhandling

Fokusgruppen med ansatte utarbeidet rutinebeskrivelser for de ulike funksjonene i teamene. I sykepleieteamet ble det utarbeidet rutinebeskrivelser for de ulike funksjonene.

- Koordinator plass administrasjon og vaktleder sykepleieteam,
- Sykepleier 1 – Koordinator inneliggende pasienter (Spl.1)
- Sykepleier 2 - sykepleier særskilte pasienter

I avdelingsteam ble det utarbeidet rutinebeskrivelser for funksjonene:

- Helsefagarbeider/ Hjelpepleier i avdelingsteam

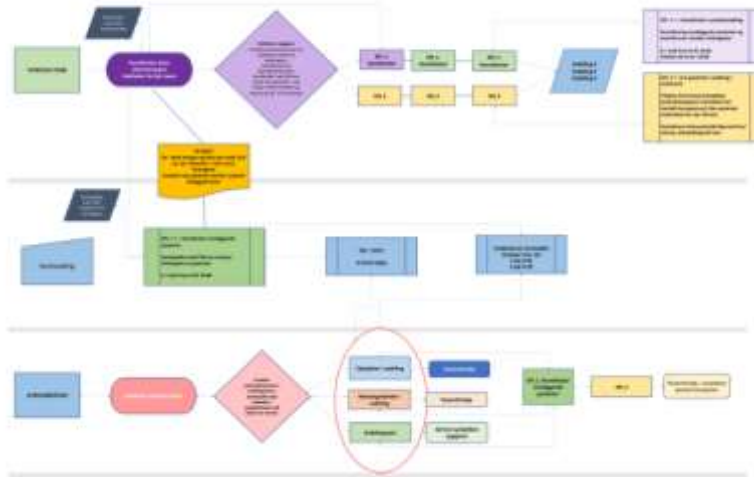
- Sykepleier i avdelingsteam
- Primærkontakt og sekundærkontakt i korttidsavdeling
- Avdelingsvert i korttidsavdeling

Rutinebeskrivelser for samhandling i pasientjournalen Profil.

- Bestilling til sykepleieteam og samhandling med avdelingsteam gjennom huskelapp funksjon i journalsystemet Profil. Denne benyttes for hvilke pasienter sykepleieteamet har ansvar for. De skulle betjene minimum 12 pasienter pr. vakt. Koordinator inneliggende pasienter har ansvar for denne fordeling av pasienter til sykepleieteamet. Alle koordinatorene hadde en «de-brief» møte daglig for vurdering av pasienter, både inneliggende og nye pasienter.
- Beskjeder ble skrevet etter rutine i Profil/ journalsystemet under kategori «Til Pre-Visitt» og «Etter – legevisitt» i Profil. Denne rutinen erstatter da legebok og «sorte» beskjed bok. Nå skrev helsepersonell beskjeder til legen under pre-visitt, og legen noterte beskjeder, forordninger mm. under etter legevisitt. Dette både forenklet og effektiviserte oppgaven både for lege og helsepersonell.
- Henvising til fysio, - ergoterapeut ble nå skrevet under en nyopprettet kategori i Profil/ pasientjournalsystemet. Koordinator skrev henvising her i profil, og fysio, - ergoterapeut skrev under kategori for videre oppfølgingsplan for pasienten slik de har gjort tidligere. Denne rutinen erstattet da en egen mail de brukte til dette tidligere. Nå kunne alle følge dette i journalsystemet for pasienten i tiltaksplanen. Det kan synes som at rutinen ga høyere kvalitet og kontinuitet på tjenesten, og mer oversiktlig for personalet.
- Rutinebeskrivelse for tverrfaglig tavlemøte ble også utarbeidet med mål og agenda for møte, hvor de gjennomgikk pasientene. Her fikk de «luket» vekk utenomstakk eller flere som gjentok samme ting rundt pasienten. Etter simulering av ny struktur og innhold i møte ga personalet tilbakemelding på at det ble mer målrettet og struktur i møte.
- Huskelapp funksjon for legene. Legene har vært vant til å notere i legebok saker de må huske på frem i tid for pasienten for seg selv, og i samhandling sammen. Rutine for huskelapp i profil ble derfor opprettet, slik at alle legene kunne samhandle rundt pasienten i «huskelapp» funksjonen.

Flytskjema samhandling mellom sykepleieteam og avdelingsteam:

De ble utarbeidet et flyt skjema som skulle vise samhandlingen mellom teamene. Her vises en skisse.



Figur 18. Flytskjema samhandling mellom teamene

4.15 Døgnrytmeplan

Fokusgruppen utarbeidet en døgnrytmeplan for alle tre avdelingene. Dette med bakgrunn i at det var ulike tider for måltider og andre rutiner i de tre avdelingene. Når en nå skulle tenke hele huset under ett og sykepleierteamet skulle jobbe på tvers av alle avdelinger var det nødvendig med en felles døgnrytmeplan. (Vedlegg 15)

4.16 Tiltaksplan for dokumentasjon i profil

Fokusgruppen utarbeidet også tiltaksplan med hovedkategorier for dokumentasjon. Dette med bakgrunn i at personalet ikke hadde enighet om hvor ting skulle føres i pasientjournalen. Dette førte selvsagt til at de måtte lete en god del før de fant informasjon. For eksempel så førte de under kategori observasjon uansett om det handlet om smerter eller ernæring. Nå skulle de føre observasjoner under kategori smerte dersom det var dette saken handlet om. (vedlegg 16)

4.17 Opplæring og simulering

Det ble utarbeidet en plan for opplæring og simulering av de nye rutinene for samhandling. Det ble utnevnt ressurspersoner for dokumentasjon i journalsystemet etter den nye tiltaksplanen. Disse fikk et eget kurs hvor som angikk tiltaksplan og nye rutiner for samhandling i journalsystemet Profil. Ressurspersonen skulle gi 1 til 1 opplæring i

avdelingene. Alle ansatte fikk også gjennom informasjons møte opplæring i de nye rutinene for samhandling. De startet med å innføre en rutine om gangen. De begynte med henvisning til fysio, - ergoterapeut, rutinen for tverrfaglig møte, huskelapp funksjon for legene, rutinen til pre- visitt og etter pre-visitt. I tillegg gjennomførte de felles døgnrytmeplan og dokumentasjon etter den nye tiltaksplanen.

Det var behov for å øve eller simulere ulike rutiner med «de-brief» i etterkant.

Utviklingssentres for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT) ble derfor kontaktet for å gjennomføre simuleringsovelser. Det ble gjennomført i 4 grupper fordelt på 4 ulike dager. Tema som det ble øvet på var tverrfaglig møte og ernæring. I tillegg ble det organisert et simuleringsrom med pasientseng og «dokker» for ferdighetsøving på prosedyrer. Vi fikk hjelp av utviklingscenteret for sykehjem for lån av dokker. Ansatte hadde da ferdighetstrening på følgende prosedyrer.

Simuleringsøvelser – ferdighetstrening prosedyrer	
Prosedyrer Sykepleiere	Prosedyrer Helsefagarbeidere
Legge venflon, PVK	Legge Kateter kvinner
Nasal sonde	Engangskateterisering
PIC line, CVK: steril prosedyre stell mm	Ernæringssonde – Å gi sondemat
Nefro stomi	Blære skanne
Pleura dren	Blæreskylling
EKG	

Figur 19: Ferdighetstrening prosedyrer.

4.18 Test – måned med sjekkpunktmøte og forbedringstavle

Den nye organiseringsmodellen med sykepleieteam og avdelingsteam skal testes over en månedstid for tilpasning til ny driftsmodell. Oppstart av ny driftsmodell skal skje ved årsskriftet og januar 2024. Det ble opprettet et sjekkpunkt med forbedringstavle i åpen sone i en avdeling, hvor ansatte i lunsjen skulle delta i forbedringer og justeringer. De skulle igjen benytte metoden Post-it lapper. Forbedringstavlen inneholdt mål for omstillingen og punkter for evaluering og justering. De noterte hva som fungerte bra og hva som det var behov for forbedringer. Jeg var til stede daglig de tre første ukene av testmåneden, og deretter 2 dager i uken den 4 uken. Denne fasen fungerte også som en opplæringsfase hvor de ansatte ble veiledet 1 til 1 i avdelingen. Forbedringstavlen skjematisk:

SJEKKPUNKT - FORBEDRINGSTAVLE

HOVEDMÅL

- Ansvar og oppgavedeling
- Organisering av kompetanse for å sikre riktig bruk av kompetanse

- ✓ Robust fagmiljø
- ✓ Bedre ressursutnyttelse gjennom fleksibel og effektiv bruk av kompetanse
- ✓ Gode arbeidsprosesser
- ✓ God samhandling og arbeidsflyt
- ✓ Tydelig ansvar og oppgaver knyttet til ulike roller
- ✓ Felles rutiner i alle avdelinger for hele huset
- ✓ Økt omsorgskapasitet

Sjekkpunkt

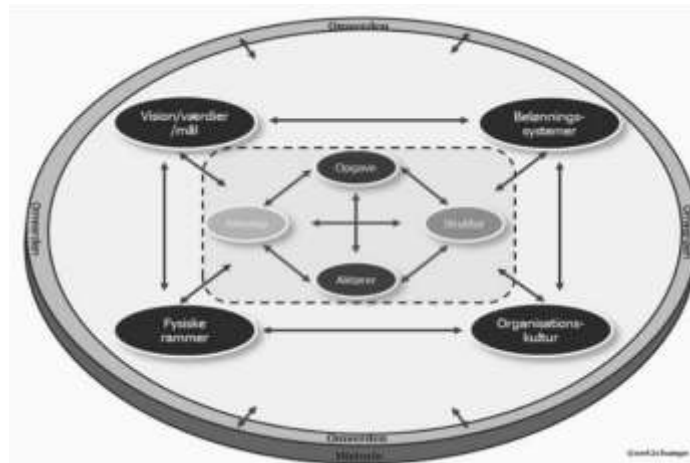
	Hva har gått bra ?	Hva kunne vært gjort bedre?	Prioritere / Tiltaksliste
Sjekkpunkt			

Figur 20: Skisse på forbedringstavle

5. Diskusjon og drøfting

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene i empirien ved å bruke teorien beskrevet i teorikapitlet. Hovedfunnene fra analyse kapitlet danner utgangspunkt for denne drøftingen. (induktiv tilnærming). Gjennom Nielsen og Rys utvidede Leavitt modell, vil jeg drøfte hvordan oppgavedeling, ansvar og organisering av funksjoner kan bidra til en mer bærekraftig omsorg- og helsetjenestene ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten. Nielsen og Ry tilførte flere variabler i sin utvidede modell, som jeg vil ta med i drøftingen. De hadde fokus på de fysiske rammene, organisasjonskultur, belønningssystemer, visjon/verdier/ mål og historie. (Nielsen og Ry, 2002, s. 21)

Jeg benytter Leavitt-Ry-modellen som analytisk modell fordi den dekker sentrale elementer for å få forståelse hvordan endring i oppgavedeling, organisering og ansvar påvirker organisasjonen. Modellen trekker frem viktige komponenter som aktører, teknologi, organisasjonskultur og omverdenen og oppgaver og struktur. Modellen kan brukes til å se endringsprosessen i sammenheng, nettopp fordi den viser at ved å endre en variabel vil dette påvirke og endre de andre variablene. På denne måten kan modellen være til hjelp ved å belyse de ulike variablene, for å se om omstillingen gir en mer bærekraftig tjenesteproduksjon på korttidsavdeling på helsesenter i primærhelsetjenesten. (Nielsen og Ry, 2002, s. 21)



Figur: Den utvidede Leavitt – Ry modellen. Endringsprosesser påvirket av mange faktorer. (Nielsen & Ry, 2002) Hentet fra [Leavitt-Ry modellen | net2change](#)

Kjennetegnet på en organisasjon er at den er et «sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» Jacobsen og Torsvik (2016, s. 18) Samt at den videre har til hensikt med formål om effektivt å løse oppgavene.

I mine data funn fant jeg at i nå situasjon var oppgavedelingen mellom profesjonsgruppene kan synes å være utydelig, da alle profesjoner gjorde alle oppgaver, med unntak av det som særskilt krevde medisinsk eller sykepleiefaglig kompetanse. (vedlegg 2 – 6) Kartleggingen viste at det kan synes som om at helsesenteret brukte kompetanseressursene lite fleksibelt og ineffektivt. Jeg fant i kartleggingen også at det kan se ut som om at den uformell oppgavedeling gjerne oppstod ad hoc, og uten at den var planlagt i forkant. Den skjedde fordi noe måtte løses, og oppgaven ble utført uavhengig av profesjon.

I lys av dette kan det virke som at oppgavedelingen bidro lite til god arbeidsflyt og i liten grad fleksibel og effektiv bruk av kompetanse. Konkret viste kartleggingen at sykepleierne brukte mye tid på oppgaver som assistenter eller helsefagarbeidere kunne utføre, og at helsefagarbeider brukte mye tid på oppgaver som assistenter kunne gjort. Dette var særlig oppgaver som ikke krevde helsefaglig kompetanse og som jeg her har valgt å kalle, de såkalte «drift og service oppgavene», som for eksempel, kjøkken, lintøy, lager, skyllerom, renhold osv. I en rapport om oppgavedeling av helse og omsorgssektoren gjennomført av Oslo Economics, 2022 viser de til samme resultat i sine funn. (Oppgavedeling i omsorgssektoren, Oslo Economics 2022, s. 21)

En annen forklaring er at de ansatte ga en beskrivelse av sine utfordringer hvor de påpeker at de i liten grad ikke fikk brukt spesial kompetanse på tvers av alle avdelinger. Videre at det var lite samarbeid mellom de tre avdelingene, at de «løp» mye for å hente «ting» på lager da lager hyllene i avdelingen var ofte tomme, og hvor de brukte mye tid på å finne utstyr.

Kartleggingen viste også at de brukte lang tid på muntlig rapport mellom vaktene, samt at koordinator gjennomførte en god del administrative oppgaver knyttet til utskrivelse og hjemreise for pasienter. Kartleggingen viser også at koordinator sørget for og holdt oversikt over at ansatte fulgte opp behandlingsmål og gjennomførte tiltak i forhold til pasientoppfølgingen. Videre viste kartlegging også at de ansatte hadde ønsker og ideer om for eksempel annet personell som kan utføre de såkalte «drift og service oppgavene», ha felles døgnrytmeplan for alle avdelingen, de ønsket mer tid til å jobbe med fag og fleksibilitet i bruk av spesialkompetansen. Det var derfor et sterkt behov for og arbeide frem og forbedre en ny og mer tydelig oppgavedeling mellom profesjonsgruppene. (vedlegg 5- 9)

5.1 Hvordan historien påvirker til omstilling ?

Kommunen ble sammenslått til stor kommune sammen med Søgne og Songdalen, noen få år tilbake. Det viser seg å være stor variasjon i forhold til rekruttering av helsepersonell, samt at

det er en intern konkurranse om de samme folka, så vel som også eksternt. Etter sammenslåing av de tre kommunene, viser det seg at det er behov for å arbeide frem felles rutiner og funksjonsbeskrivelser for de ulike profesjonsgruppene i tjenesteområdet. Det er også i høy grad vært bruk av vikarer og økonomisk har det vist seg at faktisk bemanning ligger over planlagt bemanning på helsesenteret. Noe av dette henger sammen med korona pandemien. Det viste seg også at pasienten har kortere liggetid på korttidsavdeling, hvor ansatte uttrykker behov for mer veiledning og refleksjon i sin arbeidshverdag, da det er kompliserte og skrøpelige pasienter med særskilte behov. Det er flere multimorbide pasienter enn tidligere, og som i perioder også gjør at de kan være behov for ekstra innleie av personell. Kartlegging viser også at de ansatte har sterkt ønske for mer innovative digitale løsninger, slik at samhandling og med legevakt, forvaltning og hjemmetjeneste kan forenkle koordineringen av hele pasientforløpet mellom tjenesteområdene.

Tjenesten har frem til nå brukt mye tid på å dobbeltføre informasjon og dokumentasjon fra journal til manuell White Board, pasientpermer, beskjedbøker og sjekklister. Dette har også vært en risiko for feilføringer som kan ha konsekvens for den faglige kvaliteten og pasientsikkerheten. Et felles pasients styringsverktøy som digital tavle vil se ut til å sikre overganger mellom tjenester og gi et forbedret helhetlig overblikk over pasientflyt mellom tjenesteområdene i kommunen. Lederne forteller også at det har vist seg å være utfordrende å rekruttere sykepleiere til natt. Helsesenteret har derfor gjennom digital kameratilsyn som er hendelsesbasert alarmfunksjon, kunnet redusere bemanning på natt fra 8 personer til 7.

Kritiske hendelser som covid-19 pandemien, satte helsesenteret i en situasjon som de måtte løse. Helsesenteret ble test senter under korona pandemien og hvor de ansatte raskt tilpasset seg de store endringene de måtte gjennomføre. Dette har medført at de ser på seg selv som løsningsorienterte og tilpasningsdyktige for å møte utfordringer som de står ovenfor, og har god selvtillit på dette. På en annen side har de ansatte de siste årene vært igjennom en del endringer både i forhold til pandemi, sammenslåing til storkommune som gjør at de er «slitne» og litt lei av å stå stadig i endringsprosesser. Likevel uttrykker de i dette prosjektet, «at ja, men dette er vi vant til, vi tilpasser oss, dette skal vi få til». De ønsker også nye digitale pasientsikkerhetssystemer velkommen, da de vet gjennom egne erfaringer fra andre arbeidssteder mm, at dette vil forenkle koordinering av oppgavene og arbeidsflyt i avdelingene betraktelig. På den annen side så er de økonomiske rammene kommunen har

begrenset, hvor det vil ta tid for et eventuelt digitalt system er på plass, selv om dette er allerede initiert i planlagte investeringer i årene som kommer i kommunen.

Helsesenteret hatt stor fokus de siste årene på rekruttering av sykepleiere, og hatt mindre fokus på helsefagarbeider og annet ufaglært personell. Gjennom forbedring av den nye oppgavedelingen, synes det nå som om at ansattbeholdningens tverrfaglige sammensetning endres noe. Det vil for fremtiden være behov utjevne den tverrfaglige sammensetningen på ansattbeholdningen, hvor den i større grad har balanse mellom sykepleiere og helsefagarbeidere og plass for andre typer hender som ikke nødvendigvis har helsefaglig bakgrunn. Dersom dette er tilfelle vil det også kunne gi anledning for etablering av nye funksjoner som for eksempel avdelingsverter som kan ta oppgaver som omhandler drift og service oppgaver. Kartleggingen synes også et behov for en ny funksjon inn i helsesenteret for eksempel apotektekniker til hjelp i dosering og kontroll av medisiner, da sykepleiere brukte opptil 2-3 timer pr. avdeling i forhold til doseringer og endringer av medisiner daglig. Videre utredning på dette ligger noe lengre frem i tid, og er ikke tatt med videre i denne studien.

Helsesenterets historie kan det se ut som om at den kan bidra til å begrense mulighetsrommet, dersom en ikke er bevisst på de ulike variablene og hvordan de påvirker hverandre. På den ene siden viser en forbedring av oppgavedelingen synes å gi retning for den tverrfaglige sammensetningen i ansatt beholdningen, og hvor lederne kan legge en handlingsplan for å fase dette inn i sin grunnbemanning. På den andre siden viser også historien til helsesenteret deres tilpasningsdyktighet til uforutsatte hendelser som dukker opp. Dette gjør til at de er vant med å stadig være i endring og er mindre skeptisk for å sette i gang. De er løsningsfokusert og ønsker å forbedre sin arbeidshverdag. Dersom dette er tilfelle vil det også kunne være med å påvirke andre tjenestoområder i kommunen, da der «ser» til hvordan helsesenteret møter, håndterer og tilpasser seg nye utfordringer de skal løse. En mulig forklaring er at deres tidligere erfaringer har gitt de ansatte på helsesentret trening i og muligheter for, til å tilpasse seg og finne løsninger på fremtidens utfordringer kanskje lettere, enn om de ikke hadde hatt disse erfaringene. Som Søren Mørch sier: «*Fortiden eksisterer ikke i seg selv. Det gjør derimot vår oppfattelse av den*» (Nielsen og Ry, 2002 s. 31)

5.2 Ny forbedret oppgavedeling

Funn i datainnsamlingen kunne se ut til å vise at oppgavedelingen og bruk av kompetanseressursene var lite effektiv og uhensiktsmessig bruk av kompetansen. Det med

bakgrunn i at alle gjorde alle oppgaver og at oppgavene var utydelig fordelt i forhold til funksjoner og ansvar. Fokusgruppen med ansatte gjennomførte derfor en forbedret ny oppgavedeling; en planlagt tilnærming til hvordan oppgaver skal løses og hvilke funksjoner som skal utføre oppgavene. En slik planlagt endring krever tid og prosess og at store endringer ofte handler om de små ting. (KS, forberede ny oppgavedeling). Ved ny oppgavedeling skjer det er et formelt skifte av arbeidsoppgaver mellom to profesjoner. En formell oppgavedeling innebærer at skiftet av oppgaver nøye planlagt og risikovurdert for den part som overtar oppgaven. (*Oppgaveglidning i omsorgssenter; rapport fra 2022 fra senter for omsorgsforskning s. 3*)

Det første fokusgruppen utførte var en vertikal oppgavedeling som handlet om oppgavedeling på tvers av profesjonsgruppene hvor utdanningsnivå og kompetanse ikke er likeverdig mellom partene. (NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 130) Horisontal oppgavedeling er når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men med ulik fagbakgrunn, overtar oppgaver som vanligvis har vært utførte av den andre fagdisiplinen.



Eliminere ventetid	Eliminere aktivitet	Forenkle aktivitet	Splitte aktivitet	Slå sammen aktivitet	Gjøre aktivitet raskere	Flytte aktivitet
--------------------	---------------------	--------------------	-------------------	----------------------	-------------------------	------------------

De gikk igjennom alle oppgaver de tre yrkesgruppene utførte i løpet av dag, kveld og nattvakt, hvor lang tid de brukte på oppgavene og hvilken yrkesgruppe de mente oppgaven egentlig hørte hjemme hos. Dette resulterte i at oppgaver som sykepleiere utførte og som ikke krevde sykepleiefaglig kompetanse ble flyttet til helsefagarbeidere eller ufaglærte assistenter. Videre at oppgaver som helsefagarbeider utførte og som ikke trengte helsefaglig kompetanse ble flyttet til ufaglærte assistenter.

Hensikt med å gjennomførte ny oppgavedeling var også hvordan en kunne unngå ventetid, forenkle oppgaven, slå sammen oppgaver eller kutte oppgaven og flytte oppgaven til en annen yrkesgruppe, og se på om oppgaven kunne effektiviseres. Målsetning med dette var å se på hvilken kompetanse er nødvendig for å utføre oppgaven, minimere sløsing med tid og skape mer fleksibilitet og arbeidsflyt og riktig oppgave utføres av riktig kompetanse på rett tid og sted. Den nye oppgavedelingen resulterte i at fokusgruppen ønsket å innføre en ny funksjon som fikk navnet «avdelingsvert». Denne fikk en funksjonsbeskrivelse og rutiner for hvilke

oppgaver denne skulle gjennomføre på dag og kveldsvakt. Dette var de såkalt drift og service oppgavene som utgjorde betydelig med tid i avdelingen.

På den ene siden viste den nye oppgavedelingen å bidra til at både sykepleiere, helsefagarbeider og ufaglærte har fått mer tydelige beskrivelse av oppgaver de skal gjøre. Alle gjør oppgaver som de i større grad er kvalifisert for. Noen oppgaver gjøres på en annen måte enn tidligere, ved hjelp av teknologi og nye rutiner for samhandling. Dette beskriver jeg mer om litt senere i dette kapitlet. På den andre side kan det også synes som om at alle profesjonsgruppene får mer eierskap til de oppgavene de utfører, samt at helsefagarbeider og ufaglærte har fått nye oppgaver. Jeg beskriver også dette senere i kapitlet.

Sykepleierne: Den nye oppgavedelingen ser ut til at den frigjorde tid og skapte flere muligheter for sykepleiere til å bruke sin spisskompetanse bedre og mer fleksibelt på tvers av avdelingene. Det kan også se ut som den skapte en mulighet for disse til å bruke sin kompetanse på riktig oppgave, og videre å gi sykepleierne en egen personlig utvikling av kompetanse i form av nye oppgaver i nye funksjoner. En forklaring på dette er at den nye oppgavedelingen viste seg å føre til behov for nye organisering av kompetansen og funksjoner. Dette kommer jeg tilbake til. Det ble mer tydelig oppgavedeling for sykepleiere som hadde ulike funksjoner i det nye sykepleieteamet. Med bakgrunn i dette ble det kompetanseheving på en ny måte hvor sykepleiere tok mer helhetlig ansvar i avdelingen, hvor tidligere koordinator hadde utført oppgavene. Dette gjaldt særlig iverksette av tiltak for behandlingsmål og forberedelser og planlegging for hjemreise og utskrivelse. Det kan se ut som om at den vertikale oppgavedelingen ble mer planlagt og tydelig, og hvor kompetansen ble brukt på riktig oppgave og funksjon, og ikke som respons og ad hoc på manglende kompetanse i avdelingen der og da.

Helsefagarbeider: Den nye oppgavedeling kan også se ut til at helsefagarbeiderne fikk mer ansvar i avdelingen og at de gjennom faglig kompetanseheving utviklet ny mestring og trygghet i utførelsen av oppgaver. Eksempler på oppgaver helsefagarbeidere skal utføre mer av er målinger, medisindeling, kateterisering, sårstell, opptrening, diverse prosedyrer, helhetlig omsorg og oppfølging av mål med behandlingen for pasienter som var innlagt på korttidsavdeling. Med bakgrunn i dette var målet at helsefagarbeider får økt kompetanseheving gjennom å få mer ansvar. På samme måte skulle den nye oppgavedelingen motivere ufaglærte til å ta fagbrev. Dersom dette er tilfelle vil det bety at sykepleiere måtte gi slipp på noen av oppgavene som bare de pleide å gjøre tidligere. På den ene siden er

målsetning om felles ansvar for oppgaveløsning i avdelingen for profesjonsgruppene. På den andre siden så det ut til at det kunne være noe skeptiskhet hos sykepleierne i starten av den nye oppgavedelingen, da de ble nødt til å gi slipp på noen oppgaver, hvor helsefagarbeidere overtok oppgavene. En naturlig forklaring på dette kan være den enkeltes ansatte sykepleiers trygghet og tillit til helsefagarbeiderne for utførelse av oppgavene. Det viste seg likevel ikke å skape noen profesjonskamp, men heller kompetanseløft for alle profesjonsgruppene. Det ble satt i gang ferdighetstrening for enkelte prosedyrer for både sykepleiere og helsefagarbeider, samt simulering og øvelse i å ha ansvar i avdelingene. Noen helsefagarbeider ga uttrykk for at de var usikre på noen oppgaver og prosedyrer, men at de ønsket kompetanseheving og mestring i de nye oppgavene. Eksempelvis kunne dette være ernæringskartlegging, sårstell, kateterisering av menn, målinger og vurdering av ulike målinger mm. Helsefagarbeider skulle også nå mer ta ansvar som vaktleder i avdelingen for fordeling av personalressurser til pasientene i avdelingen. Her fikk alle profesjonsgruppene nye oppgaver, noen var kjente og noen ikke. På den ene siden viste det seg gjennom testmånedens å gi en positiv effekt både på motivasjon og ytelse fra de enkelte ansatte, men samtidig ga det en effekt av litt kaos i starten av testmånedens og som angikk arbeidsflyt og samhandling. En forklaring på dette er at alt var nytt, og at alle måtte lære seg nye roller og funksjoner for gjennomføring av oppgavene og rutiner for samhandling og bli trygg på dette. Likevel viste det seg allerede i 4 testuke, at rutinen, oppgavene, samhandling og arbeidsflyten forbedret seg for hver dag som gikk, men at det er nødvendig å ha fokus på daglige forbedringer for hver enkelt ansatt.

Assistent/ufaglærte: Gjennom kartlegging viste det seg at alle profesjonsgruppene gjorde alle oppgaver, som tidligere nevnt. Oppgaver som særlig skilte seg ut, viste seg å være de oppgaver som ikke nødvendigvis krevde helsefaglig kompetanse. De brukte opptil 1,97 årsverk pr. uke i tid på disse på oppgavene på hver enkelt avdeling. (vedlegg 6) Dette er oppgaver som nevnt kjøkken lager, renhold, skyllerom, lintøy mm. Fokusgruppen var derfor helt tydelig bevisst på å etablere en ny funksjon for disse oppgavene, og som fikk navnet avdelingsvert som nevnt. På den ene siden viste det seg at dette frigjorde tid for helsepersonell til å kunne utføre oppgaver direkte knyttet til fag og pasient. Personalet uttrykte også i testmånedens at det var svært nyttig nå å få hjelp til disse oppgavene, og at det frigjorde tid til helsefaglige oppgavene rundt mål for oppholdet og pasientbehandlingen. På den andre side viste det seg at personalet «måtte tenke annerledes» og trengte tid for å finne den gode arbeidsflyten. De uttrykte å være overrasket over å kunne ha mer tid på å ha fokus på oppgaver i pasientbehandlingen.

5.3 Hvordan de fysiske rammene påvirker den nye oppgavedelingen.

Organisasjonskultur handler blant annet om hvordan omgivelsene påvirker oss, for eksempel byggets utforming, historien, tradisjoner etc. Leavitt utvidet sin modell i 1978 med å inkludere omgivelsene, etter å ha fått en del kritikk for at dette ikke var med i hans teori. En organisasjon kan ikke overleve uten omgivelsene, og at endringer omgivelsene påvirker en organisasjon og omvendt. Han trekker frem at organisasjonen er påvirket av omverdenen. Nielsen og Ry tilførte flere variabler i sin utvidede modell, som jeg vil ta med i drøftingen. De hadde fokus på de fysiske rammene, organisasjonskultur, belønningssystemer, visjon/verdier/mål og historie. (Nielsen og Ry, 2002, s. 21)

Geografisk ligger helsesenteret sentralt til i kommunen, men i avstand fra selve rådhuset og sentral administrasjon. Alle de 3 korttidsavdelingene er i samme bygg, hvor i tillegg avdeling for øyeblikkelig hjelp og responscenteret er lokalisert. De tre korttids avdelingene er plassert i 2, 3 og 4 etasje. Første etasje er hovedinngang og hvor det er en kafe og stor aula. Her foregår fellesaktiviteter som for eksempel andakter, samt personer i omsorgsboliger rundt bygget kan komme og spise middag som selges i kafeen. Avdelingene er utformet med 3 grupper, blå, grønn og gul gruppe med 8 pasientrom på hver gruppe. Hver gruppe har eget kjøkken, spiseareal og fellesstue for pasientene. Hver gruppe har egne små arbeidsstasjoner med pc i tilknytning til kjøkkenområde. I tillegg har avdelingen et felles større vaktrom, med egne stasjonære pc, møtebord, White Board tavle. Vaktrommets lokasjon er midt i etasjen mellom gruppene. På vaktrommet gjennomføres pre-visitt og tverrfaglige møter. Videre er det i kjeller hovedlager, mat kjøkken, kjølerom hvor de ansatte henter middag og tørrmat fra hoved kjøkken. Hver gruppe har eget rom for lager av forbruksmateriell, lintøy og skyllerom. Det er heis i bygget mellom etasjen, samt hoved trapp mellom etasjene.

Det er lange korridorer og det tar tid og forflytte seg fra en gruppe til en annen i samme etasje. Gruppene er også lokalisert slik at når du jobber på en gruppe, kan det se ut som om at de hadde liten oversikt over hva som skjer på en annen gruppe, uten at en må forflytte seg. Det krevde derfor at det er minst 2 ansatte i gruppen på jobb på hver vakt med 8 pasienter på hver gruppe. For samhandling og samarbeid på tvers av gruppene i samme etasje, er de derfor avhengig av å bruke tid på å forflytte seg.

På den ene siden og til tross for avstand mellom gruppene, viste det seg at de ansatte samarbeidet på tvers av gruppen, men da gjerne på forespørsel til hverandre om hjelp. Videre

viste datafunn også at det var samarbeid imellom gruppene i avdelingen, og noe mindre mellom avdelingene i de ulike etasjene. En forklaring på dette kan ha noe med tid for å forlytte seg mellom etasjene og at de lett kan miste oversikten. Det viste også at ansatte brukte mye tid på å hente utstyr i kjeller og fylle på lager på gruppene i etasjene. Likeså hente lintøy, middag og kjølevarer i kjeller for å fylle på i kjøkken. Det viste seg at avstanden gjorde at det tok ekstra tid på å gjennomføre og koordinere enkelte oppgaver. Leger og fysio, -ergo terapeuter har kontor i 1 etasje og vekk fra selve avdelingen. Lederne har sine kontor i selve avdelingen tett på de ansatte. I tillegg hadde legen egen PC på vaktrom eller i et lite rom i tilknytning til vaktrommet. Team koordinator har egen kontorpult på vaktrommet og /eller et lite kontor i tilknytning til vaktrommet.

Legen gjennomførte det meste av sine oppgaver på Pc på vaktrommet og var mesteparten av tiden der og tett på de ansatte. På den ene siden gjorde dette til at samhandlingen med helsepersonell i avdelingen skjedde kjapt. På en andre siden skjedde dette ofte i muntlig form eller ved å skrive beskjeder i beskjeder bøker, på white Board tavlen, i News perm mm. Det var derfor mange steder de noterte beskjeder for kommunikasjon og samhandling rundt pasientene. Med bakgrunn i dette utviklet fokusgruppen en metode for samhandling med lege gjennom journalsystemet, hvor rutinen ble kalt «til pre-visitt» og «etter pre – visitt». Dette gjorde til at forordninger og behandlingstiltak ble samlet digitalt i journalsystemet Profil. På den andre siden vil ved bruk av digital tavle for mer sann tids informasjon, lette kommunikasjon og samhandling betraktelig. Det er satt i gang en prosess for anskaffelse av digitale tavler frem i tid i kommunen.

Fysio, - og ergo terapeutene har kontor i 1 etasje og i avstand i fra de ansatte i avdelingen. De samhandlet og kommuniserte via henvisning på mail. Henvisninger ble også nå tilføyd i journalsystemet som effektiviserte kommunikasjon og samhandling mellom terapeutene og pleiepersonalet. Likevel og til tross for at terapeutene hadde kontor i 1 etasje, viste det seg at de var tilgjengelig i avdelingen, i aktivitet med pasientene, og som gjorde også kommunikasjon direkte der og da med pleiepersonalet.

Avdelingsleder har kontor i avdelingen og er tett på de ansatte som gir en god utgangspunkt for kommunikasjon og samhandling med ansatte. Når de tre avdelingslederne har felles ledermøter, forflytter de seg til møterom i første etasje. Det er relativt store møterom i første etasje som har en skille vegg imellom seg. Ved personalmøter, internundervisning for ansatte benyttes disse 2 møterommene. På grunn av mange ansatte må felles personalmøter og andre

felles møter gjennomføres 2 ganger, hvor de deler ansatt gruppen i 2 grupper slik at alle kan få med seg informasjon. Dette skjer gjerne i perioden kl. 13 – 16 mellom vaktskiftene. Det vil også kunne gi utfordringer med at de må formidle samme budskap og informasjon 2 ganger, samt at spørsmål og kommunikasjon mellom ansatte og ledere kan bli noe ulikt i det enkelte møte. Hoveddøren nede i 1 etasje blir låst kl. 15.30. Det gjør til at personal måtte ned å låse opp for besøkende som kom etter dette klokkeslett og noe som personal brukte en god del tid på.

Ved transport av pasienter som skulle hjem, eller ta taxi til sykehus for undersøkelser etc., ble de pasienter som ikke mestret dette selv, fulgt ned til hoveddør av pleiepersonalet. Det var god plass for transport for varelevering ved siden av bygget i 1 etasje og i nær tilknytning til heisen i bygget.

Med bakgrunn i byggets utforming med lange korridorer, avstand mellom grupper i avdelingene, avdelinger som ligger etasjer over hverandre, viste seg at samhandling, samarbeid og koordinering av oppgaver er utfordrende for god arbeidsflyt. Videre at avstand også kan se ut som at det var utfordrende for ansatte å ha oversikt over de andre gruppene i avdelingen. I tillegg tar det tid for enkelte oppgaver knyttet til lager og logistikk.

Avdelingen har koselig fellesareal og med veranda med sitteplasser. Det er bilder på veggene og blomster i stuene og sofagrupper for pasientene. Det er vinduer som gir godt lys inn og stuene gir inntrykk av en koselig atmosfære for pasientene. Pasientrommene er lyse og trivelig, og med god størrelse på bad knyttet til rommene. Det er lyse farger på veggene som også gjør til at det er en lett og trivelig. Gjerne en Tv på stue, og noen avdelinger også piano. Fellesareal for pasientene er hyggelig innredet. Det er ulik aktivitet i fellesstuene, basert på tilstand til pasientgruppene.

På den ene siden kan det se ut som at de fysiske rammene og utformingen av avdelingene påvirket den nye oppgavedelingen og arbeidsflyten. Dette kom til uttrykk fra de ansatte i testmåneden, hvor det ble gjennomført såkalte sjekkpunkt møter hvor alle ansatte deltok. Etter å ha testet ny organiseringsmodell med sykepleieteam, avdelingsteam kom ansatte selv frem til å dele avdelingen i 2 soner (sone A og sone B) i stedet for 3 grupper pr. avdeling. Dette så ut til å skape en bedre oversikt og mindre avstander for å forlytte seg for samhandling. Team koordinator og lege hadde fortsatt nærkontakt og arbeidsflyt med personalet, siden disse var lokalisert sentralt i midten i avdelingen. Ansatte uttrykte at de nå brukte mindre tid på å

forlytte seg i avdelingen og de fikk bedre oversikt over pasientene. Videre uttrykte de også at de fikk bedre tid til pasientene da avdelingsvert funksjonen nå utførte drift og service oppgavene.

På den andre side viste det seg også raskt at den nye oppgavedelingen ville kreve flere arbeidsstasjoner og pc for god arbeidsflyt. Det ble derfor tidlig i fasen satt i gang prosess for å anskaffe noen stasjonære pc og arbeidsstasjoner i enkelte avdelinger, samt flere bærbare pc og IPAD til bruk for dokumentasjon. Videre var lokalene og plassering av stasjonene i små trange rom med liten arbeidsbenk i tilknytning til kjøkkenareal. På bakgrunn av dette ville det kreve tid og praktisk tilrettelegging og arbeid for å forbedre arbeidsstasjoner. Det var også lite praktisk rom for forbedring av kontorareal med bakgrunn i liten fysisk mulighet i avdelingen allerede.

Videre viste det seg at de bærbare pc ene krevde en hjemmekontor løsningsfunksjon for å logge seg på «sikker sone» og pasientjournalssystemet. Det tok derfor noe lengre tid for pålogging på IPAD og bærbar PC, og disse ble derfor mindre benyttet av personalet. De stasjonære var noe raskere for pålogging på sikker sone. Det kan se ut som om at arbeidsflyten ble negativt påvirket grunnet lang påloggings tid i IT systemer, dårlig wifi løsninger og lite tilrettelagte arbeidsstasjoner, grunnet lite rom for kontor og arbeidsstasjoner. Ledelsen uttrykker at kommunen er i prosess av å anskaffe nytt journalssystem, men hvor anskaffelsesprosessen tar tid grunnet dårlig økonomi. Videre at det jobbes med forbedringer av wifi systemet. Likevel synes det som om at anskaffelse av flere bærbare PC, kom godt til nytte både for personalet og at dette forbedret arbeidsflyten noe.

5.4 Hvordan oppgavedeling påvirket organisering av funksjoner.

Det viste seg at den nye oppgavedeling raskt å påvirke arbeidsflyten mellom profesjonsgruppene i avdelingen. Et av målsetningen var mer fleksibel bruk av kompetansen på tvers av alle tre avdelingene, samt mer effektiv bruk av spesialkompetanse, som for eksempel kreftsykepleier etc.

Endring i en variabel, oppgavedeling viste seg derfor tidlig å påvirke andre variabler som for eksempel organisering av kompetanse. Med bakgrunn i dette og for å kunne oppnå mål om fleksibel og robust fagmiljø, kan det se ut som organiseringen av kompetanse og funksjoner ble viktig. Dette viste seg særlig på spesialkompetanse som kreftsykepleier, sykepleiere med spesialfelt innen eks. sår, ernæring etc. I lys av dette kan det se ut som at endring i en variabel som oppgavedeling, påvirket en annen variabel som organisering av kompetanse og

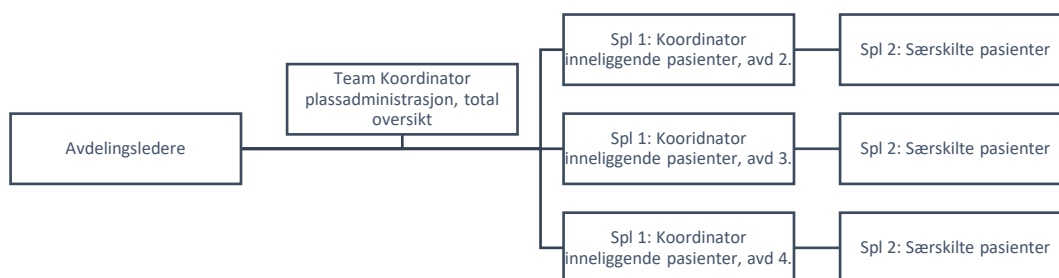
funksjoner. Dette underbygget også mine datafunn med interesseanalysen av medarbeidere som viste at de ansatte blant annet at oppgavedelingen er lite tydelig og samarbeid mellom avdelingene kunne bli bedre. (vedlegg 10) Ansatte uttrykte også at det var godt samarbeid og arbeidsflyt på sin egen avdeling, men at det kunne bli bedre på tvers av avdelingene. I tillegg svarte ansatte at de ønsket kompetanseheving på ulike oppgaver og ferdigheter. Videre viste undersøkelsen «Si din mening!» og som underbygger interessent undersøkelsen, hvor de ønsket oppgaver mer knyttet til sin kompetanse, bedre struktur og organisering som er felles for alle avdelingene, og at de ønsket mer felles rutiner og samarbeid på huset.

Med bakgrunn i dette gjennomførte fokusgruppen en ny organisering av kompetansen og funksjoner i tjenesten, og med bakgrunn av den nye oppgavedelingen. Den formelle strukturen har en lederstruktur som er hierarkisk oppbygd, hvor toppleder er øverste, ledere og mellomledere plassert i nivå under og medarbeider uten lederansvar i bunnen. Strukturen er basert på et system hvor det er klare ansvarsområder og beslutningsmyndighet på de ulike nivå. Den kan minne om Det Mintzberg klassifiserer som det profesjonelle byråkratiet (Jacobsen og Thorsvik 2013. s 98) Denne strukturen lå til grunn for fokusgruppens arbeid med ny modell for organisering av kompetanse og funksjoner.

Sykepleieteam: Med bakgrunn i dette og med mål om å mer fleksibel bruk av kompetanse og rett kompetanse på rett tid og sted, kom fokusgruppen frem til at det var det behov for å se de tre korttidsavdelingene samlet under en enhet og ikke hver for seg. Frem til nå hadde de operert med en ansattbeholdning på hver avdeling og hvor det var lite eller ingen samarbeid på tvers av avdelingene. På bakgrunn av dette gjennomførte fokusgruppen derfor en ny organisering av kompetanse og funksjoner, hvor de la alle ansatte i samme «pott» for en ny fordeling av kompetansen og med bakgrunn i den nye oppgavedelingen. De skulle de nå se på strukturen på hvordan bruke kompetansen på tvers av alle tre avdelingene. I lys av dette kom fokusgruppen frem til å etablere et såkalt «sykepleieteam». Det viste seg at ved denne modellen skapte det en tettere samhandling mellom avdelingene, hvor de ansatte nå måtte bygge tillitt og relasjoner mellom hverandre på tvers av de alle tre korttidsavdelingene. De fikk vi en mer sosial struktur da den handlet om samhandling og personer som bygger relasjoner for å gjennomføre oppgavene på tvers av alle avdelingene. Den kan sammenlignes noe med Sally Helgesen, hvor hun ser at ansatte bygger type organisasjoner med vekt på relasjon. (Bolman & Deal)

Det viste seg nå at hver enkelt sykepleier i teamet hadde definerte oppgaver knyttet til ulike funksjoner når de var i sykepleieteamet. Det viste seg også at de skapte en ny anledning og arena for kompetanseoverføring, samhandling på tvers av avdelingene, tillit og selvledelse i utførelsen av oppgavene. En av målsetningen er effektiv bruk av kompetanse og bedre arbeidsflyt og gjennom sykepleieteam ble oppgavene mer konkretisert og definert knyttet til funksjoner. En forklaring på dette kan være at hver enkelt sykepleier i sykepleieteamet hadde ulike funksjoner med definerte oppgaver:

- *Team koordinatorene:* Dette var en sykepleier med funksjon koordinator som jobbet for å ha oversikt over total belegg av pasienter på avdelingene. Den samhandlet med de to andre koordinatorene daglig for å ha oversikt over pasientbelegget på helsesenteret. Videre samhandlet den med forvaltningskontoret for hvor det var hensiktsmessig å plassere nye pasienter. De hadde til enhver tid oversikt over inneliggende pasienter, behandlingsmål, utskrivelser og forlengelser. De koordinerte pre-visitt og tverrfaglige møter hvor lege, fysio – ergoterapeut og personalet deltok angående samhandling rundt pasienten. Modellen viste seg likevel å ta noe tid for at den kom inn i en felles forståelse av plassering av pasienter, hvor gruppen med team koordinatorene måtte etablere gode rutiner og samhandling. Imidlertid ga de seg selv tid for å kunne komme inn i de nye rutinene.
- *Sykepleiere i sykepleieteam:* Dette var sykepleiere som fikk ansvar for særskilte pasientgrupper som hadde behov for særlig høyspesialisert kompetanse, som for eksempel spesialsykepleiere innen lindring etc. Sykepleieteamet ble organisert fortsatt under avdelingsleder i linja, med den målsetning om at kompetansen skulle benyttes på tvers av alle avdelingene på helsesentret. Fordelingen av sykepleieressurser ble gjennomført ut fra kompetansebehov hos pasientene i avdelingene. Det viste seg tidlig hvilke sykepleiere som var «klar» for å arbeidet på denne måten, hvor de var i kombistilling med 70/30 deling. Noen gikk rett inn i funksjonen og det viste seg særlig at dette var sykepleiere med etterutdanning for eksempel innen kreftbehandling. Men også sykepleiere med 1 – 2 års erfaring fra sykehus, viste seg å håndtere oppgaven raskt. Det kan også se ut som om at enkelte sykepleiere trengte mer tid på å tilnærme seg oppgaven, da de var mer knyttet til sine kolleger og sin avdeling, og ga uttrykk for at de likte best å jobbe med kjente kolleger og i kjente omgivelser. Men likevel motsatte de seg ikke oppgaven, men derimot uttrykte behov for tid til å tilnærme seg modellen.

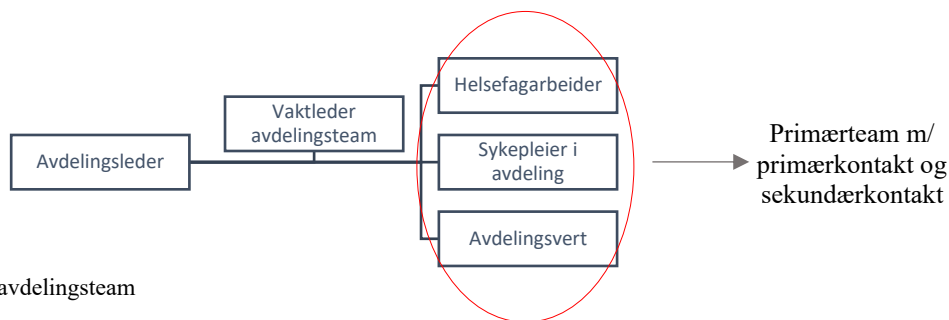


Figur 21: Organisering av sykepleieteam

Avdelingsteam: På samme måte diskuterte fokusgruppen hvordan andre profesjonsgrupper i avdelingene skulle organiseres. Det var også høy grad ønskelig med likhetsprinsipp som gikk igjen, hvor målsetning også her var bruk av riktig kompetanse på riktig oppgave til rett tid og sted. Det ble derfor etablert avdelingsteam, som inneholdt helsefagarbeider, avdelingsvert (assistenter) og sykepleier i avdelingen. Med bakgrunn i dette foregikk nå en ny oppgavedeling hvor de kunne effektivisere oppgavene og mer tydelig fordelt på de ulike funksjonene. I lys av dette kom det også her frem en høy grad av kompetanseoverføring, samhandling, tillit og selvledelse hos helsefagarbeidere, avdelingsvert og sykepleier i avdelingen.

- *Helsefagarbeidere* fikk mer helhetlig ansvar for pasientene angående mål for oppholdet, behandlingstiltak og planlegging av hjemreise og utskrivelse.
- *Sykepleiere* i avdelingsteam fikk også mer helhetlig ansvar pasienten angående mål for oppholdet, behandlingstiltak og planlegging av hjemreise og utskrivelse.
- *Avdelingsvert* fikk ansvar for de såkalt drift og servise oppgavene, som det viste seg å frigjøre tid for helsepersonell til de helsefaglige oppgavene.

Med bakgrunn i dette fikk nå helsefagarbeider og sykepleier i avdelingsteam overført oppgaver som tidligere team koordinatorene gjorde for det meste tidligere. På den måten gjennomførte de en horisontal oppgavedeling, hvor oppgaver som tidligere var gjennomført av en funksjon, nå skulle flere utføre med enten samme eller ulik kompetanse på enkelte oppgaver. Avdelingsteamet ble også definert som primærteam hvor særskilt primær og sekundærkontakter for pasientene er plassert. I tillegg fikk helsefagarbeidere mer ansvar for fordeling av personalressurser på avdelingen, som var en oppgave teamkoordinator gjennomførte tidligere.



Figur 22: Organisering avdelingsteam

Det kan se ut som at den nye oppgavedelingen mellom profesjonsgruppene viser en bedre ressursutnyttelse i bruk av kompetansen, og mer effektiv organisering i utførelsen av oppgavene. Nå var oppgavene mer tydelige og arbeidsflyten bedre i avdelingene. (Aiken et. Al, 2017; Helsedirektoratet, 2012, Kunnskapsdepartementet, 2012) De ansatte uttrykte og var enig i at det krevde øvelse og trening på den nye organiseringsmodellen, og at de trengte tid for å etablere nye rutiner. Flere ga uttrykk for at det tok tid å omstille seg, da de var vant med å ta alle drift og serviceoppgavene som nå avdelingsvert gjennomførte. Dette innebærer også blant annet innføring og etablering av nye rutiner og samhandlingsrutiner mellom teamene, som jeg vil omtale mer senere i kapitlet.

Døgnrytmeplan: Kartleggingen viste at det var ulike rutiner for eksempele måltider etc. i de tre avdelingene. Det kom derfor tydelige frem et behov for en felles døgnrytmeplan. Denne ble definert i eget rutine dokument hvor det nå var felles struktur og klokkeslett for servering av måltider, samt fastsatte tider for når tverrfaglige møter i de tre avdelingene skulle gjennomføres. Det viste seg at den nye oppgavedelingen krevde en felles døgnplan for samhandling og utførelse av oppgavene. Dette kom særlig frem for fysio, - og ergoterapeutene som kunne oppleve å måtte vente på å få gjennomført sine behandling og treningsprogram for pasientene, grunnet for eksempel ulike tider for måltider. (vedlegg 15)

Rutine for tverrfaglig møte: Det ble også tydelig at de hadde behov for å ha like rutiner rundt tverrfaglig samhandling, særlig på grunn av at sykepleiere skulle nå gå på tvers av avdelingene når de var en del av sykepleieteamet. Det ble derfor gjennomført simulering av tverrfaglig møte i de ulike avdelingene. Det ble gjort simulering i 2 grupper først, hvor det var aktører som gjennomførte møte og hvor resten var observatører. Aktørene var koordinator, lege, pleier i avdeling og fysio, og ergo terapeut. Mål med disse møtene var avklaringer rundt pasienten hvor en skulle avklare om mål med oppholdet var oppnådd og behandlingsavklaring videre.

Gjennom kartlegging uttrykte de ansatte at det ønskelig med mer struktur og tydelighet i disse møtene. De mente det var naturlig at koordinator presenterte pasienten og årsak til innleggelse og mål for oppholdet og ledet møte. Videre at legen ga status og relevant informasjon, og hvor pleier, fysio, - og ergo terapeuter presenterte status og relevant informasjon hos pasienten. Legen ønsket videre at bruk av PC og forordninger kunne skrives direkte i journalsystemet underveis i møte. Frem til nå hadde de ført dette i notat form i News perm. Med bakgrunn i dette kom de frem en felles rutine og sjekk liste for tverrfaglig møte. (vedlegg 17)

Alle ansatte gjennomførte før testmåned 2 simulering etter de nye rutine og sjekklister for tverrfaglig møte. Gjennom dette uttrykte de ansatte at det ble mer struktur og tydelighet i møte og at de kom mer forberedt til møte. De brukte mindre tid på å gjennomgå alle pasientene. Ansatte ga uttrykk for at dette var et viktig samhandlingsarena hvor mye ble avklart i forhold til videre oppfølging av pasienten, avklaringer og hvem som skulle utføre de ulike oppgavene videre. Jakobsen og Thorsvik skisserer ulike horisontale ordninger for samarbeid som formelle grupper og team, med koordinatører som koordinerer flere avdelinger og utveksler informasjon (Jakobsen og Thorsvik. s.85)

På bakgrunn av å gjennomføre en ny rutine og sjekklister for de ulike aktørene som deltar på tverrfaglig møte, viste det seg å gi en bedre og mer konstruktiv samhandling i møte. Det ble også en større forståelse og arbeidsfellesskap og ga mulighet for raskere avklaringer. Det ble også med en slik sjekklister mer konstruktiv deling av kompetanse og erfaringer mellom profesjonsgruppene. På den andre siden tok det også her tid på å komme inn i nye rutine i varierende grad for hver enkelt ansatt.

Informasjonsflyt: Data funn viser at de ansatte beskrev at det var flere steder og i ulike kanaler for å hente informasjon, og at de hadde behov for å samle dette mer og gjøre det enklere å finne frem. (vedlegg 10 og 11) Ledere brukte mail som kanal for å sende ut informasjon til ansatte, hvor ansatte måtte lete tilbake i mailer for å finne viktig relevant informasjon. Kvalitetssystemet i kommunen er for felles rutiner og prosedyrer i de ulike tjenesteområdene. I tillegg benyttet avdelingene SharePoint for interne lokale rutinebeskrivelser, dag og ukeplaner og andre oppslagsverk som var nødvendig. Enkelte ansatte strevde også med å finne frem i de ulike kanalene. Kommunen har derfor gjennomført en plan for innføring og bruk av «Microsoft - Teams», for samhandling mellom ansatte i avdelingen. Dette programmet har chat funksjon, fil mapper for nødvendige dokumenter og andre integrerte

funksjoner som kalender, digitale møter mm. Programvaren er allerede i bruk, men hvor en er i gang med å systematiserer i hvert enkelt tjenesteområde med hjelp støttefunksjoner fra IT. Med bakgrunn i kartleggingen og den varierende kjennskap til de ulike systemene, kan det se ut som at ansatte trenger mer opplæring i enkelte systemer, samt også selv ha egeninnsats for å sette seg inn i etablerte systemer for informasjon.

5.5 Hvordan teknologi påvirket oppgavedeling og samhandling.

Teknologi handler om programmer, styringsverktøy, metoder i organisasjonen til hjelp for samhandling og i utførelsen av oppgavene. Kommunen har ulike styringsverktøy som påvirker arbeidsflyt og samhandling. Som nevnt er dette journalsystemet Profil, Kvalitetssystemet (EQS) samt SharePoint som informasjonskanal for interne rutiner og informasjon til ansatte. I dette avsnittet vil jeg ta for meg data funn med ansattes kjennskap til rutiner og prosedyrer. Funn viser at det var ulik kjennskap til rutiner og prosedyrer hos de ansatte. Noen rutiner var godt kjent andre rutiner var ikke så godt kjent. Det viste seg også at de brukte tid på å lete for hvor de skulle finne informasjon i en allerede hektisk arbeidsdag. Det var god kjennskap til rutiner for dokumentasjon i Profil, men variable kjennskap til enkelte deler og muligheter som journalsystemet Profil har. (vedlegg 2 og 3)

På bakgrunn av dette samhandlet fokusgruppen med støttepersonell fra IT med å finne løsninger i allerede eksisterende systemer, som blant annet journalsystem Profil. På den ene siden viste kartlegging av oppgavedelingen at det var funksjoner i journalsystemet som allerede eksisterte og kunne gi mer effektiv arbeidsflyt, men som ikke var kjent verken blant ledere eller ansatte. En forklaring på dette er også at jeg personlig oppdaget dette, fordi jeg har god kjennskap til programvaren og dens muligheter. På den andre side viste også funn at det var tydelig behov for å få på plass nye rutiner for samhandling mellom sykepleieteam og avdelingsteam, hvor journalsystemet kunne se ut til å bidra til både og forenkle oppgavene og arbeidsflyten.

Journalsystemet Profil: Som nevnt viste det seg at hadde en rekke beskjedbøker som «sorteboken», «legebok», «News perm», «kartleggingsperm», «inn og utskrivelses perm», hvor de noterte beskjeder til hverandre og hva som var gjort og hva som gjenstod av arbeidsoppgaver. Her kom funksjoner i journalsystemet inn og som ville både forenkle og effektivisere arbeids- og informasjonsflyten. Fra å skrive samme beskjed flere steder, kunne

personalet nå skrive på ett sted i journalsystemet samtidig også bli raskere oppdatert. Jeg vil nedenfor beskrive dette.

Nye rutiner for samhandling gjennom journalsystemet Profil:

«Huskelapp» funksjon i Profil ble opprettet for samhandling mellom *pleiepersonalet* i avdelingen for beskjeder. Den erstattet «sorteboken»/ beskjed boken.

«Huskelapp» funksjon i Profil ble opprettet for samhandling mellom *legene*. Det var behov for at alle legene kunne finne og gi beskjeder til hverandre. Dette gjaldt for eksempel behandlingstiltak som skulle følges opp mm.

«Til Pre-visit» ble opprettet som egen kategori i tiltaksplan i pasientjournal. Her skrev nå personalet beskjeder som var viktig og som skulle tas opp på med legen på pre – visitt. Legen kunne hente ut en samlet rapport for alle beskjeder for dagens oppgaver. Denne funksjon erstattet «legeboken» hvor personal tidligere skrev beskjeder til legen. Det skjerpet også personalet i forhold til dokumentasjon i pasientjournal. Det viste seg at beskjeder som ble skrevet her nå, ble løst raskere, da legen fanget dette opp kjappere. Likeså viste det seg at personalet fikk også mer effektiv oversikt over pasientene og behandlingsmål for oppfølging. De kunne nå hente ut en fagrapport som ga en rask oversikt over pasientene og benytte denne under pre-visit og tverrfaglige møter. Nattvaktene uttrykte at beskjeder de hadde gitt på natt under «til pre-visit», ble raskere løst enn tidligere. Tidligere kunne de oppleve at beskjeden ikke nådde frem til legen. En forklaring på dette kan være at beskjed gikk gjennom flere ledd, før den kom frem til legen, og at den av og til også kunne bli glemt av personalet på dagtid.

«Etter – Legevisit» ble opprettet under konsultasjon fra lege. Her noterte legen forordninger tiltak som personalet skulle følge opp rundt pasienten. Dette var for eksempel vekt x 1, drikke og diurese, starte med medikament, intravenøst, diverse målinger osv. Dette medførte at både News perm forsvant hvor legen skrev forordninger manuelt og legebok hvor personalet skrev beskjeder til lege i egen bok. På den ene siden effektiviserte og forenklet oppgaven betraktelig. På grunn av denne funksjonen, ble det mindre å skrive beskjeder om, da dette allerede lå i tiltaksplanen på pasienten. På den andre side måtte nå ansatte lære seg en ny rutine, å logge seg på journalsystemet, å lese seg opp på dette ved vaktstart, i stedet for tidligere i beskjedbøkene. Legen på sin side sørget for at forordning alltid var oppdatert.

«*Generelle målinger*»: Funn viste at tidligere var det ikke konsekvent hvor ansatte dokumenterte målinger i tiltaksplan. Dette ble ført på ulike steder i ulike kategorier i tiltaksplan. I den nye strukturen skal nå skal alle målinger føres inn under målinger med graf, også News målinger⁴, som viste seg å gi enklere og bedre oversikt i journalsystemet. Dette gjaldt målinger som temp, puls, blodtrykk, CRP, HB, SpO2% etc. Funn viste også at i tillegg hadde ansatte også ført målinger på flere steder som for eksempel på News ark i News permen, i tiltaksplan og beskjedbok til ansatte på neste vakt. Det tok også tid for lege og ansatte å finne dokumentasjon i journalsystemet da det ble ført på ulike steder. Med ny rutine hvor alt ble ført inn under målinger med graf, kan det nå synes som at de fikk lettere tilgang og oversikt, og kunne sammenligne målinger over tid. På den ene siden uttrykte ansatte at de lettere kunne se sammenhengen angående målingen og at det ble færre steder å skrive dette på. På den andre siden kommenterte de, at det tok tid å logge seg på journalsystemet da de opplevde at program varen kunne «henge» litt, eller de ble kastet ut av programmet osv. Men summen viste seg at oppgaven nå ble effektivisert, gikk raskere og at det også var enklere med tanke på samhandling internt, men også eksternt med for eksempel legevakt.

«*Bestilling til sykepleieteam*» Gjennom funksjonen «huskelapp» henviste nå teamkoordinator pasienter som sykepleieteamet skulle følge opp. På denne måten kunne de tildele pasienter til teamet og fordele sykepleieressursene i teamet for pasientoppfølging. På den ene siden viste modellen å fungere svært godt, med tanke på fordeling av pasienter til sykepleieteamet. Men på den andre siden viste det seg at de trengte tid på å få god struktur på hvilke pasienter caser som skulle prioriteres til sykepleieteamet. Det krevde mer samhandling mellom team koordinatorene fra alle 3 avdelingene, for opprettholdelse av kriterier for pasientfordelingen. En annen forklaring i utfordringene, var også at de måtte ta hensyn til pasientsammensetningen i avdelingene, med tanke på lindrende pasienter, pasienter med utfordringer som utagering osv. Det viste seg tidlig behov for struktur for de-brief møter mellom team koordinatorene gjennom en vakt. Dette løste de med daglig faste møter for dette.

«*Henvisning til fysio,- ergoterapeut i Profil*»: Det ble opprettet en egen kategori i tiltaksplan for henvisning til fysio - og ergoterapeut for pasientoppfølging. Kartleggingen viste at de

⁴ News måling er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke personer, som pustefrekvens, hjerterekvens og oksygeninnhold i blodet, de såkalt vitale parametere. Syke personer som har verdier utenfor normalverdi på en eller flere parametere, kan omtales som ustabile og vil ha behov for mer intensivt medisinsk overvåkning.

tidligere benyttet seg av en egen mail for å henvide pasienten. Nå gikk dette gjennom pasientjournalssystemet. Fysio- og ergoterapeutene, skrev også i tiltaksplan behandlingsoppfølging eks. gå trening osv. som personalet skulle følge opp. Tidligere hadde dette foregått muntlig mellom partene, hvor fysio – og ergoterapeut aldri hadde benyttet tiltaksplan til behandlingsoppfølging, bortsett fra sine konsultasjonsnotater. På denne måten viste det seg nå at dokumentasjonen ble forbedret og de sparte «ventetid» mellom henvising og oppfølging. Det ble også tydeligere for ansatte hva de skulle følge opp hvor også fysio – ergoterapeut nå ikke var i behov av dialog i samme grad som tidligere med personalgruppen. De uttrykte at de ikke trengte å minne på ansatte behandlings oppfølgingen som f.eks. gå trening slik de gjorde tidligere.

Tiltaksplan: Funn viste at ansatte dokumenterte på ulike steder i journalssystemet, og at det var behov for at alle gjennomførte dette likt, slik at de slapp å bruke tid på å lete for å finne dokumentasjon og hvor «ting» var dokumentert. Det var ingen rutine for bruk av en tiltaksplan som var felles for avdelingene. Det kunne nesten virke som de hadde sine egne lokale rutiner for dette på hver avdeling. I lys av dette og når de nå skulle starte med å benytte funksjoner og kompetanse på tvers av avdelingene, kom det tydelig frem behov for å dokumentere likt. Fokusgruppen og fagkoordinator gjennomgikk derfor en felles oppsett for tiltaksplan, som ble gjennomgått med alle ansatte. Denne ble tatt i bruk i avdelingen for dokumentasjon i Profil. (vedlegg 16) Det viste seg at med felles tiltaksplan ble det lettere å dokumenterer, og hvor de også nå kunne kvittere ut for gjennomførte oppgaver, i stedet for å skrive eks. pasienten har sovet godt. På den ene siden ved bruk av tiltaksplan, kunne de nå lettere gjennomføre stille rapport, da dokumentasjon var mer systematisert og de slapp å ha høytlesning i overlapping mellom vaktskiftene. Hver enkelt ansatt leste nå fagrapporter ved vaktstart. På den andre side ga enkelte ansatte uttrykk for at de likte høytlesningen, og at stille rapport utfordret de til å samhandle på andre måter gjennom vekten. Det kan se ut til at innlærte vaner ble utfordret hos enkelte, og at det vil ta tid å lære seg nye rutiner og samhandling.

Kartleggings skjema ved innkomst for nye pasienter, ble også oppdatert i journalssystemet. Funn viste at dette skjema oppbevarte ansatte i egen perm, som de brukte under pre-visitt og tverrfaglig møter. Nå ble denne digitalisert, og de kunne følge denne direkte i journalssystemet. Videre kunne ansatte nå oppdatere skjema digitalt, hvor skjema alltid var oppdatert. Fordelen med dette var at nå hadde de viktig informasjon oppdatert på et sted, og

de unngikk også å skrive mange beskjeder til hverandre i huskelapp funksjonen. (vedlegg 18) Bakdelen var at de hadde fortsatt behov for å skrive ut skjema og ha dette tilgjengelig i samtale med pasienten. De noterte på skjema og førte inn i journalen i etterkant. Det viste seg at det teknisk umulig å skrive rett inn i skjema ved bruk av Ipad løsning.

Sjekkliste for inn og utskrivelse: Det er en rekke ting som skal planlegges og tilrettelegges ved både innkommst og utreise av pasienter. Funn viste at disse oppgavene ble tidligere ble notert i beskjedbok. Med bakgrunn i dette ble det opprettet en sjekkliste for dette som nå ble digitalisert. Her vil den siste alltid være gjeldende, slik at ansatte fant informasjon de trengte i sann tid. Dette medførte at det ikke var behov for å skrive beskjeder til hverandre som for eksempel, husk ring hjemmetjenesten før hjemreise på huskelapp. Dette fant de nå krysset av på sjekk listen digitalt og kunne også lese seg opp på dette i tiltaksplan. (vedlegg 19)

News målinger⁵: Særlig en oppgave viste seg i kartleggingen å gi ganske stor bruk av tid for ansatte i utførelsen av den. News målinger viste seg å ta lang tid og hvor de ansatte måtte dokumentere og skrive på flere steder. Gjerne rakk de heller ikke å få gjort oppgaven i tide til pre-visitt. Dette var oppgaven News måling ved innkommst nye pasienter og oppfølging inneliggende pasienter. Tidligere ble denne dokumentert pasientjournal, i egen perm for News skjema, på White Board tavlen mm. I tillegg brukte legen News ark til å forordne videre behandlingstiltak, som nevnt. Ved gjennomføring av ny rutine i journalsystemet profil, kunne nå legen forordne direkte under «etter pre-visitt», og slapp og skrive det flere steder. I tillegg kunne helsepersonell skrive News direkte i journalsystemet. Dette handlet om enkle grep, hvor en fjernet News permen og erstattet det med samhandling direkte i journalsystemet under målinger i graf. Når vi regnet på tidsbruk på alle deler som oppgaven inneholdt på den gamle måten, brukte de ekstremt lang tid på oppgaven (vedlegg 9)

Kommunen har enda ikke innført digitale tavler, men er i prosess av å anskaffe dette. Ved en slik anskaffelse vil denne oppgaven også dokumenteres og leses i sann tid. Slike tavler vil gjøre også gi lettere tilgjengelighet for informasjon en har bruk for i sann tid, og gi en stor gevinst ift. til spart tid og unngåtte kostnader, og ikke minst gi økt kvalitet på tjenesten. Det vil være mindre mulighet for avvik og feil registreringer og oppgaven kan utføres i sann tid

⁵ News måling er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke personer, som pustefrekvens, hjertefrekvens og oksygeninnhold i blodet, de såkalt vitale parametere. Syke personer som har verdier utenfor normalverdi på en eller flere parametere, kan omtales som ustabile og vil ha behov for mer intensivt medisinsk overvåkning.

når du er hos pasienten. Dokumentasjonen vil med digitale tavler fanges opp i sann tid for all personell med digital tavle. (Imatis) I skrivende stund er kommunen i gang med anskaffelser av digital tavle, og i påvente av levering og oppstart fra leverandør.

5.6 Hvordan forbedret ny oppgavedeling og organisering påvirket ansatte.

Aktører handler om folk i organisasjonen, medarbeider, ledere og den kompetansen de innehar. Funntilstand viste at de ansatte innehar stor kunnskap og faglig integritet og har stor innflytelse over eget arbeid og mulighet til å lede seg selv i arbeidet. Funksjonsbeskrivelsene for de ulike profesjonsgruppene og funksjoner, gir retning for hva som ligger av ansvar i de ulike profesjonens gruppene. Men måten de utføres på avhenger av aktørens personlige engasjement og kvalifikasjoner. Det å ha ansvar for eget arbeid og kontroll over arbeidssituasjon er en viktig motivasjonsfaktor. Jacobsen og Thorsvik trekker også frem Hertzberg sin motivasjonsteori at ansvar i eget arbeid er en faktor som skaper trivsel, og bidrar til positivt arbeidsmiljø og organisasjonskultur. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

I min datafunn fant jeg at de ansatte opplevde godt samarbeid på sin avdeling, men kunne bli bedre på tvers av avdelingene. Samtidig ga de forslag til hvordan spesialkompetanse kan brukes på tvers av avdelingene, gjennom bruk av sykepleieteam. Dette ga et uttrykk for at de ønsket samarbeid og fleksibilitet i bruk av kompetansen og tettere samarbeid mellom avdelingene. De ønsket også en egen kompetanse og opplæringsplan for kompetanseheving.

Kompetanseheving: Den nye oppgavedelingen ga nå mulighet for kompetansehevingstiltak for de ulike profesjonsgruppene. Fokusgruppen utarbeidet, og som senere ble fremlagt for ledergruppen; en kompetanseplan for basiskompetanse og spesialkompetanse for korttidsavdelingen. (vedlegg 21) Denne ble bakgrunn for videre arbeidet med kartlegging av kompetansen blant ansatte, og metoden «trafikklysmodellen» ble benyttet som nevnt i kapittel 4. (vedlegg 20)

Gjennom kompetansekartlegging fikk alle ansatte registrert rutiner, prosedyrer og oppgaver som de var mer usikre på og hvor de hadde behov for kompetanseheving og opplæring. Fagkoordinator systematiserte ulike kompetansehevingstiltak og plan for hvordan gjennomgang. Læringsarena ble definert som fra internundervisning, e-læringskurs, simulering og 1 til 1-veiledning i avdelingen. Denne prosessen er nettopp startet på de tre korttidsavdelingene og vil pågå en tid fremover i 2024. Ansatte ga uttrykk for at det «endelig kan jeg få brukt min kompetanse mer riktig», særlig gjaldt dette profesjonsgrupper med

etterutdanning innenfor eksempel lindring, kreftbehandling, ernæring, sår mm, og at oppgavedelingen er mer tydelig og hvor kompetanse til rett tid og sted er sentralt. Med bakgrunn i dette ble det gjennomført opplæring og simulering i nye rutiner og i journalsystemet Profil. I tillegg ble det satt i gang simuleringsovelser og ferdighetstrening på enkelte prosedyrer. Dette skapte et engasjement hvor faglighet og ønske om utvikling av kompetanse var i fokus. I skrivende stund pågår simuleringstreningen fortsatt.

Belønning, visjon og målsetning: Organisasjonens mål og visjon er å være en attraktiv arbeidsgiver og en inkluderende arbeidsplass, hvor vi i fellesskap skaper de gode resultatene. For å lykkes med omstillingen, var det viktig for meg som forsker med involvering av alle ansatte i prosessen. Nielsen og Ry forteller i sin teori om at i organisasjoner så belønner en A for å oppnå B. (Nielsen og Ry, 2002 s. 26) Og ofte at det er en dårlig sammenheng mellom det mål organisasjonen har og den adferd den belønner. For eksempel kan dette synes i at vi ønsker et godt tverrfaglig samarbeid, men belønningen eks. karriere og utvikling finner sted på avdelingsplan eller i linja. Slik sett så ser en at belønning henger gjerne veldig sammen med de andre variablene i Leavitt – Ry modellen.

Gjennom studiet har det hele tiden vært fokus på involvering og innflytelse av ansatte på omstillingen, noe som jeg mener er avgjørende for å lykkes med omstillingen. Gjennom hele prosjektet skulle de ansatte i fokusgruppen komme frem med løsningsforslag for oppgavedeling, ansvar og organisering. Videre presenterte gruppen dette for ledergruppen. I ledergruppen satt også verneombud og tillitsvalgt. De ansatte i fokusgruppen fikk tidlig innblikk i at de nå skulle forbedre og komme med løsninger for å møte målsetningen med oppgavedeling, ansvar og organisering. Jeg kalte de «endringsagenter» noe som de kjente svært ansvar for og bar med stolthet underveis i endringsprosessen. Jeg veiledet de i betydning av dette slik at de fikk en forståelse av innholdet i rollen. Vi hadde fellesmøter hvor vi hadde dialog rundt tema som kommunikasjon, skape mestringstilgjengelig, være team orienterte, være tydelig og pådrivere mot målet, tørre å gå foran og møte motstand og negativitet, sørger for miljø for samarbeid og skape mening osv. Dette var svært inspirerende for gruppen ansatte, hvor de uttrykte at dette var utviklende, og hvor de så på seg selv som en viktig nøkkelperson for endring og forbedring.

På den ene siden var dette med på å forsterke endring og driv kreftene i omstillingsprosessen og som er viktig pådriver kraft for gjennomføringen av endringen (D.I. Jacobsen 2018) De ansatte ga også uttrykk for at de ønsket videreutvikling av seg selv, hvor de hadde som mål

om mer kompetanse og trygghet i sin funksjon som en drivende faktor. Dette samstemte også med de mål organisasjonen har.

På den andre side ga også fokusgruppen uttrykk for at de ikke fikk nok tid til opplæring av nye systemer til sine kolleger, da pasientene og arbeidet kom førts. Dette kom til syne tidlig i testmåneden, hvor tiltak ble å sette inn ekstra personell i avdelingen, slik at ansatt fikk frigjort tid til opplæring. Det ble også i denne perioden satt inn ekstra støttepersonell som rådgivere i opplæringen. Likevel gjennom denne uken, viste det seg fortsatt at ansatte trengte tid på å komme inn i de nye rutinene for samhandling. Dette viser at det er lite rom i en hektisk hverdag i avdelingen, til å sette av tid til opplæring. I lys av dette ser en hvor lite handlingsrom det er for opplæring og kompetanseheving, med tanke på ekstra bruk av personalressurser i avdelingen og dermed økte kostnader. En forklaring på dette er at lederne uttrykte tidlig at de var lite rom for ekstra personell innleie, for å frigjøre tid for ansatte til opplæring i arbeidstiden.

Kommunen sine visjon, mål og verdier legger til grunn at kommunen skal være:

- På lag; fordi vi er et inkluderende fellesskap som samarbeider godt og møter hverandre med åpenhet, anerkjennelse og tillit.
- På stell; fordi vi er en veldrevet organisasjon med høy grad av trivsel som leverer gode tjenester og resultater.
- På hugget; fordi vi alltid ser etter bedre, effektive og bærekraftige måter å jobbe på - for fellesskapet, miljøet og fremtiden.

Videre er kommunens overordna mål å være *attraktiv og miljøvennlig, inkluderende og mangfoldig, skapende og kompetent* arbeidsgiver. Forutsetningen for å lykkes med dette er at kommunen er en *attraktiv arbeidsgiver og en inkluderende arbeidsplass*.

Arbeidsgiverstrategien gir retning i dette arbeidet. Kommunens visjon er – «*sterkere sammen*», hvor kommunen i felleskap skaper de gode resultatene. Gode ledere viser retning og finner løsninger sammen med medarbeiderne. Vi ser hverandre som kolleger, deler kompetanse og løfter blikket og har større perspektiv enn kun vårt eget og verdsetter og samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Gjennom hele studiet har denne visjonen, mål og verdier ligget til grunn i arbeidet og i mandatet, og vært en rød tråd gjennom hele omstillingsprosessen. Jeg var bevisst på å legge vekt på visjon, mål og visjon hvor disse har betydning for å kunne lykkes med å nå målet. Gjennom felles fokus på involvering alle aktører, ansatte, ledere, tillitsvalgte og verneombud

ser en mulighet for å lykkes med prosjektet. Innsatsen i omstillingen synliggjør også grad av resultat. Det har vært stor og er høy grad av involvering og innsats som er viktig for å nå målet. Dette viser en sammenheng mellom ord og handling i praksis. Verdi som endringsvariabel hvor verdigrunnlag kommer frem i organisasjonen. Verdien synes å være realistiske, troverdig og attraktive. På den ene siden viser de ansatte stor engasjement i endringen, med at de er på hugget og på lag hvor de sammen finner løsningene og ønsker orden i eget hus. På den andre siden viste det seg behov for å sette fokus på overfor de ansatte på «*what`s in it for me?*». Dette var tema på personalmøter hvor vi gjennom dialog fikk frem ulike sider av omstillingen, og hva dette betydde for den enkelte ansatte. Vi sendte ut i tillegg informasjonsbrev til alle ansatte om omstillingsprosessen hvor en berørte følgende:

Omstillingen skal bidra til at:

- Medarbeidere opplever mestring og at de får brukt sin kompetanse på rett sted og tid.
- Medarbeidere opplever at de har den nødvendige kompetanse til de oppgaver de skal utføre.
- Medarbeidere som erfarer gjennom tverrfaglig samarbeid, skaper vi de gode løsningene sammen.
- Medarbeidere opplever trygghet i møte med forventinger fra brukere og pårørende.

I avdelingene vil det jobbes med:

- Kartlegge oppgaver i tjenesten og hvilken kompetanse som utfører oppgavene.
- Kartlegge kompetanse i tjenesten.
- Utarbeide forslag til ny oppgavedeling, ansvar og hvordan organiserer kompetanse slik at en sikrer riktig bruk til riktig tid og sted.
- Omstillingsprosessen vil sikre involvering og medvirkning fra personell gruppen.
- Arbeidstidsordninger og grunnbemanning.

På den ene siden opplevde jeg at mange av disse målsetningene ble fulgte og iverksatt, mens derimot handlingsrommet for eksempel kompetanseheving var noe hemmet på grunn av dårlig økonomi som nevnt over. Dette gjorde at implementering, opplæring og ivaretagelse av den enkelte ansatte var utfordrende og måtte sees over tid.

Organisasjonskultur har flere sider, og i dette avsnittet vil jeg ta for meg adferd, antagelser, oppfattelser, tanker og følelser som er et bakgrunn for verdier og handlinger hos de ansatte. (Nielsen og Ry, 2002) Ved oppstart av prosjektet viste ansatte stor interesse og ga uttrykk og ønsker for forbedringer, noe også kartleggingen angående utfordringer viste. På den ene siden viste kartleggingen et ønske om å få bruke sin kompetanse riktig. (vedlegg 7) På den andre

siden og underveis i studie og omstillingen kom det også frem motstand og vegring mot endring. En forklaring på dette hang gjerne sammen med at det er «greit at vi endrer noe, bare ikke jeg må involvere meg.» Eller at enkelte ansatte uttrykte at de opplevde god flyt i arbeidet allerede og ikke så behov for endringen. Det kunne også synes som om at det også sammenbundet med at de ikke så sammenhengen med andre ansatte som hadde mer behov for integrering og forståelse av oppgavene og arbeidsflyten i dem. Det kunne også synes som at de som gjerne motsatte seg endringen, var også de som hadde jobbet lenge på helsesenteret, som var godt kjent med husets rutiner og oppgaver, og gjerne ville ha det slik det alltid har vært. For å forstå dette fullt ut ville det vært behov for en mer grundig analyse. Men i dette studiet fikk den enkelte ansatte veiledning og spørsmål om hvordan de kunne bidra til omstillingen. Det kunne se ut som at noen vegret seg fortsatt i denne sammenheng, men at det var viktig å bruke energi på ansatte som var positive og som var pådrivere for endringen.

Dette viser også det Nielsen og Ry beskriver i sin teori om innflytelse til suksess. De som hadde en positiv innstilling til endring og som var aktive i endringen, var også de som kom frem og var positive talerør for endringen, og som også tok ansvar gjennom hele endringsprosessen. Videre de som var positiv, men lite aktive i endringen, ble involvert når det var behov og særlig i gjennomføringsfasen. Det viste seg også at de som tok initiativ påvirket dette deres egen arbeidshverdag og hvor de ga uttrykk for at dette gavnet de selv. De deltok og engasjerte seg i opplæring av andre ansatte. De som var negative og faktisk viste seg å motvirke omstillingen ved å involvere seg lite, ble informert og lyttet til. Jeg som aktiv forsker og var bevisst på å balansere i rollen som forsker og samtidig veilede. Det ga seg selv egentlig selv om hvor stort fokus og oppmerksomhet jeg skulle gi personer som ikke ønsket å involvere seg. Men jeg sørget for at de alltid var informert om omstillingen i samarbeid med ledergruppen. Det var viktig å være tro til modellen fokusgruppen kom frem til, særlig i test måned, slik at vi fikk virkelighetsbilde og kunne evaluere og forbedre kontinuerlig underveis.

Det viste seg også at ansatte forholdte seg til «sin» avdeling og hadde utfordringer med å tenke at «sammen er vi ett hus», noe som er naturlig ut ifra tidlig fase i omstillingsprosessen. Dette kom særlig til syne i sykepleieteam, hvor noen sykepleier helst ville jobbe kun i sin avdeling, og ikke involvere seg på tvers av alle avdelingene. En forklaring på dette at det også er behov for modningsprosess hos hver enkelt ansatt og bli trygge i de nye funksjonene. I denne sammenheng var de som var «positive – positive» en drivfaktor i denne sammenheng og pådrivere for å ta andre sykepleiere med seg i læring av å jobbe på tvers.

Datafunn viser også at de ansatte har en oppfattelse og gir uttrykk for at det er behov for endring og forbedring. På den ene siden viste ansatte selv følger med i tiden og oppdatert seg på informasjon om fremtidens behov i samfunnet og dermed også behov for utvikling av tjenesten. På den andre siden har de kanskje ikke helt enda erfart at den «store krisen» er her riktig enda. En mulig forklaring kan ha med å gjøre at de har en stor andel sykepleiere på helsesenteret, og at de ikke frem til nå har vært problematisk å rekruttere sykepleier til helsesenteret, bortsett fra sykepleiere til natt. Den sterke krisefølelsen har de kanskje ikke kjent på helt enda. Lederne på sin side har informert og jobbet for at de ansatte skal kjenne behov av at endring er viktig og riktig, og vist at de er sterke ledere som har oversikt og som handler raskt og tar gode beslutninger for å møte fremtidens behov. Disse variablene trekker også Mintzberg frem som er med på å påvirke organisasjonens struktur og kultur. (Nielsen og Ry, 2002)

Likevel har de ansatte gitt informasjon om at de ønsker og at det er behov for bedre informasjonsflyt, mer samarbeid og fleksibel bruk av kompetanse samt gjennomføre en oppgavedeling som gir mer fleksibilitet og effektivitet i utførelsen av oppgavene i tjenesten. Det viser seg at de ansatte sier noe om at det er riktig og viktig med endring sett fra sitt ståsted. Dette er også synlig i deres adferd, da de ofte viser til stress i enkelt situasjoner som omhandler for eksempel samarbeid på tvers av avdelingene.

På den ene siden uttrykker flere av de ansatte at de blir stressa, om de skal hjelpe til i en annen avdeling. En forklaring de gir selv på dette, er at det både er nye pasienttilfeller og nye kollegaer og samarbeide med som gjør de utrygge i situasjonen. Med dette som bakteppe har de selv sett behov for kompetanseheving og opplæring, forbedring og rutiner for samhandling og slik at de kan arbeide på tvers av avdelingene. Gjennom prosessen har det blitt satt fokus på dette i personalmøter, informasjonsmøter, gjennom opplæring av nye rutiner og hvor fokusgruppen med ansatte har bidratt.

På annen side har dette gjort til at de har tilegnet seg ny kunnskap, samt emosjonelt forberedt seg over tid på endringen. De viser at de har kommet frem til en felles forståelse av at endringen er god, viktig og riktig, gjennom at de er deltagende aktører for å forbedre dagens situasjon. Det viser seg at de fleste ansatte viser et initiativ på å komme i gang og et ønske om å mestre. Gjennom kartlegging og planleggingsfasen, observerer jeg at de ansattes adferd har endret seg over tid. Fra å være noe mer «lunken» til mer deltagende engasjerte i omstillingen.

De viser å ta ansvar, ønske om forbedring, bedre dialog og kommunikasjon, er mer målrettet i enkelt situasjoner og viser en positiv adferd tross utfordringer som de sammen skal finne løsninger på. I Perioder av dette kan stress synes å fremtre i enkelte situasjoner, men hvor de viser å ha evne til å holde stø kurs og tilpasse seg i situasjonen likevel. Gjennom prosjektet vil jeg si at tanker, følelser, oppfattelser hos de ansatte har endret seg, og som har gitt et mer bevist valg av konstruktive løsninger og handlinger som en felles nevner for gruppen.

Dette samstemmer også med D.I. Jacobsen sin teori om organisasjonsendring at ledelsen må arbeide for å skape en felles oppfattelse om at endring er viktig, riktig og god og forståelse for at endringen skal gjennomføres. (D. I Jacobsen, 3 utg. 2018, Organisasjonsendringer og endringsledelse). «It make sense» for de ulike aktørene og gir mening, som påvirker deres adferd og hvordan de handler på. Aktørene i organisasjonen viser seg å tilpasse seg de eksterne omgivelsene, både de historiske, dagens situasjon og det fakta fremtidens behov er. (E. Schein, organisasjonskultur og ledelse, 2 utgave 1994)

Forbedringstavle/ sjekkpunkt møter: Omstillingsprosessens fase 3 handlet om opplæring av nye rutiner for samhandling og oppstart av sykepleieteam og avdelingsteam i en testmåned. I testmånedet satte vi opp «sjekkpunkt» møter for forbedring i lunsjpausen hver dag de første ukene. Et samlingspunkt med forbedringstavle hver dag i lunsjen med fokus på evaluering og forbedring. Her skulle alle si noe om hva som var bra og som fungerte, og hva som ikke fungerte så bra. I tillegg skulle ansatte gi innspill til hvilke tiltak som var viktig å prioritere og om noen tiltak måtte settes i gang omgående. Dette vist seg i å forebygge for konflikter, hvor ansatte hadde dialog og kom frem til gode løsninger og tiltak for utfordringer som de møtte. De fikk ryddet opp i uklarheter og engasjerte seg i å lære også hverandre i de nye funksjoner og oppgavene de skulle utføre. I all endring endrer også vår adferd seg, og hvor vi må gjøre den nye oppgavene en hel rekke ganger før oppgavene tilegnes oss til å bli en vane. (Psykolog Phillippa Lally, University College of London, How are habits formed?)

Hovedmål for prosjektet ble plassert godt synlig på forbedringstavlen, slik at alle hadde målet for «øye» Alle ansatte viste engasjement og var innstilt på å evaluere og forbedre underveis i implementeringsfasen. Frustrasjon kom også til syne, men hvor de også da ble forespurt om hva de mente var løsningen. Dette ansvarliggjorde også hver enkelt. Gjennom dette ble også frustrasjonene færre etter hvert, hvor de gikk fra å bruke energi på å frustrere seg, til heller å finne løsning sammen. Denne delte de så til meg og til resten av gruppen av ansatte.

Ansatte ga allerede nå uttrykk for at den nye oppgavedelingen, organiseringen og ansvarsfunksjoner er et grep for bedre arbeidsflyt, lettere tilgjengelig informasjon og oppgaver som var forenklet gjennom de nye samhandlingsrutinene i Profil, og forbedring og mer effektiv organisering i utførelsen av oppgavene. (NOU 2023:4, Tid for handling, s 129)

6. Oppsummering og konklusjon

I min forskningsoppgave har jeg jeg beskrevet gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering, hvordan få en mer bærekraftig helse,- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling på helsesenter i primærhelsetjenesten. Jeg har konsentrert meg om kartlegging av oppgaver, utfordringer og ideer hos ansatte, gjennomføring og forbedring av en ny oppgavedeling og organisering av funksjoner og ansvar. Arbeidet har utgangspunkt i en allerede eksisterende omstillingsprosess som tre korttidsavdelinger ved helsesenter gjennomfører. Ansatte har vært involvert gjennom hele prosessen, hvor fokus har vært å komme frem til en konklusjon og resultat om en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste på tre korttidsavdelinger på et helsesenteret i kommunen. På bakgrunn av funn, analyse og drøfting av mitt datamateriale, vil jeg oppsummert svare på forskningsspørsmålet og problemstillingen, og til slutt konkludere mine funn og resultat av prosessen. Avslutningsvis vil jeg trekke frem overføringsverdien dette arbeidet har til å gjelde andre tjenestoområder innen helse, - og omsorgstjenesten og vurdering av andre muligheter innen forskningsfeltet.

6.1 Kan oppgavedeling fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?

Både sykepleiere, helsefagarbeider, avdelingsvert, team koordinator gir uttrykk for at den nye oppgavedelingen mellom profesjonsgruppene er nå mer tydelig, og at de gjør oppgaver nå som er mer knyttet til sin kompetanse. På den ene siden viste den nye oppgavedelingen og ved å innføre den nye funksjonen, avdelingsvert, å frigjøre mer tid for sykepleiere og helsefagarbeidere til å utføre oppgaver med pasientkontakt og knyttet til sin kompetanse. I lys av dette kan det se ut som at kompetansen er nå på rett sted og til rett tid. På den andre siden måtte de ansatte bruke tid på å lære seg å samarbeid og samhandle på. En forklaring på dette er at den nye oppgavedelingen førte med seg nye oppgaver til de ulike funksjonene, og ikke minst oppgaver til den nye funksjonen avdelingsvert. Det var derfor behov for kompetanseheving knyttet til den nye oppgavedelingen og funksjonene. Dette gjaldt alle profesjonsgruppene som sykepleiere, helsefagarbeidere, avdelingsvert, teamkoordinator, fysio – ergoterapeuter og lege. Dette ble løst med planlagt internundervisning for nye oppgavedeling og funksjoner, ulike faglige tema, simuleringstreninger for møtevirksomhet som tverrfaglige møter og ferdighetstrening på pasientdukker for enkelte medisinfaglige prosedyrer. Men er det virkelig slik at helsepersonell aldri gjør disse oppgavene som nå ligger til avdelingsvert funksjonen? Det kan se ut til at noen av disse oppgavene, for eksempel som å rydde pasientrom, på fyll av lintøy på pasientrom eller hente forbruksmateriell på lager i kjeller gjøres i enkelte sammenhenger av helsepersonell. En årsak til dette kan være at i enkelte

situasjoner vil det være like effektivt og gjøre det i «samme slengen» etter pasientstell for eksempel, enn å måtte vente på at avdelingsvert skal utføre det. Men likevel viste det seg at dette skjer i liten grad og kun i sammenheng med andre oppgaver knyttet til kompetansen.

Den nye oppgavedelingen viser også at ved å unngå at oppgavedeling skjer tilfeldig der og da, oppstår det mindre merarbeid, da oppgavedelingen nå er mer tydelig og planlagt og hvilke funksjoner som utførte oppgavene. Dette samsvarer også med funn i kartlegginga av utfordringer, hvor de ansatte forteller at det til tider er kaotisk og at de «løper» mye for å få gjennomført alle oppgavene. Det viser seg også at fokusgruppen kom frem til metoder for bedre samhandling gjennom allerede eksisterende digitale verktøy, som jeg kommer tilbake til. Alle faggruppene ønsker seg mer kompetanseheving og utvikling og hvor det viser seg å gi økt motivasjon hos den enkelte ansatte. Det var derfor en tydelig enighet i gruppen ansatte, om at en planlagt og tydelig oppgavedeling var det beste for mer effektiv bruk av kompetanse og rett kompetanse til rett tid og på rett sted. (NOU 2023:4, Tid for handling, s. 130 og 132)

Det kan se ut til at den nye og mer tydelige oppgavedelingen kan gi økt omsorgskapasitet for helsepersonell. En forklaring på dette er etablering av avdelingsvert funksjonen som «tar unna» det meste av drift og service oppgavene, slik at helsepersonell har mer tid til direkte faglige og pasientnære oppgavene. Men det ser også ut til at ansatte trenger mer tid til å komme inn i de nye oppgavene. Videre viste arbeidet at den nye oppgavedelingen også medførte og se på organisering av kompetansen for en god og effektiv arbeidsflyt. Slik at selv om oppgavedelingen ga oppgaver mer knyttet til kompetanse og med mål om rett kompetanse på rett tid og sted, kan det se ut som om at ansatte trenger tid til innlæring med nye måter og samarbeide og samhandle på i større grad enn hva de hadde tenkt over på forhånd.

6.2 Kan organisering fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?

Ut fra den nye oppgavedelingen mellom profesjonsgruppene, kom det raskt frem at for å oppnå større fleksibilitet i bruk av kompetanse på tvers, viste det seg behov for forbedring i organisering av kompetansen og funksjoner. Det viser seg at gjennom den nye oppgavedelingen og mål om mer fleksibel bruk av kompetansen, måtte helsesenteret se på hvordan de organiserte kompetansen på alle tre korttidsavdelingene. Et mål var mer fleksibilitet i bruk av ansatte sin kompetanse på tvers av avdelingene.

På den ene siden var ikke ansatte vant med å jobbe i andre avdelinger enn i sin egen. De hadde godt samarbeid internt på sin avdeling, men mindre erfaring i å samarbeidet på tvers av

avdelingene. Med bakgrunn i dette utviklet fokusgruppen en ny modell for organisering av kompetanse, såkalt sykepleieteam og avdelingsteam. Sykepleiere i sykepleieteamet skulle jobbe på tvers av avdelinger, hvor mål var at særlig spesialisert kompetanse som for eksempel kreftsykepleier, skal benyttes der hvor det er behov. På denne måten å oppnå rett kompetanse til rett tid og sted. På den andre siden viste dette seg å gi de ansatte nye utfordringer som f.eks. det å ha tillit til sine kolleger og deres kompetanse på tvers av avdelingene. Det oppstod derfor nye situasjoner for kompetanseoverføring, kompetanseheving og læring. Videre viste det seg også et nytt behov for samarbeid og relasjonsbygging mellom ansatte i alle tre avdelingene.

I lys av dette kan det se ut som at hos enkelte ansatte å ha motstand mot den nye organiseringsmodellen. En forklaring på dette er at det krevde mer å sette seg inn, redsel for om de ville mestre oppgaven, og usikkerhet overfor nye kolleger å jobbe sammen med. Noen ansatte uttrykte at de kanskje var redd for å spørre om hjelp til nye kolleger, og kjente på stress ved å skulle jobbe i en avdeling de ikke var kjent i. Dette medførte at de hadde behov for å teste ut modellen og få erfaringer, bli kjent og gjennomføre forbedringer underveis. I praksis krevde dette støtte og hjelp fra støttepersonell hvor rådgivere fra kommunen deltok, samt ekstra innleie av personell i opplæringsfasen i enkelte uker i testmåneden. På den ene siden viste det seg at noen ansatte likte svært godt denne organiseringsformen, hvor de ga uttrykk for at de fikk brukt sin kompetanse mer riktig og at dette inspirerte til mer læring. På den andre siden viste det seg at andre syntes det var utfordrende, og ikke kjente seg helt «modne» for oppgaven. Det var derfor stor forståelse for at sykepleiere stod på ulike stadier i dette, men at alle skulle forsøke og gjennom dette skape en utvikling både personlig og for avdelingen, samt at dette vil bli fasett inn individuelt over tid.

Avdelingstemaet fikk en ny funksjon, avdelingsvert i tillegg til helsefagarbeidere og sykepleiere. Det kan synes som at dette effektivisert arbeidsflyten i avdelingen og oppgavene de helsepersonell utførte var knyttet nå til kompetansen den enkelte innehar. Det viste seg også gjennom denne organiseringsmodellen, behov for tydelig struktur for samhandling mellom sykepleieteam og avdelingsteamene. Teamkoordinator for sykepleieteam og vaktleder for avdelingsteam, ble nøkkelfunksjoner i dette. Særlig med tanke på fordeling av pasienter og samhandling i avdelingene. Det var viktig å opprettholde tett samarbeid og unngå «dine» og «mine» pasienter, men at begge teamene hadde ansvar for avdelingens totale daglige drift.

Med bakgrunn i den nye oppgavedelingen og organiseringen av kompetanse, utarbeide fokusgruppen nye strukturer og rutiner for samhandling, og som jeg omtaler i neste avsnitt. I lys av dette kan det se ut til at den nye organiseringsmodellen med sykepleieteam og avdelingsteam, bidrar til mer fleksibel og effektiv bruk av kompetansen på tvers av de tre korttidsavdelingene. Videre at den også bidrar til kompetanseheving for hver enkelt ansatt. Men at det kan synes som at det må trenes og øves på samhandling mellom teamene og ansatte i teamene, for å oppnå en enda mer god og effektiv arbeidsflyt. Ansatt uttrykker at det «går seg til over tid, vi må bli litt mer vant», som sier noe at trygghet og læring skjer over tid.

6.3 Kan teknologien fremme en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?

Alle profesjonsgruppene ga uttrykk for at de ikke var klar over funksjoner og muligheter journalsystemet Profil inneholdt, noe som også kartleggingen og datafunn viste. På den ene siden viser det seg at gjennom nye utarbeidelse og etablering av nye rutiner for samhandling gjennom pasientjournalsystemet Profil, medførte dette til å effektiviserte arbeidsflyten og forbedret informasjonen i sann tid. De nye rutinene for samhandling i pasientjournalsystemet, erstattet nå beskjed bøker til lege, beskjed bok for ansatte «sorteboken», perm for kartleggingsskjema, perm for innkost og utskrivelse, samt også News- perm. Det viste seg videre at både bruk av tiltaksplan, kartleggingsskjema ved innkost og sjekklister ved innkost og for utreise, forenklet informasjonsflyten, og ga en enklere oversikt over oppgaver som var gjort og oppgaver som gjenstod å gjøre, samt at det ble færre steder å skrive og dokumentere for de ansatte.

På den andre side skapte det også en usikkerhet hos ansatte og spesielt i starten av testmåneden, da de ansatte uttrykte at de var redd for at noe skulle glippe. For bedre informasjonsflyt viste det seg også at ansatte hadde behov for mer opplæring i bruk av eksisterende systemer og de nye rutinene for samhandling. Gjennom undervisning og «en til en» opplæring i avdelingen, ble opplæringen intensiverte de to første ukene i testmåneden. Det viste seg sakte med sikkert at ansatte lærte dette, men at det også ville ta noe mer tid fremover. Det var ingen store feil i oppstarten, men det var også nøye kontroll i test måned hvor ansatte var opptatt av å fange opp eventuelle saker og feil som kunne dukke opp. En forklaring på dette kan henge sammen også med, at nye vaner og adferd som skal innføres hos hver enkelt ansatt, må naturlig nok forventes å ta tid for å bli etablert.

Men det var en felles enighet og anerkjennelse blant de ansatte som uttrykte at innføring av rutiner for samhandling i journalsystemet, ga bedre arbeidsflyt, effektiviserte oppgaveløsning

og hvor de fikk informasjon i sann tid. Det viste at samhandlingen mellom ansatte og mellom teamene, ble forenklet, tok mindre tid og hvor ansatte nå fant informasjon på samme sted.

Digitale kamera har avdelingen innført før oppstart av dette studie på enkelte rom og særlig rom med pasienter med kognitiv svikt. Det har medført til reduksjon i antall ansatte på natt, da nå kunne de observere pasienten via kamera. Det forstyrret også mindre pasientene hvor de sov i lengre perioder på natt og ble mindre urolige, særlig gjaldt dette pasienter med kognitiv svikt/demente. Avdelingene har i flere år hatt velferdsteknologi, som blant annet bevegelsesalarmer og døralarmer, som har gitt de en bedre oversikt over pasientgrupper som for eksempel pasienter med fallfare og kognitiv svikt.

Det kan se ut som og som at det er tydelig behov for forbedring av styringssystemer både når det gjelder kompetanseheving og pasient journalsystemer, for en mer bærekraftig tjeneste i kommunen, men at en har klart å utnytte allerede eksisterende systemer på en konstruktiv og mer effektiv måte for samhandling. Det synes også gjennom dette studiet at de fysiske rammene for en god arbeidsflyt kan være utfordrende med lange korridorer og avstander i forhold til god flyt i arbeidet. Videre ser det også ut til at det kan være behov av å se på hvordan forbedringer kan gjennomføres for eksempel angående flere pc arbeidsstasjoner, sammensetning av pasientgrupper i avdelingen samt også forbedring av journalsystem og systemer for kommunikasjon og informasjonsflyt. Kommunen er i prosess med anskaffelser av digitale tavler og vurdering av nytt pasientjournalsystem, men at dette ligger litt frem i tid.

6.4 Hvilke erfaringer ansatte fikk gjennom omstillingen?

Data funn viste at ansatte har godt samarbeid på sin avdeling, men mindre erfaring med samarbeid på tvers av avdelingene. Samtidig viste det seg at de ønsket mer samarbeid og å få bruke sin kompetanse mer riktig og mer fleksibelt på alle de tre avdelingene. Noe av utfordringene som de beskrev var at de opplevde å ikke få brukt sin kompetanse fullt ut. Dette var også bakgrunnen for at de ønsket å teste ut arbeid med sykepleieteam og avdelingsteam. Det kan se ut som at noen ansatte syntes dette var moro og utviklende, og engasjerte seg aktivt inn i arbeidet, mens andre vegret seg for å delta. En forklaring på dette henger gjerne sammen med at endring kan være vanskelig og utfordrende, og kanskje også som en mangel på å forståelse for hvorfor gjør vi denne omstillingen.

På den ene siden viste det seg at de som var positiv til endringen, var også de som var talerør for at vi skulle lykkes med omstillingen. De ansatte fikk samme informasjon underveis i prosessen, men det viste seg å oppfatte informasjonen ulikt. Dette kan henge sammen med

erfaringsbakgrunn, språk og hvordan vi oppfatter og lærer nye ting ulikt som personer. I tillegg uttrykte noen ansatte at «krisen» ikke er her enda, og derfor ikke helt forstod hvorfor vi må endre nå, til tross for informasjon om at endring er riktig og viktig. På den andre siden ga de fleste ansatte uttrykk for at det var behov for forbedringer, hvor de ønsket å få bruke sin kompetanse mer riktig. En mulig forklaring kan være at vi ønsker utvikling og forbedring, men at noen vegrer seg fordi det innebærer en egeninnsats til endringen.

Gjennom prosessen kan det også se ut som at enkelte ansatte endret adferd og holdninger til endring, fra å være litt «lunken» til å bli «mer varm», og hvor de viste mer engasjement underveis i prosessen. En mulig forklaring er at selve endringsprosessen i seg selv, bidrar til at de som var mer lunkne, blir dratt med i prosessen fordi de oppdager at dette har en nytteverdi for dem selv. Dette underbygger også at de over tid så behov for endringen, og at «it makes sense» for de involverte aktørene. Det ser ut til at de på denne måten fikk også gjennom prosessen, se en egen personlig utvikling og belønning ved å involvere seg. Det kan også se ut til at jeg ved å ha fokus på at de ansatte selv kom frem til løsningene og tiltakene var svært viktig, for å oppnå deltagelse til omstillingen. På den måten fikk ansatte mer eierskap til omstillingen ved at de selv kom frem til løsningene. Likeså viste det seg at jeg som aktiv forsker måtte bruke noe tid på enkeltpersoner i selve endringsprosessen. Ved å investere i bruk av tid på enkeltpersoner, viser det seg at dette ga en smitteeffekt på andre ansatte som ønsket å engasjere seg og hvor resultatet ble at vi sammen skapte løsninger og forbedringer i prosessen. Ansatte uttrykte også at de ble sett og hørt gjennom prosessen, og det viste seg å være lite konflikter underveis. Ansatte viser evne til å finne løsninger sammen, og hvor det utvikles seg en felles kollektiv forståelse for at endring er viktig og riktig. Det ser også ut til at ansatte i organisasjonen er tilpasningsdyktige og finner løsninger for å forbedre sin egen arbeidshverdag, som de også viste tidligere gjennom Covid - 19 pandemien.

6.5 Gevinster gjennom forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering.

Oppdragsbeskrivelsen belyste hvilke gevinster fokusgruppen skulle arbeide mot. Gjennom omstillingen utviklet fokusgruppen bedre rutiner for samhandling og beskrivelser for oppgaver knyttet til de ulike funksjonene, og som viste seg å gi bedre arbeidsflyt og informasjon i sann tid.

- Det viser seg at en forbedring av oppgavedelingen, ansvar og organisering kan se ut til å gi en mer *fleksibel og effektiv* bruk av kompetansen, og til riktig tid og sted.

- Det viser også at enkelte oppgaver er forenklet eller helt fjernet gjennom bedre rutiner for samhandling og bruk av allerede eksisterende systemer, og dermed *spart tid*.
- Det kan også se ut til en *sparer tid* ved hjelp av teknologi som hjelpemiddel i utførelse av enkelte oppgaver og som ikke minst forenklet informasjonsflyt mellom ansatte.
- Det ser også ut til at gjennom oppgavedeling, ansvar og organisering gir dette handlingsrom for tiltak for *kompetanseheving*.

På den ene siden og gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering viser det seg at gjennom å forenkle oppgaver og bruke kompetansen på rett oppgave, gjør at helsepersonell får frigjort mer tid og som videre kan se ut til å gi en mer økt omsorgskapasitet. I tillegg gjennom nye rutiner for samhandling fikk ansatte også informasjon i sann tid. De kunne nå hente ut fagrapporter, og gikk over til stille rapport. Høytlesing av rapporter var derfor ikke nødvendig i overlapping mellom vaktene. Vi vet at avdelingene utfører samme oppgaver nå som før og med samme bemanning, men med en mer tydelig oppgavedeling knyttet til kompetansen og etablering av ny funksjon avdelingsvert. Likevel uttrykker de ansatte selv at de har utfordringer med å se at dette kan gi en økt omsorgskapasitet. En forklaring kan være at ansatte har behov av å erfare dette over tid, at gjennom etablering av avdelingsvert funksjonen, har gjort til at de får mer tid til faglige oppgaver og mer pasientkontakt.

På en annen side uttrykker de ansatte at funksjonen avdelingsvert er til stor hjelp i avdelingen, og ønsker å beholde denne i grunnbemanningen. Siden grunnbemanningen er den samme som før, viser det seg at dette gir nye utfordringer for hvordan fase den nye funksjonen avdelingsvert inn i ansattbeholdningen. Det kan se ut til at den nye funksjonen avdelingsvert, vil måtte fases inn over tid i ansattbeholdningen. På den ene siden kan den nye rollen først bli etablert ved naturlig avgang og ledige stillinger, da det ikke er økonomiske rammer for å øke grunnbemanningen. På den andre side er dette noe uheldig, da en gjerne skulle ha sett å få etablert funksjonen så raskt som mulig, for å oppnå en mer effektiv, fleksibel og bærekraftig bemanning og tjenesteytelse.

Det kan se ut som at forbedring i oppgavedeling, ansvar, organisering og funksjoner viser å gi en løsning som gjør at en kan planlegge ansatt beholdningen med en mer riktig sammensetning av fag- og personellgrupper for å møte fremtidens behov og en mer bærekraftig helse – og omsorgstjeneste på korttidsavdeling. Det ser ut til at vi blir mer og mer

nødt til å fristille tid for særlig høy spesialisert kompetanse som for eksempel spesial sykepleiere, til å utføre oppgaver knyttet direkte til kompetansen. I denne studien viser det seg at gjennom å trekke ut drift og service oppgavene i en helt ny funksjon, får helsepersonell mer tid til de helsefaglige oppgavene og mer pasientkontakt.

Kompetanseplan og kompetanseheving: Et viktig tiltak er kompetanseheving og ha gode strategiske kompetanseplaner, også for å beholde ansatte. Korttidsavdelingen har gjennom kartlegging av kompetanse, kommet frem til en handlingsplan for kompetanseheving på alle profesjonsgrupper på korttidsavdelingene på helsesenteret, og hvor det ble satt i gang simulering og ferdighetstrening på prosedyrer, og på struktur og innhold i tverrfaglige møter. Gjennom arbeidet har fokusgruppen også kommet frem til en kompetanseplan i denne sammenheng. Denne vil være en del av det overordnede arbeidet kommunen har pr. dags dato for en overordnet strategisk kompetanseplan. Kompetanseplanen er basert på norsk standard fra 2021, for sykepleiere ([NS 6510](#)) og for helsefagarbeidere ([NS 6511](#)). Gjennom dette arbeidet er det også plan om å være en attraktiv arbeidsgiver med tanke på rett kompetanse til rett tid og sted. Det handler om å rekruttere og beholde kompetent helsepersonell.

Rekruttering: Kommunens arbeid for å beholde og rekruttere helsepersonell gjennomføres også i tråd med Helsedirektoratets kompetanseløft 2025. Kommunen deltar i en rekke prosjekter som for eksempel: KS sine prosjekter som Menn i helse; rekruttering av flere menn inn i helse, KS - Jobbvinner som er en mentor ordning for rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere, Mitt livs ABC, som styrker kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming, andre tilskuddsordninger som styrker fag og tjenesteutvikling og kompetanseheving hos helsepersonell i kommunen og videre demensomsorgens ABC. I tillegg er kommunen verst kommune for utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenesten som bidrar til å styrke kvaliteten i helse og omsorgstjenesten, gjennom fag – og kompetanseutvikling i kommunen og i Agder. De bidrar med kompetanseløft, sprer ny viktig kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer.

Kommunen har i tillegg et bærekraftig omstillings prosjekt gående som er kalt «Inn i jobb», og som er et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommune, fylke, Nav, næringsliv og utdanningsinstitusjoner, med inkludering av unge inn i arbeid. Dette prosjektet samarbeider med prosjektet TØRN som omhandler ny oppgavedeling, ansvar og organisering i helsetjenestene i kommunen.

I denne sammenheng ser det ut til at oppgavedeling, ansvar og organisering kan virke som en «dør åpner» for nye «hender» inn i helsetjenesten. Gjennom mer tydelig oppgavedeling og bruk av kompetanse ønsker en å oppnå attraktivitet som arbeidsgiver og for rekruttering av nye medarbeidere. Min antagelse er at en blir en mer attraktivt arbeidsgiver i rekruttering av helsepersonell, når oppgavene er mer tydelige og til riktig kompetanse.

6.6 Konklusjon

Problemstillingen reiste følgende spørsmål: «*Hvordan kan en gjennom forbedring av oppgavedeling, ansvar og organisering få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten?*»

Når rapporten «Tid for handling» hevder at en riktig oppgavedeling er viktig for god samhandling og en bærekraftig bemanning av helse- og omsorgssektoren (Rambøll og Menon 2022), ser jeg gjennom dettes studiet at det stemmer også for korttidsavdeling på helsesenter i primærhelsetjenesten.

Oppgavedeling: Gjennom dette studiet og arbeidet vil jeg konkludere med at en forbedring i oppgavedeling bidrar absolutt til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten. Studiet har tatt utgangspunkt i kartlegging av dagens oppgaver, gjennomført en ny oppgavedeling mellom profesjonsgruppene i korttidsavdelingen, og sett på hvordan oppgaver kan forenkles eller erstattes ved hjelp av hjelpemidler som for eksempel teknologi. Gjennom den nye oppgavedelingen og ved å etablere en ny funksjon, med navn avdelingsvert, hvor denne funksjonen fikk oppgaver som omhandler drift og service oppgaver, og som kartleggingen viste å ta mye tid. Dette viste seg å frigjøre mer tid for helsepersonell til direkte helsefaglige oppgaver og mer pasientkontakt, da drift og service oppgavene nå ble utført av avdelingsvert funksjonen. Denne rollen er også med å bidra til rekruttering av arbeidskraft og «andre hender» inn i helsetjenesten, til oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. Dette viser at forbedring i oppgavedelingen gir mer riktig og effektiv bruk av kompetanse, og hvor nye og andre «hender» inn i helsetjenesten for å løse oppgavene ved en korttidsavdeling i primærhelsetjenesten.

Organisering: Videre når rapporten «Tid for handling» av NOU sier at oppgavedelingen mellom enkelte profesjonsgrupper er et grep for bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, men at det også like mye handler om å få til en *effektiv organisering* i utførelsen av oppgavene, ser jeg også at dette stemmer gjennom dette studiet. Oppgavedelingen førte til at det ble viktig å

se på hvordan organiseringen av funksjoner og hvordan korttidsavdelingene brukte kompetansen. Ut fra oppgavedelingen ble det i studiet etablert sykepleieteam med den hensikt å skape rom og potensiale for et robust fagteam, for økt fleksibilitet og mer effektiv og riktig bruk av kompetansen. Sykepleieteamet skal benyttes på tvers av de tre korttidsavdelingene på helsesenteret. Denne form for organisering viste seg å bidra til mer fleksibel bruk av særlig spesial sykepleiere som for eksempel kreftsykepleiere, til særlig spesialiserte oppgaver og på tvers av alle de tre korttidsavdelingene. Den viste også samtidig at for å få maksimal effekt, var det viktig å få til god samhandling med fordeling av sykepleiekompetansen og fordeling av pasienter til sykepleieteamet, og god samhandling og arbeidsflyt over tid. (NOU 2023: 4. Tid for handling. S. 149) Den nye modellen med sykepleieteam ble også driftet frem i nye bemanningsplaner av ledergruppen, hvor kombistillinger kom frem som et tiltak. Dette medførte at sykepleiere var ca. 70% i sin primæravdeling og 30% i sykepleieteam i sin turnus. Ansatte uttrykte at det var viktig for dem at de fikk jobbe flere dager sammenhengende når de var i sykepleieteamet for å få kontinuitet i arbeidet.

Ansvar: Gjennom arbeidet med nye funksjoner som blant annet avdelingsvert, organisering av sykepleiere i sykepleieteam viser studiet at dette også påvirker behov for forbedringer i struktur og rutiner for samhandling, som en viktig faktor for å oppnå god arbeidsflyt i tjenesten. Gjennom arbeidet kom det derfor frem forbedring av rutiner for samhandling, struktur i møtevirksomhet og forbedring av ansvar i alle funksjoner. Rutinebeskrivelser for samhandling, for funksjoner som team koordinator, avdelingsvert, sykepleier og helsefagarbeidere. Studiet viser også at involvering av ansatte er svært viktig for å lykkes i en krevende omstillingsprosess, og at kompetanseheving og mulighet for mestring settes i fokus. Videre at forankring på ledelsesnivå er svært viktig, hvor ledelsen ser nye måter å løse oppgavene på, gode bemanningsplaner og tiltak for kompetanseheving i tjenesten.

Jeg vil *konkludere* med å si at systematisk planlagt forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering er en god og viktig metode og en helt avgjørende virkemiddel for en mer bærekraftig helse – og omsorgstjenestene ved korttidsavdeling i primærhelsetjenesten. Studiet har vist å frigjøre mer tid for helsepersonell til oppgaver i forhold til sin kompetanse, samt organisere kompetanse på en slik måte som gir mulighet for fleksibel og mer effektiv bruk av kompetansen. Gjennom studiet med forbedring av oppgavedeling og organisering, viste det seg å gi retning for en mer riktig tverrfaglig sammensetning av ansatt beholdningen, og hvordan andre yrkesgrupper kan bidra i tjenesten. Studiet og arbeidet viser også at skal en

lykkes med en slik omstilling, fordrer det god struktur og rutiner for samhandling mellom personellressursene i tjenesten, kompetanseheving og opplæring og ikke minst god involvering av ansatte og forankring i ledelsen for suksess.

Dette er også noe NOU-rapporten; «Tid for handling» anbefaler; at riktig oppgavedeling og organisering og ikke minst effektivisere dette arbeidet kraftig opp, skal vi mestre å møte fremtidens behov. Helsepersonellkommissjonen foreslår å sette i gang et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram, som skal fremme arbeidet for bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene. Helsekommissjon foreslår at programmet TØRN skal videreutvikles, som drives i dag av KS. (NOU 2023:4, «Tid for handling, kap. 8 s. 138)

Mitt forskningsbidrag: Når K. Ludvigsen og H. Danielsen (2014) viser i sin rapport om ny oppgavedeling mellom personellgrupper i helse og omsorgssektoren, er veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester, vil jeg si at det er en helt avgjørende og viktig faktor for å møte fremtidens utfordringer på alle avdelinger i helsetjenesten. Lenge har det vært tradisjon for i helsetjenesten at alle gjør alle oppgaver og at det skal være rettferdig fordelt mellom de ulike profesjonsgruppene. Det er på tide å stoppe opp og jobbe «smartere», for bedre utnytte kompetansen både riktig, effektivt og fleksibelt. Ledere og ansatte må få mer kjennskap og læring med oppgavedeling, ansvar og organisering som metode og som et strategisk virkemiddel, og ta eierskap til metoden. Dette studiet har stor overføringsverdi til bruk for ledere som et verktøy for å gjennomføre en slik omstilling og arbeidsprosess i tjenesteområdene.

Jeg tror og håper dette er av stor interesse for ledere til å ta i bruk metoden i sine avdelinger. Dette for både å utvikle og beholde personell, så vel som å rekruttering nye helsepersonell som er nødvendig for å levere de lovpålagte tjenestene. I denne sammenheng vil jeg påpeke at forankringen fra toppen og helt ned i linja er en avgjørende og viktig faktor for å lykkes, så vel som involvering fra ansatte. Metoden er svært aktuell og kan med stor grad overføres og gjennomføres i andre avdelinger i kommunens helse - og omsorgstjeneste.

Videre forskning: Dette studiet har vist en forbedring i oppgavedeling, ansvar og organisering, i en allerede eksisterende endringsprosess, og som viser å være viktig virkemiddel for en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Den har også omtalt noe om hva som skjer i forhold til motstand til endring og ikke minst kompetanseoverføring mellom profesjonsgruppene. Det vil

være en fordel med forskning på organisasjonskultur og hvordan oppgavedeling kan bidra til økt arbeidsmotivasjon, dynamikk og samhold/ team følelsen blant ansatte og hvordan dette kan bidra til økt rekruttering og kompetanseutvikling. Mitt studiet har avdekket noen funn i denne sammenheng, men hvor jeg har valgt som følge av oppgavens begrensning ikke å utdype dette mer i min analyse og drøfting.

Et ytterligere felt for forskning knyttet til oppgavedeling og som det vil være interessant og nyttig, er oppgavedelingens påvirkning i forhold til arbeidstidsordninger og digitalisering som betydning for bærekraftig helse – og omsorgstjeneste for fremtiden.

7. Litteraturliste

[Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester - KS, 2022](#)

Bolman, LG & Deal, T E (5. utg. 2014): Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Oslo, Gyldendal.

[Bærekraftig utvikling \(fn.no\)](#)

D. I. Jacobsen, Organisasjonsendringer og endringsledelse, 3 utgave 2018.

D.I Jacobsen, Hvordan gjennomføre undersøkelser? 4 utgave, 1 opplag 2022.

E.H. Schein, Organisasjonskultur og ledelse. 2 utgave 1994)

FN Bærekrafts mål. Link: [FNs bærekrafts mål.](#)

H.J Leavitt, Managerial Psychology, 1 og 4 utgave, 1958 og 1978.

H.J Leavitt, Managerial Psychology, 5 utgave, 1988.

H.J. Leavitt, Applied Organizational Change in industry. Structural, Technological and Humanistic Approaches in: J. March (red.), Handbook of Organizations, Reand McNally & Co, 1965.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2. februar 2023, NOU 2023:4, «Tid for handling» –

personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste Link: [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)

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

[Helsedirektoratets årsrapport 2022 - Helsedirektoratet](#), Kap.3.8

[Imatis, digitale tavler Imatis digitale tavler](#)

J.C. Ry-Nielsen og Morten Ry; artikkel, Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning, 4 utgave 2014.

Jacobsen, D.I & Thorsvik, J. (2016) Hvordan organisasjoner fungerer.

[K. Ludvigsen og H. Danielsen \(2014\). Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse og omsorgssektoren: Veien å gå for å sikre framtida velferdstjenester. Uni Reasearch Rokkansenteret, rapport 2-2014](#)

[Kompetanseløft 2025 - Helsedirektoratet](#)

KS - Arbeid og organisasjonsformer. Link: [Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer KS \(ks.no\)](#)

KS forberede ny oppgavedeling [Steg 1: Forberede ny oppgavedeling - KS](#)

[Kunnskap for en felles framtid, Revidert strategi for utdanning for bærekraftig utvikling 2012-2015](#)

Kvale, S & Brinkmann, S. (2018) Det kvalitative forskningsintervju (3 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S., Brinkmann, S., Andersen, T:M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. 2 oppl. Ed.) Oslo Gyldendal akademisk.

[Lean- metodikk](#)

[Leiarspenn og organisering](#), Rapport NORCE 2019

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

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

[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Mary Jo Hatch, Organization Theory, 1997, kap.8 s. 243)

Morgendagens omsorg [Meld. St. 29 \(2012–2013\) - regjeringen.no](#)

Nancarrow, S.A og Borthwick, A.M (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology og Health and Illness*, 897.919. [Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce - PubMed \(nih.gov\)](#)

Nasjonal helse og omsorgsplan [Meld. St. 16 \(2010–2011\) - regjeringen.no](#)

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](#)

[Nasjonal strategi for bærekraftig utvikling - regjeringen.no](#)

Norsk standard NS 6510, for faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere, [Faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere \(standard.no\)](#)

Norsk standard NS 6511, for faglig oppdatering av autoriserte helsefagarbeidere, [Faglig oppdatering av helsefagarbeidere \(standard.no\)](#)

Norsk sykepleier forbund, [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](#)

[NOU 2005: 05 - regjeringen.no](#) – Vår felles framtid. Bruntlandskommisjonen.

Ny oppgavedeling i helse og omsorgssektoren, rapport fra Fafo, 2023:7, [20842.pdf \(fafo.no\)](#)

[Oppgavedeling-i-helse-og-omsorgssektoren-Oslo-Economics.pdf \(osloeconomics.no\)](#)

Phillippa Lally; [How Habits are Formed.pdf \(centrespringmd.com\)](#) *European Journal of Social Psychology*

Rambøll og Menon [Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner \(ks.no\)](#)

Senter for omsorgsforskning, dokumentsenter mai 2022; [Oppgaveglidning i omsorgstjenestene_final.pdf \(unit.no\)](#)

[State of Health in the EU Norge Landshelseprofil 2021](#)

Svein S. Andersen, Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring, 2 utg, 2013.

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Los Angeles: Sage

8. Vedlegg 1 – Fokusgruppe intervju guide

Rammesetting

- Bli kjent, samtale rundt bordet, skape god atmosfære gjennom dialog.
- Presentasjon av deltagere rundt bordet
- Sjekke ut stemning rundt bordet, sliten, trøtt, glad, trist, nervøs mm.
- Ha bevertning (lunsj)
- Ha presentasjon klar for møte starter
- Presentasjon av meg selv
- Informasjon om prosjektet og hva vi kommer til å arbeide med i gruppen og at dette handler om din arbeidshverdag og hvordan du opplever den i forhold til oppgavedeling, ansvar og organisering. Dere skal diskutere hvordan dere erfarer oppgavedeling i hverdagen og hvilke utfordringer dere synes dere har i avdelingen pr. i dag.
- Informere om hensikten med å delta i gruppearbeidet og spørsmålene og at alle vil få tilbakemelding om resultatet av arbeidet.
- Informere om at arbeidet vil bli publisert internt og ikke andre steder eksternt enn for lærere på UIA.
- Informere om hva som gjøres med datamateriale etter prosjektet avsluttes og sikring av anonymitet. Opplysningene anonymiseres og at datamateriale vil kun ledelsen av helsesenteret ha i sin database for videre forbedringsarbeid på helsesenteret.
- Informere om at jeg vil ta notater underveis.
- Informere om at spørsmål og gruppearbeid vil gruppen sitte i arbeidsgrupper og notere.
- Informere om at medlemmene i gruppen har rett til avbryte arbeidet.
- Fortelle om samlingens tidsramme og antall ganger.
- Informere om at jeg vil underveis sørge for at diskusjonene er åpne til at alle deltakerne kan utveksle erfaringer og kommentere hverandres synspunkter. Skifte spørsmål og oppgaver når det virker som deltakerne har snakket seg tomme eller gjentar seg selv.

Innledning: Fortelle om bakgrunnen for prosjektet og undersøkelsen

Målet med prosjektet / undersøkelsen er å finne ut hvordan oppgavedeling, ansvar og organisering mellom profesjonsgruppene på korttidsavdeling på helsehuset, kan gi en mer bærekraftig helse og omsorgstjeneste. I prosjektet / undersøkelsen ønsker jeg å finne ut

hvordan ansvar, oppgavedeling og organisering av profesjonsgrupper kan bidra til en mer effektiv tjenesteytelse ved bruk av rett kompetanse på rett sted og til riktig tid.

Prosjektet starter med å gjennomføre kartlegging av deres arbeidshverdag, hvilke oppgaver ansatte utfører i sin profesjon og hvilke erfaringer de har med dagens oppgavedeling. Tema for oppgaven er «*Hvordan oppgavedeling, ansvar og organisering kan bidra til bærekraftig helse- og omsorgstjeneste på korttidsavdeling i primærhelsetjenesten*». Vi vil se på oppgavedeling på de ulike profesjonsgruppene i korttidsavdeling, for å se på hvordan en mer effektiv tjenesteytelse kan forbedres.

Fokusgruppen med ansatte: vil ha 4 samlinger i hver gruppe for arbeidet for oppgaver, spørsmål og kartlegginger i undersøkelsen.

Fokusgruppen med ledere: vil ha 3 samlinger hvor fokus er status i fra fokusgruppen med ansatte sitt arbeid.

For oppsummering vil det være en felles samling for ansatt og ledergruppen, hvor ansatt gruppen vil presentere sitt arbeid. I denne samlingen vil det være en felles oppgave basert på forslag arbeidsgruppen fra de ansatte kom frem til.

Demografiske fakta

Organisering generelt på helsesenteret, type korttidsavdelinger og samarbeidspartnere, antall pasienter pr. avdeling, gruppe inndeling pr. avdeling, ulike etablerte funksjoner og ansvarsområder.

Samling 1: Fokusgruppe ansatte

Åpen innledning og lett prat og bli kjent rundt bordet, diskutere rundt bordet om hva som skal skje og hvilke tanker de har om prosjektet. Informere om bakgrunnen for prosjektet, mål og fremdriftsplan for prosjektet og involvering fra fokusgruppa.

Informere om bakgrunns historie og utfordringer helsehuset har definert fra ledelses perspektiv.

Gruppeintervju 1: Hvilke oppgaver skal vi løse i tjenesten? Deltakere snakke løst og fast rundt bordet om hva tjenesten skal yte og hvilke oppgaver det innebærer. Jeg noterer og oppsummerer.

Gruppeintervju 2: Verdistrøm analyse, kartlegging av nå situasjonen i avdelingene. Fokus gruppen med ansatte fikk ansvar for og med veiledning fra meg å gjennomføre en kartlegging i 14 dagers periode i sin avdeling. Alle ansatte fikk i oppgave å notere ned på Post-it lapper hvilke oppgaver de gjorde på dag, kveld og natt vakt. Det ble hengt opp gråpapir på vegg som var kategorisert som vist nedenfor i tabell. Hver enkelt profesjon hadde sin farge på Post-it lappen. De noterte alle oppgaver hver enkelt ansatt utførte og hvor mye tid de brukte på oppgaven på Post-it lappene.

Sykepleier	Helsefagarbeidere	Pleiemedhjelpere	Assistent	Legge	Fysio - Ergoterapeut	Avdelingsledere	Team - koordinatør	Utfordringer	Ideer
■ ■ ■ ■	□ □ □ □	□							

I løpet av de 14 dagene ansatte i avdelingen jobbet med dette, var jeg innom flere ganger i løpet av uken for å veilede, observere og snakke med de ansatte. Etter 14 dager samlet jeg inn kartleggingen og systematisert dette over i Excel – fil.

Gruppeintervju 3: Arbeidsgruppens medlemmer fikk i oppgave å intervju interessenter som medarbeidere, pasient og pårørende. De fikk utdelt en intervju guide som de kunne benytte. De fikk 4 uker på å gjennomføre intervjuene til neste samling nr. 2. (Vedlegg 13, 14 og 15)

Samling 2: Fokusgruppe ansatte

Åpen innledning og lett prat rundt bordet. Presentasjon av gruppens arbeid fra 1 samling på de ulike gruppe oppgavene.

Gruppeintervju 4: Gå igjennom kartleggingen ansatte gjennomførte av oppgaver for hver enkelt profesjon og gjør en ny oppgavedeling på:

- Hvem gjør hvilke oppgaver, hvilke funksjoner har hvilke oppgaver
- Hvilke oppgaver kan vi overføre til annet helsepersonell
- Hvilke oppgaver kan andre enn helsepersonell gjøre
- Hvilke oppgaver kan vi forenkle, slå sammen, eller slutte med/ eliminere.
- Hvilke oppgaver kan teknologiske løsninger overta

Gruppen skal sammen arbeide ut en NY oppgavedeling ut fra profesjonsgrupper og funksjoner på helsehuset. Dere skal nå sitte ned og gjennomføre oppgavedeling ut fra profesjon og kompetanse til/ for oppgaven. Oppgavene samles inn og jeg systematiserer de for presentasjon til samling 3.

Gruppen fikk en samlet presentasjon av resultat fra gruppeintervju 3: Intervju med interessenter som pasient, pårørende og medarbeidere. Alle deltagere hadde sendt inn resultat av sine intervju på forhånd på mail til meg. Intervjuene er anonymisert.

Samling 3: Fokusgruppe ansatte

Åpen innledning og lett prat rundt bordet. Presentasjon av gruppens oppgave på samling 2 med ny oppgavedeling.

Gruppeintervju 5: Kompetansekartlegging. Ut fra kompetanseplan, opplæring sjekklister for nyansatte for korttidsavdeling: Gå igjennom og sett opp punkter for rutiner, prosedyrer

ansatte må ha kjennskap til og lag en sjekklister for kompetansekartlegging for de ulike profesjonsgruppene. Her presenterer jeg «trafikklysmodellen» for gruppen. Jeg samler inn oppgaven og systematiserer arbeidet i en Excel-fil.

Gruppeintervju 6: Gå igjennom utfordringene som de ansatte skrev ned i kartleggingen.

Hva tror dere er årsaken til disse utfordringene som er beskrevet i kartleggingen? Diskuter og kom frem til punkter hvor det er absolutt behov for forbedringer. Hva som var bra og hva som kunne vært bedre. Jeg noterer og oppsummerer.

Gruppeintervju 7: Gå igjennom idéene som de ansatte noterte ned i kartleggingen. Hvilke idéer er gjennomførbare, og hva skal til for å gjennomføre de?

Samling 4: Fokusgruppe ansatte

Åpen innledning og lett prat rundt bordet. Presentasjon av gruppens arbeid rundt oppgave 5, 6 og 7: Kompetansekartlegging og innhold i trafikklysmodellen som gruppen kom frem til på samling 3.

Gruppeintervju 8: Gå igjennom den nye oppgavedeling og gjennomfør en evaluering og utsjekk av fordelingen.

Gruppen fikk presentert på nytt mål med prosjektet; oppgavedeling, ansvar og organisering:

- Mer effektiv organisering
- Skape robuste fagmiljøer som gir økt fleksibilitet og god arbeidsflyt
- Frigjøre tid hos høyt utdannede yrkesgrupper, slik at de kan bruke tiden sin til særlige spesialiserte oppgaver som andre ikke kan gjøre

Gruppen fikk presentere eksempler på gode grep fra andre kommuner og innhold i NOU:

2024:4 Tid for handling

Gruppeintervju 9: Etter den nye oppgavedelingen: Hvordan vil dere organisere kompetansen med det mål om å skape en mer effektiv organisering, et robust fagmiljø med økt fleksibilitet i hvordan kompetansen benyttes på helsehuset? Diskusjon rundt bordet. Jeg noterte og oppsummerte underveis i møte hvor gruppen gjorde seg klar for å presentere sin modell for organisering av kompetanse; herunder sykepleieteam og avdelingsteam for fokusgruppen med ledere, tillitsvalgte og verneombud.

Samlinger: Fokusgruppe ledere

Fokusgruppe ledere har samlinger 1 – 2 uker etter fokusgruppen med ansatte. Med målsetning om oppsummering av fokusgruppen med ansatte sitt arbeid. Her kom det innspill for justeringer underveis i møtene fra ledere, tillitsvalgte og verneombud.

Fokusgruppen med ledere gjennomførte 3 møter i perioden vår- sommer 2023

Gruppe intervju ledere: Kartlegging av oppgaver og utfordringer i din arbeidshverdag.

Leder gruppen har fått samme informasjon presentert som fokusgruppen med ansatte.

Leder gruppen har en klar formening om målsetning for prosjektet og definert mandat til fokusgruppen for ansatte.

Gruppeintervju ledere: Hvordan vil dere bygge huset på nytt? Hvordan vil dere organisere kompetansen og ulike funksjoner med det mål om å skape en mer effektiv organisering, et robust fagmiljø med økt fleksibilitet i hvordan kompetansen benyttes på helsehuset?

Diskusjon rundt bordet. Jeg noterte og oppsummerte underveis i møte.

Felles samling for fokusgruppene ansatte og ledere

En felles samling for begge gruppene hvor fokusgruppen for ansatte presenterte sitt arbeid og resultat for fokusgruppen med ledere og tillitsvalgte og verneombud.

Gruppens medlemmer ble på denne samlingen mikset i 2 ulike grupper, hvor de evaluerte og diskutere løsningen arbeidsgruppen for ansatte hadde kommet frem til. Endelig resultat ble fremlagt samlet for begge gruppen på to nye møter, samt på personal møte.

9. Vedlegg 2 – Kartlegging kjennskap til rutiner og prosedyrer sykepleiere

Sykepleier: Av 48 sykepleiere svarte 30 stk. Dvs. 62,5 %				
Kjennskap til Rutiner og Prosedyrer	Kjenner godt til	Vet at det finnes, men trenger støtte	Kjenner ikke til det, og trenger opplæring	Ikke relevant
Prosedyre for korttidsopphold i institusjon - inn og ut samarbeid	25	3	1	1
Flytskjema for pasientforløp korttidsavdeling	12	10	6	2
Prosedyre for Tverrfaglig møte	25	4	1	0
Prosedyre for tilbakeholdelse i institusjon etter pasientrettighetsloven §4A	11	14	5	0
Sjekkliste innkomst	26	3	0	1
Sjekkliste utskrivelse	26	3	0	1
Sjekkliste samtaler primærkontakt	6	4	8	12
Phoniro - pasientvarsling alarm system	22	6	2	0
Phoniro - Mal for notat i profil når pasient skal ha ekstra teknologi	13	6	10	1
Phoniro -Info til pasient og pårørende om alarmsystemet	14	7	9	0
Phoniro - Info om ekstra utstyr og overfallsalarm i alarmsystemet	12	13	4	1
Phoniro - Hva gjør jeg når alarmsystemet ikke fungerer som det skal	11	7	11	1
Tellucare - Hvordan registrere ny ansatt i alarmsystemet	6	2	11	11
Tellucare - Digitalt tilsyn	12	6	3	9

Tellucare- Brukermanual tjenesteutøver	8	7	6	9
Tellucare- Brukermanual superbruker	7	4	6	13
Telefoni: Rutine for - Hvis man blir logget ut av mobilt bedriftsnett	7	5	16	2
Profil: Sikkerhet - Rutine ved teknisk svikt i Profil som ikke er planlagt og varslet på forhånd	7	12	10	1
Profil: Dokumentasjon i profil	28	1	1	0
Profil: Innkomst, rapport, overflytning - og utskrivelsesnotat	29	1	0	0
Profil: Elektronisk melding (E-melding)	23	7	0	0
Profil: Hvordan skrive elektroniske meldinger	24	6	0	0
Profil: Hvordan lese og behandle elektroniske meldinger	27	3	0	0
Profil: Legge inn målinger under graf	9	10	10	1
Profil: Hvordan legge inn medisiner	30	0	0	0
Profil: Hvordan kontrollere medisiner som er lagt inn	29	1	0	0
Profil: Hvordan legge inn eventuell medisiner	28	2	0	0
Profil: Hvordan seponere medisin	30	0	0	0
Profil: Hvordan søke opp seponerte medisiner i profil	24	4	2	0
Profil: Hvordan skrive ut pasient ved dødsfall	12	12	4	2
Profil: Hvordan legge til tjenesten ØHD	7	8	7	8
Profil: Hvordan legge inn kontaktperson	12	15	3	0
Profil: Hvordan legge inn brukere som ikke har tjenesten fra før	13	11	3	2
Profil: Hvordan kopiere og lime inn opplysninger fra Plan rapport i Elektronisk melding.	22	6	2	0
Profil: Hvordan kopiere fra et sted til et annet i profil	27	1	2	0
Når livet står på spill - versjon til utskrift av akutt sekk/ ØHD	11	10	8	1
Når livet står på spill - bruk av akuttsekk	16	12	2	0
Hjerte stans	25	5	0	0
Medikamenter - akuttsekk	18	11	1	0
Prosedyre for Behandling av abstinenser	6	20	3	1
Prosedyre for Behandlingsbegrensning	6	10	14	0
Behandling av rusavhengige i kommunal institusjon	6	8	11	5
Beredskapslager for oksygen	23	6	0	1
Bruk av forstøverapparat	29	1	0	0
Løpende vedlikehold av oksygen konsentrator	19	4	6	1
Montering O2 kolbe	18	8	4	0
Oksygen beredskap til akutte situasjoner	18	7	4	1
Oksygenkonsentrator - bruk av denne	28	1	1	0
Renhold av forstøverapparat før lagring samt skifte av filter	20	6	4	0
Rutine for ordinerer av legemidler, legemidler som kan gis etter klinisk vurdering av sykepleier uten legeordinasjon	26	4	0	0
Dødserklæring engelsk og norsk versjon	6	10	8	6
Signering skjema utskrivelse på eget ansvar	17	8	5	0
Urinprøve - sjekkliste NOKLUS	19	8	3	0
Drikke og diurese lister	30	0	0	0
Kartleggingsskjema - innkomst	28	2	0	0

VAS - score	21	8	1	0
Månedlig rens av kabinett, filter til oksygen konsentrator	12	8	9	1
Sjekkliste - Profil - opplæring	16	13	0	1
Sjekkliste Ny ansatt - dag og kveld	14	12	1	3
Sjekkliste Ny ansatt - natt	6	8	3	13
Frakt av biologisk materiale	13	8	3	6
Vakt skifte helg	20	6	3	1
Lager medisinsk forbruksmateriell	23	5	2	0
Oksygenkonsentrator - rutinekontroll på sykehjem og korttidssykehjem	8	10	8	4
Sikkerhet - låsing av dører og vinduer	25	4	1	0
Drift og bygg	11	5	2	12
Bygg -vaktmestertjenesten	16	3	2	9
Tilbakemelding angående mat levert fra kjøkkenservice	10	4	10	6
Internkontroll mat	11	6	7	6
E- Læring om mottakskjøkken	4	5	8	13
Hindre personskader	15	7	4	4
Håndtere uønsket hendelse	16	10	2	2
Svikt i vannforsyningen	2	9	12	7
Svikt i strømforsyning	3	9	13	5
Smittevern i korttidsavdeling	25	5	0	0
Personell mangel	22	5	2	1
Sikre Evakuering av helseinstitusjon	17	12	1	0
Kjemikalregister - hjemmetjeneste og rehabilitering	4	5	14	7
Arbeidsinstruks - ansvarsvakt sykepleier	27	2	1	0
Arbeidsinstruks - Lege	4	2	1	23
Arbeidsinstruks - natt	8	1	0	21
Arbeidsinstruks - teamkoordinator	12	3	3	12

10. Vedlegg 3 – Kartlegging kjennskap til rutiner og prosedyrer helsefagarbeidere

Helsefagarbeider: Av 21 helsefagarbeidere, svarte 13 stk. Dvs. 61,9%				
Kjennskap til Rutiner og Prosedyrer	Kjenner godt til	Vet at det finnes, men trenger støtte	Kjenner ikke til det, og trenger opplæring	Ikke relevant
Prosedyre for korttidsopphold i institusjon - inn og ut samarbeid	9	4	0	0
Flytskjema for pasientforløp korttidsavdeling	3	2	6	1
Prosedyre for Tverrfaglig møte	9	3	1	0
Prosedyre for tilbakeholdelse i institusjon etter pasientrettighetsloven §4A	8	4	1	0
Sjekkliste innkost	10	3	0	0
Sjekkliste utskrivelse	8	4	1	0
Sjekkliste samtaler primærkontakt	3	4	1	5

Phoniro - pasientvarsling alarm system	10	1	1	1
Phoniro - Mal for notat i profil når pasient skal ha ekstra teknologi	3	6	3	1
Phoniro -Info til pasient og pårørende om alarmsystemet	8	3	1	1
Phoniro - Info om ekstra utstyr og overfallsalarm i alarmsystemet	5	6	2	0
Phoniro - Hva gjør jeg når alarmsystemet ikke fungerer som det skal	2	1	5	6
Tellucare - Hvordan registrere ny ansatt i alarmsystemet	2	1	4	6
Tellucare - Digitalt tilsyn	3	2	3	5
Tellucare- Brukermanual tjenesteutøver	2	2	5	4
Tellucare- Brukermanual superbruker	2	2	3	6
Telefoni: Rutine for - Hvis man blir logget ut av mobilt bedriftsnett	3	3	5	2
Profil: Sikkerhet - Rutine ved teknisk svikt i Profil som ikke er planlagt og varslet på forhånd	4	4	4	1
Profil: Dokumentasjon i profil	13	0	0	0
Profil: Innkomst, rapport, overflytning - og utskrivelsesnotat	9	4	0	0
Profil: Elektronisk melding (E-melding)	3	7	2	0
Profil: Hvordan skrive elektroniske meldinger	1	7	3	2
Profil: Hvordan lese og behandle elektroniske meldinger	5	5	3	0
Profil: Legge inn målinger under graf	8	2	3	0
Profil: Hvordan legge inn medisiner	3	0	1	9
Profil: Hvordan kontrollere medisiner som er lagt inn	1	1	1	10
Profil: Hvordan legge inn eventuell medisiner	5	1	1	6
Profil: Hvordan seponere medisiner	0	1	2	10
Profil: Hvordan søke opp seponerte medisiner i profil	3	3	3	4
Profil: Hvordan skrive ut pasient ved dødsfall	2	6	4	1
Profil: Hvordan legge til tjenesten ØHD	0	2	6	5
Profil: Hvordan legge inn kontaktperson	0	3	6	4
Profil: Hvordan legge inn brukere som ikke har tjenesten fra før	1	6	5	1
Profil: Hvordan kopiere og lime inn opplysninger fra Plan rapport i Elektronisk melding.	0	6	5	2
Profil: Hvordan kopiere fra et sted til et annet i profil	7	2	3	1
Når livet står på spill - versjon til utskrift av akutt sekk/ ØHD	0	4	6	3
Når livet står på spill - bruk av akuttsekk	2	5	4	2
Hjerte stans	10	2	1	0
Medikamenter - akuttsekk	2	6	3	2
Prosedyre for Behandling av abstinenser	1	4	6	2
Prosedyre for Behandlingsbegrensning	1	5	6	1
Behandling av rusavhengige i kommunal institusjon	1	3	6	3
Beredskapslager for oksygen	10	2	0	1
Bruk av forstøverapparat	12	1	0	0
Løpende vedlikehold av oksygen konsentrator	4	6	2	1
Montering O2 kolbe	3	8	2	0
Oksygen beredskap til akutte situasjoner	5	6	2	0

Oksygenkonsentrator - bruk av denne	10	2	1	0
Renhold av forstøverapparat før lagring samt skifte av filter	9	3	1	0
Rutine for ordinering av legemidler, legemidler som kan gis etter klinisk vurdering av sykepleier uten legeordinasjon	4	2	3	4
Dødserklæring engelsk og norsk versjon	2	3	3	4
Signering skjema utskrivelse på eget ansvar	5	5	2	1
Urinprøve - sjekklister NOKLUS	8	2	3	0
Drikke og diurese lister	13	0	0	0
Kartleggingsskjema - innkomst	11	2	0	0
VAS - score	4	5	2	1
Månedlig rens av kabinett, filter til oksygen konsentrator	5	3	4	1
Sjekklister - Profil - opplæring	9	2	2	0
Sjekklister Ny ansatt - dag og kveld	9	2	1	1
Sjekklister Ny ansatt - natt	3	3	2	5
Frakt av biologisk materiale	1	6	2	4
Vakt skifte helg	13	0	0	0
Lager medisinsk forbruksmateriell	8	2	0	3
Oksygenkonsentrator - rutinekontroll på sykehjem og korttidssykehjem	4	4	4	1
Sikkerhet - låsing av dører og vinduer	13	0	0	0
Drift og bygg	2	2	0	9
Bygg -vaktmestertjenesten	4	2	1	6
Tilbakemelding angående mat levert fra kjøkkenservice	5	6	1	1
Internkontroll mat	8	3	1	1
E- Læring om mottakskjøkken	5	4	1	3
Hindre personskader	10	2	1	0
Håndtere uønsket hendelse	11	2	0	0
Svikt i vannforsyningen	1	3	7	2
Svikt i strømforsyning	2	4	5	2
Smittevern i korttidsavdeling	12	1	0	0
Personell mangel	9	4	0	0
Sikre Evakuering av helseinstitusjon	8	5	0	0
Kjemikalregister - hjemmetjeneste og rehabilitering	0	6	2	5
Arbeidsinstruks - ansvarsvakt sykepleier	3	2	0	8
Arbeidsinstruks - Lege	2	2	0	9
Arbeidsinstruks - natt	3	2	0	8
Arbeidsinstruks - teamkoordinator	4	3	0	6

11. Vedlegg 4 – Skjema verdistrømanalyse kartlegging av oppgaver

Vedlegg 4: Verdistrøm analyse, kartlegging av oppgaver																
VERDISTRØM ANALYSE, kartlegging oppgaver	Team koordinator	TID min	Sykepleier	TID min	Helsefagarbeider	TID min	Assistent	TID min	Fysio/ Ergo	TID min	Legge	TID min	Aufdelingsleder	Fagkoordinator	Utfordringer	Parkeringsplass, Ideer, innspill
OPPGAVER som er utført eller planlagt utført																
ANSVARLIG																
OPPGAVER som er utført, men ikke er løst gjennomført																
ANSVARLIG																
OPPGAVER som er utført, men ikke er løst gjennomført																
ANSVARLIG																
OPPGAVER som er utført, men ikke er løst gjennomført																
ANSVARLIG																
OPPGAVER som er utført, men ikke er løst gjennomført																
ANSVARLIG																
OPPGAVER som er utført, men ikke er løst gjennomført																
ANSVARLIG																

12. Vedlegg 5 – Oversikt resultat av kartlegging av oppgaver alle profesjoner

Sykepleier 4 etg	Helsefagarbeider 4 etg	Assistent 4 etg	HUSVERT	Avdelingsleder
rapport oppløsing i forkant av hver vakt	morgenrapport		fylle på små lager i alle avd på huset, bleier	Planlegge, lønnsmedie nyansette, gi tilgang i systemer
stell m heis og wc besøk	planlegge dagen fordele pasienter	hente pårørende nede 1 etg	vask av senger og re opp	samarbeid m leder ØHD ift spl dekning
dele ut morgen, lunsj	gi morgen med	skrive ut behovsmedisiner	vask av nattbord	info mail til ansatte
kontrollere medisiner	stell 2 pas	pas på toalett	hente dyner og puter i kjeller snitt 12 senger pr dag	økonomig gang , bygg, adm
hente evt medisiner flere ganger gj vakten	samtaler m pårørende	lett stell	fylle på lintøytraller i helse huset 1 dag i uka	planlegge mottak av spl stud i praksis, turnus, kontakt med kurs
dosere medisiner	gåtrening	skrive rapport	hente dyner og puter i kjeller snitt 12 senger pr dag	intervjuer, referanse, innstilling
opplæring av kollega	overføringsnotat og BE notat	morststell	herregarderobe. Fylle på arbeidstøy	samtidighetskonflikt
legge inn KAD	hjelpe pas m å skrive søknad til sykehjem	gåtrening, mobilisering	estetikken på huset , tid til dette	mail som krever rask svar, har ofte korte frister
samtale pårørende	ta alarmer, gi evt medisiner, finne spl som kan låse ut evt merl	ta crp	vask av dyner og puter,	krever tilstedeværelse, samtidig som svare på mail, sms fra ansatte - ofte avbrudd
assistent nr 2 i stell	skriver rapport	servere kaffe, prate med pårørende	brøtte og legge inn på dymelager flere ganger om dagen	lite lederstøtte
blæreskylte	sitte hos pas som er urolig	mate pasient	bestille melk, sjekke ut hvor mye og bestille	webinar kap 4
morgenstell	stell m tømning	lage middag	sette middagspose fra tralle over i hyllene og stable trallene opp og ut	prosjekt arb TØRN
sårstell	stell m heis pas	hente middag nede	sjekke lintøyskap og bestille alle avd.	årsrapportørin
trim m pas	toalett besøk x fler	koke kaffe flere ganger om dagen	levere brød og legge i frys i alle avd	kontakt vaktmester for oppdrag
innkomst	trykke pasien	støke vaffer	levere kjølevare, melk i kjøleskap i alle avd på huset. Søttare opp	møteplan, utlysning sommerjobber
ta imot ny pas	blærescanne, hente skanner i 1 etg	ta og sette inn i oppvaskmaskin	intøytrallene på hele huset og forlytning mellom avd	evaluering besøksordnrad ssk, lindrende , plan for besøksordnrad
dosere til hjemreise	RIK, hente utstyr	rydde rom etter pas har reist, gå ned m skittentøy	levere tørmat og sette i skap i alle avd på huset	mottak av spl stud
byte filter i forstøver app	gi smertestillende evt. få tak i spl først	rydde fellesstue	vaske kjøleskap hele huset, 12 stk	ledermøte
skrive rapport	legge inn KAD	rydde og vaske kjøkken		forbered til årsrapport
News	sengeskit	fylle på plassen bleier, kluter, håndklær		beh avvikssystem, kvalitetssystem
følge pas til wc	innkomtsamtale og samtale med pårørende	ta ut søppel		innvasjon partnerskap
kontakte legevakst	samtale med misfornøyde pårørende	vaske ovn og mikroovn kjøkken		samtale nye vikarer
rapport 50	prøvetaking	ofte tomt for utstyr, hente i kjeller bleier, pårøresdrick osv		samtale ansatte ute i arbeidsmiljø
dokumentere	fylle skap på bad	rydde og vaske skyllerom, gå ned med søppel		10 faktor webinar
mobilisering gå trening	vente på heis	vaske og henge opp pasient klær		workshop konvertering av årsturnus
legge inn LCP	kaste søppel			leie inn vakter, dag, kveld natt
stell av pas m 2 pelliere	hente middag i kjeller			natt vaktmøte
tlf til pårørende	lage frokost og servere			møte m emæringsfys, lege, info ny plan for emæringskart
lete etter medisiner i andre etasjer	hjelpe pas i matsituasjon			teams møte m samarbeidspartnere
tilrettelegge i stell	lage lunsj og servere			IA dag x 1 pr mnd
dusj og sårskift	serevere drikke og frukt på stua			oppfølging samtale ansatt og jordmor
morgenstell	rydde, vaske desinfisere vaskerom			NAV; sykefravær oppfølg, søknader mm
hjelpe i stell	rydde kjøkkenbenk, ta ut av oppvaskmaskin			medbestemmelss møter
crp	vaske isbitmaskin			felles pers møte, rigge, møte rydde
utreise overføringsrapport, ringe hj spl	koke kaffe x flere			ukes mail og saker
rydde pas rom e utreise	samtale m sykehjem			gj gang avd leder kort og ØHD
kartlegging	hente dyner , puter fra lager i kjeller			rapport
bistå v trakeostomi, byte kanyle, stell og picline tell	skyllerom og søppel og gå ned med skittentøy			hverfaglig møte
peg sondemat og medisiner	rydde i avdelingen, fellesstue			møte m enhetsleder , litt av hvert
stell mors og kjøre ned pas til kjeller, kjølerom	sette o2 kobe på plass			møte m fagspl, kvalitetsyste
morgenrapport og planlegge dagen	vaske rullestol, rullator og ette på plass etter pas har reist			svare på tlf fra ansatte
finne frem EKG utstyr	vaske tøy til pasient med langtidsvedtak			svare ut mail daglig
terminalpleie	fylle opp m næringsdriker servietter, smekker, ol fra lager i kjeller			avviksføring, byte av vakter, fravær
munnstell	tomt for lintøy i skal. Runde på huset for å låne			føre avvik lønnskjøring
medisinkort profil	hente bleier fra lager og fylle opp			
kalibrere	vanne blomster			
telle a og b prep	rydde på lager i kjeller			
blærescanning	KVELD			
undervisning	gi medisiner			
brette vaskekluter	wc, dusj			
sjekke O2 kons.	snakke med pas på fellesstue			
mailse og returnere o2 kobler	hente melk på kjøla i kjeller			
ta imot pas	rydde vakse kjøleskap			
TNP	stell			
pumpe feilalarm	lage kveldsmat og servere			
blodprøver	gi pas drikke, føre drikkeliste			
brette vaskekluter	vaske skyllerom, gå med søppel, skittentøy			
smile forkost gi frokost , servere	skriver rapport			
lage lunsj	smilensering, kan være 2 pleiere til dette			
ta oppvask	snakke med pårørende			
koke kaffe	vaske kjøkken og kjøleskap, sortere varer			
servere middag	rapport kl 15			
tømme oppvaskmaskin	servere middag			
sette på plass utstyr	vaske bord, tenker på fellesstue, rydde på stue			
rydde i kjøleskap	rydde vaske utstyr i avd. heis, rullator, etter pas har reist			
rydde pas rom	fylle skap fra kjeller			
rydde skyllerom	news perm sjekke beskjed bok			
gå ned m søppel og skittentøy	vanne blomster			
vask og rydde medisinerom	hente puter, dyner i kjeller			
hente ting på lager i kjeller	få tak i evt. med, kontakte spl første			
sjekke rom før ny pas magnler ofte pute, dyne mm	stell m heis pas			
hente puter på lager	låse opp dør for pårørende i 1 etg.			
	følge pas på wc x fler			
	hånder dårlige pas			
	rydde sortere varelager			

13. Vedlegg 6 – Tid brukt på drift og serviceoppgaver

Vedlegg 8: Tid brukt på drift og service oppgaver på 3 avdelinger på helsehus										
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
Dag	Kjøkken oppgaver pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	Totalt årsverk pr mnd pr etasje
	Hente middag	10								
	Hente lunsj	10								
	Smøre mat frokost, lunsj, 2 ansatte	60								
	Ta ut av oppvaskmaskin	10								
	Sette inn i oppvaskmaskin	10								
	Rydde etter måltid 2 ansatte	60								
	severe mat 2 ansatte	30								
	Kaste søppel	15								
	Bestille tørrvarer	25								
	Fylle kjøleskap / frys	15								
	koke kaffe	15								
	Vaske hvitvarer, ovn, micro	30								
	vaske isbitmaskin	15								
		305	2135	6405	44835	2331420	38857	21,0	0,59	0,59
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
Kveld	Kjøkken oppgaver pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Smøre kveldsmat	30								
	koke kaffe	15								
	Kaste søppel	15								
	Ta ut av oppvaskmaskin	10								
	Sette inn i oppvaskmaskin	10								
	Rydde etter måltid	15								
	Servere mat	15								
	Ta ut av oppvaskmaskin	10								
	Sette inn i oppvaskmaskin	10								
		130	910	2730	19110	993720	16562	9,0	0,25	0,25
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Aktiv forsyning / Lager pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Bestille varer på lager i kjeller	30								
	Sette på plass varer i hyller på lager i kjeller	60								
	Hente ekstra i kjeller, mangler ofte	10								
	Kalibrere utstyr	30								
	Fylle på m utstyr i etasje	30								
	Holde orden O2 forstøver mm	15								
		175	1225	3675	25725	1337700	22295	12,1	0,34	0,34
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Skylle rom pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Gå ned med søppel og skittentøy	20								
	ta inn i kontaminator	10								
	ta ut av kontaminator	10								
	vaske skylle rom. Desinfisere	60								
	vaske pasienttøy, henge opp pasient tøy, Brett	30								
	vaske blåjakker	15								
		145	1015	3045	21315	1108380	18473	10,0	0,28	0,28
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Fellesareal og hjelpemidler pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Rydde holde orden fellesstue	20								
	kaste søppel	10								
	vaske vaktrom, fellesareal	20								
	vanne blomster, pynte, estetikk	10								
		60	420	1260	8820	458640	7644	4,1	0,12	0,12
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Pasientrom pr vakt	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Kaste søppel	5								
	Fylle på lintøy i skap	10								
	vaske pasientens seng og nattbord	5								
	vaske smitterom	10								
	vaske ekstra tilgriset rom	10								
	vaske sprite hjelpemidler	10								
		50	350	1050	7350	382200	6370	3,5	0,10	0,10
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Rydde rom etter pasient har reist	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Tjømme rommet for utstyr, lintøy og søppel	10								
	Vaske rom etter utreise	10								
	Fylle på / klargjøre for ny pas	10								
	Hente dyne, pute, sengetøy	15								
	rengjøre hjelpemidler og sette på plass	15								
		60	420	1260	8820	458640	7644	4,1	0,12	0,12
PR gruppe (3 grupper i hver avdeling) Målt i minutter										
	Drift / Administrasjon	Min pr vakt pr ansatt	Min pr uke pr gruppe	Min pr avdeling (3 grupper)	Min pr uke pr avdeling	Min pr år (52 uker)	Timer pr år	Årsverk pr år (1846)	Årsverk pr uke pr avdeling	
	Rydde papirjournal / arkiv	10								
	Sentralbordfunksjon	15								
	Laminering	10								
	Leie etter renholder for å vaske pas rom	10								
	rengjøre hjelpemidler og sette på plass	15								
	Leie inn ekstra ved sykdom	10								
	Dørvakt funksjon, hente pårørende nede	15								
	fordele ansatte	5								
		90	630	1890	13230	687960	11466	6,2	0,17	0,17
Brukt tid pr mnd til hotelloppgaver/ drift og service oppgaver pr avdeling										1,97

14. Vedlegg 7 – Kartlegging utfordringer ansatte i avdelingene

Kartlegging utfordringer ansatte i avdelingene: Sykepleier, team koordinator, helsefagarbeider og assistenter
<ul style="list-style-type: none">- Pasienter med komplekse sykdomsbilde, multi syke som krever spesialkompetanse- Ansatte føler de er underbemanning- Ansatte som mener kommunen, skal spare penger- Trenger vi å være 3 adskilte avdelinger på huset- Tillitsvalgt og verneombud blir borte fra avdelingen grunnet møter.- Tillitsvalgte og verneombud snakker "lederspråk"- Ansatte som forsøker å slippe unna "pleie" oppgaver, finner andre oppgaver å gjøre- Ansatte må jobbe og tilrettelegg angående sosiale forhold hos pasienter. Mangler sosionom- Må føre NEWS på 3 forskjellige steder- Har ikke felles døgnrytmeplan- Samtidighetskonflikt mellom etasjene, ulik døgnrytmeplan- Ofte ventetid på PC, tynnklient- Ofte skjevfordeling av pasient "tyngde" i avdelingene- Manglende rutiner for hjelpemidler og hvor disse skal plasseres i avdelingen
<ul style="list-style-type: none">- Forvaltningskontoret ringer ofte mitt i pre - visitt og i tverrfaglige møter, arbeidet blir oppstykket for flere ansatte. Ventetid oppstår og ulikt belegge i avdelingene- Utfordrende å få ut informasjon til ansatte å felles e-post, alle ansatte ligger i en felles mail "bolk"- Uenighet om hva som det er viktig å bruke tid på under pre- visitt. Ventetid oppstår. Noen bruker previsitt til etisk refleksjon- Målinger blir dobbeltført i profil, noen dokumenterer under rapport andre under "målinger" med graf. Eks avføring, urin, drikke ernæring, News, CRP, HB mm.- Aldri klart å finne et primærkontakt system som fungerer- Lite møterom for samtaler med pårørende, veiledningssamtaler- Må lære opp nye leger ofte, ustabil legedekning- Leger med forskjellige meninger en må forholde seg til- Phoniro: tar tid å aktivere utstyr som for eksempel bevegelsessensorer
<ul style="list-style-type: none">- Manglende merking med dato på forbruksmateriell- Nyansatte må ha mer opplæring- Utfordrende å dokumentere på iPad, lite brukervennlig.- Får ikke lest legerapport før langt ute i vekten- Får liten tid til å lese seg opp på pasienten, alltid travelt.- For lite arbeidsstasjoner, PC- Sykepleier ofte opptatt med å legge døgn dosetter på medisin rom og helsefagarbeider blir alene i avdelingen- Må ofte låne eller hente lintøy i andre avdelinger da de blir ofte tomme- Ingen eller lite samarbeid mellom ansatte i de ulike avdelingene; vegrer seg for å bytte avdeling dersom det er behov.- Spesialkompetanse som for eksempel sykepleiere med særskilt videreutdanning som eks kreftsykepleier, ernæring blir ikke brukt på hele helsehuset utover i sin primæravdeling.- Ingen påvirkning for pasientbelegg på de ulike avdelingene, da dette styres av forvaltning.- Ansatte ga uttrykk for at det var ofte ujevnt pasientbelastningsbelegg på de ulike avdelingene.
<ul style="list-style-type: none">- Dårlig utstyr som gjør at en bruker lang tid på forflytning, eks dostoler- Bruker mye tid på å finne utstyr, hjelpemidler, hente forbruksmateriell- Ofte tomt for utstyr på lagerhyllene, lintøy, næringsdrikker og må hente i kjeller- Spesialistkompetansen blir ikke brukt- Ofte ventetid for å få tak i eventuell medisiner til pasienter- Kaster mye mat, da pasienter spise lite- Må lese jobb mail på fritid for å holde seg ajour.- Bruker lang tid på å få opplest rapport fra natt og kveld. Gjelder mellom hver vakt.- Vanskelig å ta pause pga alarmer eller pårørende som ringer mm. Har ikke eget pauserom- Pasienter blir uvilkarlig plassert i avdelingen. Har ingen påvirkningskraft.

<ul style="list-style-type: none"> - Spesialkompetansen blir vilkårlig brukt på alle pasienter av alle slag - Mye uforståelige forkortelser profil. Bruker mye tid på å finne ut hva som menes. - Hansker er dårlige. Går i stykker når vi tar de på - Hente mye utstyr hvert 15 min - Finne feiebrett til pasient som vil feie litt på rommet, har lite slikt utstyr - Pasientlister slettes, bruke tid på å ringe IT for hjelp
<ul style="list-style-type: none"> - Er ofte alene i avdeling når sykepleier må gjøre andre ting, som for eksempel dosere medisin. - Må ofte bestille akuttmedisiner, da apotek ofte er tom for varen ved ordinære bestillinger - Bruker tid på muntlig rapport, høytlesing og ikke gjennomgående stille rapport - Må ofte låne lintøy fra andre avdelinger da det er tomt. - Utstyr tom for strøm grunnet ansatt ikke satt fra seg på rett sted og til lading, eks blærescanner - Leger som ønsker å ha "ting" på sin måte og vanskelig for å få til en felles rutine. Eks legen ønsker å notere beskjeder til ansatte på News ark mm - Lite system og rutiner for lager, bestille og fylle på. - Ulike leger med ulike meninger som utfordrer arbeidsflyten. Bli tatt opp mye unødvendig infor. Legene uenige seg imellom: målet med opphold, endringer i pasient tilstand, videre oppfølging/ behandling. Mm - Legen må signere og oppdatere legemiddel kort før det kan benyttes av pleierne - Ulike kanaler for informasjon, mail, Facebook. FB brukes til ledig vakter, sykdom og hver etasje har sin gruppe, en gruppe for hele huset for ansatte. Leder bruker e-post. Strever med å finne frem i SharePoint, for mye å lese.
<ul style="list-style-type: none"> - Legemiddelkort må oppdateres raskere for oppdatering av medisinperm - Bruker tid på å lete etter medisiner pga glemt bestilt eller mangler - Mye dobbeltføring, samme informasjon føres flere steder i flere beskjedbøker - Bruker tid på å lete etter pasient inne på avdelingene, - Utstyr som er benyttet ofte ikke satt tilbake på sin lagringsplass og bruker tid på å lete, eks Blærescanner - Har pasienter med kompliserte sosiale forhold. Ingen bolig, møbler i bolig mm. - Ofte tomt for utstyr i lagerhyller på avdelingene og bruker mye tid på å lete etter utstyr. - Må ofte gå ned på hovedlager i kjeller for å hente utstyr. - Bruker tid på å finne hjelpemidler, som rullator mm.

Kartlegging utfordringer legene har i sin arbeidshverdag på helsehuset:

<ul style="list-style-type: none"> - Venter ofte på epikriser fra sykehus - Mangelfull utredning fra fastlege før innkomst - Mangler poliklinisk notat som ikke oversendes fra sykehus. Gir lang behandlingstid for pasient - Utfordrende å innhente informasjon, legenotat fra fastlege - Mangler kontinuitet i sykepleierapportene. Mye informasjon som går tapt, gis ikke videre. Legenotat bør leses av sykepleiere - Mottar ofte samme informasjon fra flere personer - Vanskelig å finne diurese, veske inntak mm da de står forskjellig i profil, Mangler ofte mengde pr. døgn - Manglende tilgang til blodprøvesvar fra SSK - Må delta på møter hvor det ikke er medisinskfaglige vurderinger - Journalsystem: ingen integrasjon ang. prøvesvar, ingen grafikk/ kurver for sammenligning av tidligere verdier - Tidkrevende og finne elektroniske meldinger pga felles innboks - Lete etter målinger flere steder i profil, papirskjema og News ark
<ul style="list-style-type: none"> - Målinger føres ulikt i profil og flere steder: Tidkrevende for å innhente perm ved ønske om oversikt. Bør føres kun et sted. Tidkrevende målinger- se punkter under. - Vitale målinger føres på NEWS2 tabell ark i ringperm som ligger på kjøkkenet tilhørende gruppen pasienten tilhører i 2.etg og 3.etg, i 4.etg ved siden av arbeids PC. - Det føres også digitalt i Profil under NEWS2, fysisk helse-grunnleggende behov. - Det føres også ofte NEWS2 målinger under Målinger, fysisk helse-grunnleggende behov. - Det er nødvendig med tabellføring for å regne ut NEWS2 skår, samt vite for måltaker hvilke mål som er alarmerende, men tabellen kan eksistere digitalt eller på papir.

<ul style="list-style-type: none"> - Felt på bakside at NEWS2 ark med «beskjeder fra lege»; brukes til ønske om hyppighet av vektmåling, glukose måling, vitalia, samt evt. innføring av NEWS2 dersom forverring. - Dersom dette arket skulle digitaliseres at det behov for et felt med legebeskjeder med rom for endring. - Det er daglige eksempler på at målinger ikke blir ført noen steder grunnet dobbelføring, samt tidkrevende å føre og å finne fram til. - Vitale målinger er tidkrevende for pleiere og legene opplever at ønskede målinger må redegjøres for i hvert tilfelle. - Aktuelt med automatisk hjerteovervåkning hos f.eks. pasienter med ferskt hjerneslag uten påvist atrieflimmer eller dårlig frekvensregulert atrieflimmer? - Glukose målinger skrives både digitalt under Målinger, fysisk helse-grunnleggende behov, samt i papirskjema som ligge i medisinark i perm på kjøkkenet tilhørende gruppen pasienten tilhører i 2. etg. og 3. etg. i 4. etg. låst inne i medisintralle. - Drikkelister ligger i papirform inne hos pasienten for å dokumentere på stedet. Ligger av og til i NEWS perm. Ofte ufullstendige og summeres så å si aldri. Bør stå i prosedyren at nattevakter summerer kl. 6 slik det gjøres på SSK. Det samme med diurese liste. Drikke og ernæringsliste ligger som skjema, men uten veiledning til utfylling eller metode for telling av kalorier og proteiner. - Avføringsliste dobbelføres på bakside av NEWS2 ark og under Avføring, fysisk helse-grunnleggende behov
<ul style="list-style-type: none"> - Tverrfaglig møter: Det er nødvendig at flere stiller forberedt til møte. Ikke gjenta diskusjoner rundt avgjørelser som er tatt. Dersom tidkrevende pasientkasus bør man vurdere å avtale et eget tverrfaglig møte om pasienten.
<ul style="list-style-type: none"> - Framkommer viktighet av primærkontakt som kjenner pasienten godt, ved lite kjennskap til pasientene kan det tas feilvurderinger. Ønskelig at primærkontakt innføres systematisk.
<ul style="list-style-type: none"> - Pasientoversikt rapport ark: Virker noen ganger tilfeldig hvilken informasjon som bli skrevet ned. Oppskrift/rutine eller Mal er ikke lik i alle etasjene. Har forekommet at det står kreftdiagnose hos pasienter under utredning av mulig kreft hvor pleier har feilaktig fortalt at pasienten at de har kreft. - Pasientene får hjelp til å stå opp sent på formiddagen. Det går lang tid mellom kveldsmat og frokost, ofte >12 timer. - Mange pasienter har ikke blitt tilsett, stått opp eller fått utført vitale målinger ved previsitt i ca. 11-tiden og da mangler informasjon om tilstand og funksjon. - Previsitt kan ikke gjøres senere da legen må ha tid til vurdering og evt endringer av medikamenter.
<ul style="list-style-type: none"> - HLR status og behandlingsnivå føres i Profil under observerings notat og som er utfyllende begrunnet. Hvordan vil dette framkomme på digital tavle? Hvem har redigeringsrett ved digital tavle?

Kartlegging utfordringer Fysio, - ergo terapeut har i sin arbeidshverdag på helsehuset:

<ul style="list-style-type: none"> - Mange spørsmål fra ansatte etter hjelpemidler, eks. hvor er rullator - Ulik tidspunkt i avdelingen for matsservering, tverrfaglige møter, gir koordineringsutfordringer for fysio/ ergo - Utfordring med å få gjennomført tiltak på kveldsvakt og oppfølging av treningsprogram for pasienten - Har liten tid til terapi - Oppfølging av treningsprogram for pasienter av ansatte er variabelt - Har liten gulvflate til terapi utstyr - Fysio: gammelt og utdatert hjelpemidler, mye slitt - Mangelfull rengjøring av mini pep, SPPs, etc. fra ansatte - Mange oppgaver i forbindelse med felles trim - Utfordrende å komme til hos pasienten da måltider serveres på ulik tidsrom i avdelingene. - Mye gammelt slitte hjelpemidler
--

Kartlegging utfordringer avdelingsleder har i sin arbeidshverdag på helsehuset:

<ul style="list-style-type: none"> - Sykefravær hos ansatte - Blir ofte avbrutt i arbeidet, da det kommer inn saker som haster - Lite grad av lederstøtte - Mange mailer med korte svarfrister og som krever utsjekk før de svares ut. - Mye drift og administrasjon og lite tid til ledelse - Magne ulike mennesketyper, mindre god på å sette grenser

- Ha struktur i møter, litt mye mellom prat og avbrytelser
- Mange oppgaver å ta tak i – flyter litt på toppen og sjelden tid til å dybdykk
- Delta på alle møter og være til stede kan være en utfordring da oppgavene står i kø
- Økonomi og komme i balanse
- Hvordan kan vi spare eller komme i balanse
- Bli bedre på arbeidsfordeling mellom oss avdelingsledere

15. Vedlegg 8 – Kartlegging ideer ansatte har i avdelingene

Kartlegging av ideer: Ansatte ga innspill til i forhold til oppgavedeling, ansvar og organisering. Kartleggingen gjennomført med Post-it lapper.

Drift

- Få faste avdelingsverter til hjelp med måltider mm.
- Måltider på samme tidspunkt i alle avdelinger.
- Andre enn helsepersonell tilberede og servere måltider og lik tidspunkt i alle avdelinger
- Nye og bedre hjelpemidler.
- Sikre at all informasjon når ut til personalet slik at endringer og påminnelser når frem.
- Andre kanaler for å få ut informasjon eller som personal kan hente ut selv.
- Effektivisere møtene pre-visitt og tverrfaglig møte, mye prat som kan tas opp andre steder
- Assistenter har lageransvar, holde orden og fylle på lager
- Mer opplæring i Profil, pasientjournal
- Treningsrom for ansatte, fremme fysisk helse
- Flere hvite uniformer
- Nok tilgjengelig kjøkkenutstyr, redskaper
- Ønsker sykkel bod hvor vi låse sykler inne
- Flere garderobe skap
- Alarmsystem på medisinerom
- Ta i bruk "menn i helse"
- Mer fast ordning i forhold til samarbeid med forvaltningskontor og tildeling av pasienter
- Dostol på alle pasientrom med hjul og ryggstøtte som går over toalettet
- Flere arbeidsstasjoner, PC

Fag

- Kurs, tverrfaglige møter, undervisning, personalmøter på onsdager.
- Mer planlagt faglig påfyll.
- Fast fellestrim for pasientene, ansette aktivtør for sosiale aktiviteter.
- Mangelfull oppfølging av treningsprogram. Sette dette i system.
- Ha eget trimrom for pasientene.
- Bedre system på tiltak og mål for opphold, type tiltaksplan slik at det er lettere og overta en pasient man ikke kjenner.
- Ønskelig med fadderordning, har positiv effekt for miljø.
- Ønsker samtale rom, pårørende rom.
- Ønske om å ta blodprøver selv, slippe å gå gjennom så mange ledd for å ta en prøve.
- Stille rapport slik at vi kan oppdateres oss på det vi trenger, bruker mye tid på muntlig rapport mellom hver vakt.
- Bedre legemiddelhåndtering, digitalt skanning av medisiner til pasienter.
- Bedre system på hvor man kan finne, låne medisiner.
- Fri gi tid til å jobbe med fag, kreft, palliasjon, bruk av spesialkompetanse på tvers av alle avd.
- Mer i system, døgnrytmeplan savnes.
- Egen opplæringsplan og kompetanseplan.
- Målinger føres kun i Profil
- Målinger må tas før pre-visitt
- Drikke og diurese lister følges opp og føres inn i Profil
- Alle stille forberedt til tverrfaglig møte
- Pasientoversikt – rapport ark bør være lik i alle avdelinger, samme innhold
- Telefon tid for team koordinator i samhandling med forvaltning.

16. Vedlegg 9 – Nullpunkts måling innkomst ny pasient manuelt og ved digital tavle

Nullpunktsmåling kortidsavdeling	Aktivitet	TID min	Minuttpris	Antall ganger pr dag	Kr	Mål	TID etter at tavle er Innført (MÅL)	Minuttpris	Antall ganger pr dag	Kr	Sparte kr	Totalt for en dag
NY PASIENT												
Sykepleier, helsepersonell	Beskjed om ny pasient	5				Få pasient opp på tavle i sanntid	2					
Sykepleier, helsepersonell	Informere de andre på avdelingen om ny pasient	30				Kunne sende varsel til de ansatte om ny pasient	5					
Sykepleier, helsepersonell	Gjøre klar innkomst perm med pasientinformasjon, innkomst ark, hente pasient info i profil som fylles ut på innkomsts skjema, skrive skrive på pasientliste og i legebok	30				Kan er bruke sjekklister for innkomst på tavla (slippe å skrive ut og manuelt føre på f.eks persondata, pårørende info etc)	10					
Sykepleier, helsepersonell	Oppdater pasientliste, oppdatere tavle	10				Få alt opp på digital tavle automatisk etter oppdatert liste	2					
Sykepleier, helsepersonell	Registrere manuelle sjekklister inn i profil (f.eks drikkeliste) pr. døgn	10				Ved integrasjon med tavle vil det ikke være behov	0					
Sykepleier, helsepersonell	Kopiere news ark	10				Ved integrasjon med tavle vil det ikke være behov	0					
Sykepleier, helsepersonell	News x 2 v innkomst, føres på tre plasser: legebok, i newspem og i profil	15				Ved integrasjon med tavle vil det ikke være behov	0					
Sykepleier, helsepersonell	Registrere blodprøvesvar i pasientperm og i profil	15				Ved integrasjon med tavle vil det ikke være behov	0					
Lege	Ringe å informere om ny pasient	10				Kunne få pasienten opp i tavlen i sann tid. Forkorte telefonsamtalen (slippe f.eks å si all personalia)	2					
Lege	Finne ut pasientstatus når ikke fysisk på avdelingen	15					5					
Lege	Forordne behandling i Profil og notere det på Whiteboard-tavle og i pasientperm	20					5					
TID SUM SPL, /pr pasient		115	6,5	gj. snittlig x3/ dag	kr 2 242,50	TID SUM SPL, /pr pasient	19	6,5	gj. snittlig x3/ dag	kr 370,50	kr 1 872,00	kr 1 872,00
TID SUM LEGE, /pr pasient		45	11,9	gj. snitt x 3/ dag	kr 1 606,50	TID SUM LEGE, /pr pasient	12	11,9		kr 428,40	kr 1 178,10	kr 1 178,10
					kr 3 849,00						kr 3 050,10	
												kr 3 050,10
Kostnad Manuell løsning tot. pr år og Årsverk pr år pr avd.												
Sum spl		Min pr oppg.	Min uke	snitt x 3 pr dag	Min År	Timer pr år	Årsverk	Kostnad				
SUM min spl pr vakt	skjer gj snitt x 3 pr vakt	115	805	2415	881475	14691,25	7,958423619	5729587,5				
Sum min lege pr vakt	skjer gj snitt x 3 pr vakt	45	315	945	344925	5748,75	3,114165764	4104607,5				
Sum							11,07258938	kr 9 834 195,00				
Kostnad med Digital løsning / Årsverk tot. Pr år pr avdeling												
Sum spl		Min pr oppg.	Min uke	snitt x 3 pr dag	Min År	Timer pr år	Årsverk	Kostnad				
SUM min spl pr vakt		19	133	399	145635	2427,25	1,314869989	946627,5				
Sum min lege pr vakt		12	84	252	91980	1533	0,830444204	1094562				
Sum							2,145314193	kr 2 041 189,50				
Gevinst unngåtte kostnader og spart tid ved NY digital løsning/tavle												
KOSTNADER												
				Manuell løsning	kr 9 834 195,00							
				Digital løsning	kr 2 041 189,50							
				Gevinst unngåtte kostnader	kr 7 793 005,50							
				TID/ årsverk	11,072							
				Årsverk manuell	2 1455							
				Årsverk digital tavle	8,9265							
				Spart tid beregnet i antall årsverk pr avdeling	2,146							

17. Vedlegg 10 - Dialog guide intervju medarbeidere

Dialog guide medarbeidere			
Medarbeider:			
Indikator	Spørsmål	Ansatt	Tilleggskommentar:
Arbeidsmiljø	Er det god kollegialt samhold og kommunikasjon i etasjen du jobber?		
	Er det god kollegialt samhold og kommunikasjon mellom etasjene på huset?		
	Har du god dialog og kommunikasjon med din leder?		
	Har du tillit til din leder?		
	Føler du deg ivaretatt av din leder?		
	Gir du støtte til din leder?		
Samarbeid	Opplever du at det er et godt samarbeid i din etasje ?		
	Opplever du at det er et godt samarbeid mellom etasjene?		
	Har du tillit til dine kolleger ?		
	Bli du tatt med på råd og kan komme med innspill ?		
	Føler du har tid til dine oppgaver ?		
	Ønsker du mer kompetanseheving og utvikling?		
	Føler du at du har kolleger med profesjonutdanning som har behov for mer kompetanse i enkelte oppgaver?		
	Er det tverrfaglige samarbeidet godt eller behov for forbedring		
	Hvordan mener du spesialkompetanse på huset kan benyttes?		
	Hva mener du skal til for å få kompetanse heving for deg?		
Informasjon	Opplever du å få informasjon du trenger til enhver tid?		
	Finner du informasjon du trenger lett for å utføre din jobb?		
	Kjenner du til EQS, kvalitetssystem, rutiner og prosedyrer mm?		
	Annet: Hva er viktig for deg i denne sammenheng?		
Organisering	Opplever du at Valhallas oppgaver er godt organisert?		
	Hva tenker du kan gjøres annerledes?		
	Er oppgavefordelingen tydelig fordelt?		
	Har du mange oppgaver som ikke er direkte knyttet til pasient kontakt?		
	Har du mange oppgaver som ikke er knyttet til din profesjon?		
	Opplever du god dialog og samarbeid med pårørende?		
	Opplever du god dialog med samarbeidspartnere ? (FOK, sone, SSHF)		
	Hva kan bedres i dialog med samarbeidspartnere? (FOK, sone, SSHF)		
Drift	Er utstyr i god stand?		
	Er helsehus for øvrig i god stand?		
	Er rommet tilfredsstillende?		
	Er mulighet for ro og hvile tilfredsstillende?		
	Er maten tilfredsstillende?		
	Kjenner du til rutiner og retningslinjer og kan finne de om du lurer?		
	Svar		
	Ikke i det hele tatt		
	I liten grad		
	I noen grad		
	I stor grad		
	I svært stor grad		

18. Vedlegg 11 – Svar på interessant undersøkelsen medarbeidere

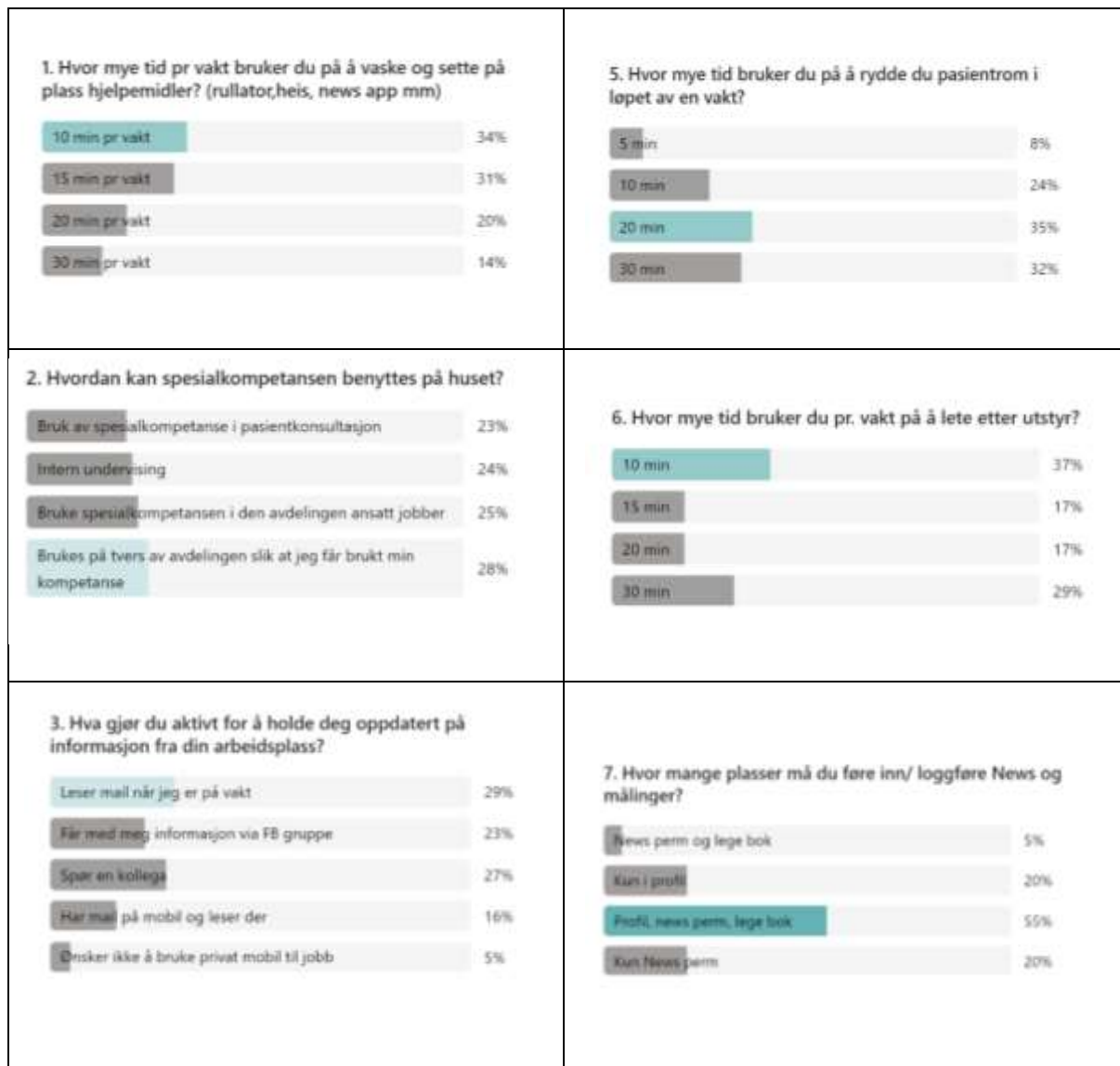
Informasjon	
Kjenner du til kvalitetssystemet, rutiner og prosedyrer?	50% svarte i svært stor grad 40% svarte i stor grad 10% svarte i noen grad
Opplever du å få den informasjonen du trenger til enhver tid?	40% svarte i stor grad at 40% svarte i de i noen grad 10% svarte at de i svært stor grad 10% svarte at de i liten grad
Finner du informasjon du trenger lett for å utføre din jobb?	40% svarte at i noen grad 40% svarte at i stor grad 20% svarte at de svært stor grad
Drift	
Er utstyr i god stand?	72% svarte at i stor grad 14% svarte at i svært stor grad 14% svart at i noen grad
Er pasient rommet tilfredsstillende?	86% svarte at i stor grad 14% svarte at i svært stor grad
Er helsehuset i god stand?	57% svarte i svært stor grad 43% svarte at i stor grad
Er mulighet for ro og hvile tilfredsstillende?	43% svarte at i stor grad 43% svarte at i svært stor grad 14% svarte at i noen grad
Er maten tilfredsstillende?	71% svarte at i stor grad 29% svarte at i stor grad
Kjenner du til rutiner og retningslinjer og kan finne de?	57% svarte at i stor grad 29% svarte at i stor grad 14% svarte at i noen grad
Samarbeid	
Er det godt samarbeid i din avdelingen/etasjen?	70% svarte i stor grad 20% svarte i svært stor grad 10% svarte i noen grad
Opplever du at det er godt samarbeid mellom avdelingene/etasjene?	40% svarte at det i noen grad 30% svarte at det i stor grad 30% svarte at det i svært stor grad
Bli du tatt med på råd og kan komme med innspill?	30% svarte at i stor grad 30% svarte at i svært stor grad 30% svarte at i noen grad 10% svarte at i liten grad

Har du tillit til dine kolleger?	40% svarte at i svært stor grad 30% svarte at i stor grad 20% svarte at i noen grad 10% svarte at i liten grad
Har du tid til dine oppgaver?	50% svarte at i stor grad 20% svarte at i svært stor grad 20% svarte at i noen grad 10% svarte liten grad
Ønsker du mer kompetanseheving og utvikling?	40% svarte at i stor grad 30% svare at i noen grad 10% svarte at de i svært stor grad 10% svaret at de ikke i dele tatt 10% svarte at i liten grad
Opplever du at du har kolleger som har behov for mer kompetanse i enkelte oppgaver?	40% svarte at i stor grad 30% svarte i noen grad 10% svarte i svært stor grad 10% svarte ikke i det hele tatt
Er det tverrfaglige samarbeidet godt?	40% svarte i stor grad 20% svarte i svært stor grad 20% svarte i noen grad 10% svarte i liten grad 10% svarte ikke i det hele tatt
Organisering	
Er oppgavedelingen tydelig?	30% varte i stor grad 20% svarte i svært stor grad 20% svarte i noen grad 20% svarte i liten grad 10% svarer ikke i det hele tatt
Har du mange oppgaver som ikke direkte er knyttet til pasient kontakt?	40% svarer i liten grad 10 svarte i svært stor grad 30% svarte i stor grad 20% svarer ikke i det hele tatt
Har du mange oppgaver som ikke direkte er knyttet til profesjonsutdanning?	50% svarte i stor grad 10% svarte i svært stor grad 10% svarte i noen grad 20% svarte i liten grad 10% svarte ikke i det hele tatt
Opplever du at oppgaver er godt organisert?	40% svarte i stor grad 10% svarte svært stor grad 50% svarte i noen grad

Opplever du god dialog og samarbeid med pårørende?	90% svarte i stor grad 10% svarte i svært stor grad
Opplever du god dialog med samarbeidspartnere som forvaltning, sykehus og hjemmetjenesten?	67% svarte i stor grad 17% svarte i svært stor grad 16% svarte i liten grad

19. Vedlegg 12 – Si din mening! En digital anonym undersøkelse

Av 69 faste ansatte, svarte 35 stk. (50,7% svarte)



4. Hvor lang tid bruker du på kjøkkenet, smøre, lage mat, servere gjennom en vakt til dine pasienter som du har.



8. Hvor lang tid bruker du på skyllerom, vasker, kaster søppel mm?



9. Hvor ofte må dere bestille akutt medisin?



14. Opplever du at du får brukt din kompetanse fullt ut?



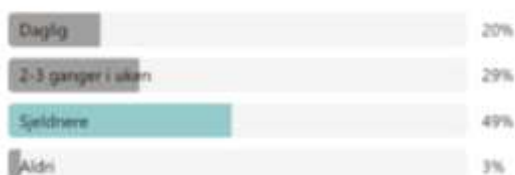
10. Har dere en døgnrytmeplan for huset og følger denne ?



15. Bruker dere tiltaksplan i profil

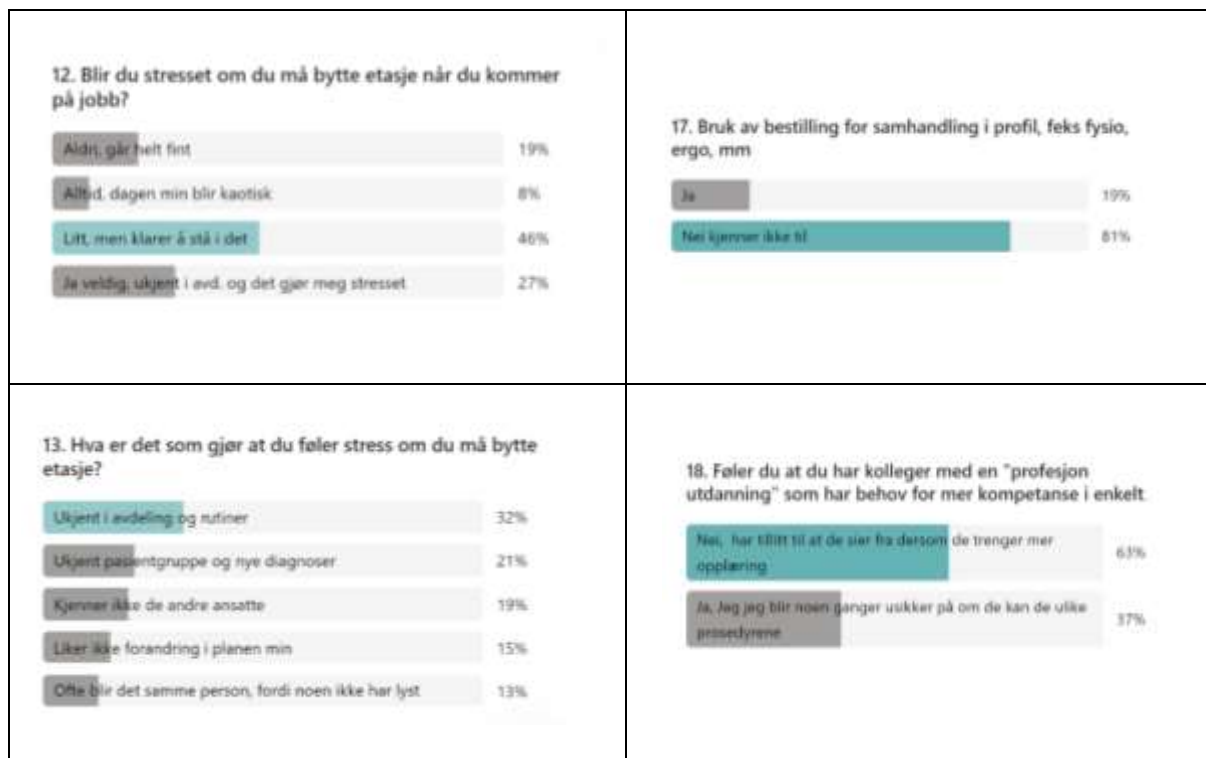


11. Hvor ofte hjelper vi hverandre mellom etasjene?



16. Bruk av huskelapp i profil





20. Vedlegg 13 – Ny oppgavedeling og funksjoner i sykepleieteam

Team koordinator plassadministrasjon og sykepleieteam	SPL1/ Koordinator inneliggende pasienter
<p>Vaktleder for sykepleie teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppmøte på base for sykepleieteam - Sjekke samhandling bestilling i profil fra avdelingsteamene - Fordele sykepleie ressurser i sykepleieteamet til avdelingene. - Ved fravær i sykepleie teamet, vurdere og sørge for innleie av vikar og følge prosedyre for innleie - Samhandle med vaktleder i avdelingsteam og Spl. 1/ Koordinator i avdelingen før innleie - Rollen fordelses på en av koordinatorene og rulleres - ha ansvar en uke av gangen. - Går til sin primæravdeling og utfører rollen for Spl. 1/ koordinator inneliggende pasienter <p>Koordinator plassadministrasjon inntak nye pasienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrere koordinator mail for inntak nye pasienter - Daglig sjekke tildelingsmail fra forvaltning og ha oversikt over denne - Ha egen vakttelefon - Samhandling med Forvaltning (FOK) for inntak nye pasienter - Koordinere og ha oversikt alle inntak nye pasienter på hele huset, alle avdelinger. 	<p>Møter opp på Sykepleie team base:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fordeles til primæravdeling av vaktleder for spl. teamet - Samhandler med vaktleder/ Koordinatorer for hele huset for pasienter utreise og forlengelse <p>Går til sin avdeling og:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stille rapport: leser seg opp på pasienter i avdelingen - Sjekke svarte bok/ beskjed bok, skrive ned beskjeder - Sjekke elektroniske meldinger på inneliggende pasienter - Følge opp avdelingens felles mail - Er i pleie og stell frem til kl 10.00 - Telefon tid fra kl 10.00 - Skrive samhandling /bestilling i profil til sykepleieteam på dagvakt <p>TVERRFAGLIG TAVLEMØTE: Onsdager</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pådriver for at kartleggingsskjema/ inntaksskjema føres før tverrfaglig møte onsdager av primærkontakt - Forberede og lede Tverrfaglig møte - Skrive i tverrfaglig møtebok og notat i profil på pasienter etter møte - Ha oversikt over avdelingen og behandlingsmål for pasienter følges opp

<ul style="list-style-type: none"> - Sørge for De- Brief møte morgen og kl 14 med alle koordinatore: fordele nye pasienter på rom på huset; pasientbelegg - Ha oversikt over ""trøkk"" i avdelingen gjennom de brief med koordinator rollen i avdeling. <p>TAVLE og PLASSADMINISTRASJON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppdatere tavle og plass administrasjon for informasjon, plassadministrasjon for innkomst nye pasienter (går automatisk ved digital tavle og oppgaven faller bort - Oppdatere nødvendig informasjon fortløpende på tavle - Samhandle med SPL 1 / Koordinator i avdelingene og veilede ansatte i avdelingen. <p>DE- BRIEF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DE-BRIEF med SPL1. / Koordinator: felles møte fordeling nye pasienter, utreise og forlengelser - Kort samtale om endringer, pasienter inn og ut og pasienter - Fordeler i fellesskap nye pasienter til avdelingen og rom nr. <p>Utfordrende pasient situasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forberede og samhandle med samarbeidspartnere som SSK, FOK, Hjemmetjeneste - Samhandle med Spl 1/ koordinator i avdelingen - Bistå koordinator i avdeling med vanskelige samtaler med pasient og pårørende" <p>Dokumentasjon og rapport i profil</p> <p>Ansvarsvakt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha ansvarsvakt på huset dagtid på hverdager og i helg - Kan "flytte"" på personell i avdelingene ved behov - Innleie av folk ved fravær og når avdelingsleder ikke er tilstede - Følge prosedyre for innleie ved fravær <p>Veiledning og støtte i avdelingene</p> <p>Rollen rullers på SPL1/ korodinator inneliggende pasienter hver 3 uke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pådriver for at ansatte i avdelingsteam gjennomfører behandlingsmål, søke tjenester, hjelpe midler - Følge opp BE notat i samhandling med ansatte i avdelingsteam og koordinator plassadministrasjon inntak nye pasienter - Melde fra om utreise for utvask av rom før kl 11 - Tidspunkt for tverrfaglig møter i aavdelingen: 2 etg og 4 etg kl 08, 3 etg kl 09 - Samhandling om tiltak før hjemreise for pasient med primærkontakt - Henvise til fysio/ergo <p>TAVLE OG PLASSADMINISTRASJON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppdatere pasientlisten (papirform) i alle etasjer - Oppdatere tavle og plassadministrasjon på pasienter utreise og forlengelse - Oppdatere lindrende pasient liste, og melde aktuelle pasienter til lindrende team - Henvise til fysio/ ergo - Besvare forespørsler fra SSK, fastlege mm. og delegere til primærkontakt i avdelingsteam <p>PRE - Visitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planlegge og gjennomføre pre visitt kl. 10.30 - Pådriver for at primærkontakt fra avdelingsteam deltar på previsitt på sine pasienter - Oppdatere ansatte etter visitt for tiltak og endringer - Oppdatere og være pådriver for at endringer ifht til medisiner følges opp av primærkontakt - Delegere endringer/ tiltak til kolleger i avdelingsteam <p>DE- BRIEF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DE-BRIEF med Koordinator plassadministrasjon. - Kort samtale om endringer, pasienter inn og ut og pasienter: - Hvem kan hjem og hvem må forlenge. - Fordeler i fellesskap nye pasienter til avdelingen og rom nr. <p>Utskriving/ forlengelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ferdigstille epikriser, evt. utskrivning/ overføringsrapport på inneliggende pasienter - Samhandle med FOK angående pasienter som har behov for forlenget opphold. - Ved dødsfall: Endre utskrivelsesdato til dødsdato i journal og plassadministrasjon - Ved utreise Oppdatere plassadministrasjon <p>Avklaringer FREDAGER:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avklaring om det er pasienter som skal settes på LCP eller behov for HLR notat før helg. - Skrive kort status mail til avdelingsledere og henvise til BE notat (fredager) <p>Medisinbestilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medisinbestilling før kl. 14.00 på TIRSDAGER - Mottak, kontroll og sette på plass medisiner TORSDAGER. <p>Utfordrende pasientforløp/ situasjoner:</p>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre samarbeidsmøter med pårørende, hjemmetjeneste i utfordrende pasient saker - Ta vanskelige samtaler med pasient og pårørende <p>Dokumentasjon og rapport i profil Bidra til faglig og forskriftsmessig utførelse av tjenesten og samhandling Bidra til godt tverrfaglig samarbeid, fleksibilitet, gode rutiner og arbeidsflyt Råd og veiledning av kolleger i avdelingen Medansvar for systematisk turnus og arbeidsplan for sykepleieteam Brannansvarlig i avdeling Veiledning og støtte kollega i avdelingen</p>
SPL 2 Sykepleier særskilte pasienter	
<p>Møter opp på Sykepleie team base:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fordeles til primæravdeling av vaktleder for spl. Teamet (går til sin avdeling) - Sjekke husklapp i profil <p>Ansvarsvakt: Ha ansvarsvakt på huset kveldstid på hverdager og i helg</p> <p>Skrive samhandling /bestilling i profil til sykepleieteam på kveld (helg og hverdager)"</p> <p>Pasientansvar med stell, gi medisiner, insulin, klexane mm og servere måltider og oppfølging</p> <p>Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix, prøver og føre disse inn i profil før pre visitt</p> <p>Sårstell der det er behov for spl kompetanse</p> <p>Sårprosedyrer, vurdering, kartlegging, oppfølging, dokumentere</p> <p>Klinisk obeservasjoner, tiltak og oppfølging</p> <p>Tverrfaglig tavlemøte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delta på tverrfaglige møter for sine pasienter - Sørg for at kartleggingsskjema/ innkost er ført til tverrfaglig tavle møte <p>Innkost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lage innkostmapper, kartleggingskjema, sjekklister nye pasienter - Ta innkost nye pasienter - Ta imot rapport (tlf) fra SSK og kontrollere at vi har medisiner - følg sjekklister - Oppdatere tavle på sine pasienter - E- meldinger, lese i profil og følge opp meldingen" <p>Pre-Visitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delta på pre- visitt kl. 10.30 for sine pasienter ved behov - Oppdatere tavle for sine pasienter - Gjennomføre tiltak og endringer for sin pasient - Oppdatere medisinendringer, dosett etc - Oppdatere tiltaksplan og iverksette endringer/ tiltak og mål med opphold <p>Utskrivelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forberede og gjennomføre utreise av pasienter: sørge for medisiner, transport, hjelpemidler - Skrive utskrivnings, - overføringsrapport. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Skrive og følge opp BE - notat og oppdatere koordinator - Gjennomføre samarbeidsmøter med hjemmetjenesten, pårørende evt andre ved utreise - Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med aktuelle samarbeidspartnere som, pårørende, hjemmetjeneste mm <p>Skrive søknader om evt nye tjenester, hjelpe midler mm"</p> <p>Dosering/ kontroll av medisin: Dosering av medisiner i samarbeid med sykepleier i avdelingsteam</p> <p>Dokumentasjon og rapport i profil</p> <p>Bidra til faglig og forskriftsmessig utførelse av tjenesten og samhandling</p> <p>Bidra til godt tverrfaglig samarbeid, fleksibilitet, gode rutiner og arbeidsflyt</p> <p>Råd og veiledning av kolleger i avdelingen</p> <p>Veiledning kolleger og sykepleie studenter</p> <p>Sykepleiefaglige prosedyrer</p>	
--	--

21. Vedlegg 14 – Ny oppgavedeling og funksjoner i avdelingsteam

Sykepleier	Helsefagarbeider
<p>Møter opp i sin avdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stille rapport på pasienter i avdelingen en har ansvar for - Sjekke svartebok/ beskjedbok - Være primær/ sekundærkontakt i avdelingen <p>Samhandle med ansvarsvakt for bestilling i profil til sykepleieteam på kveld (helg og hverdager)"</p> <p>Pasientansvar med stell, gi faste medisiner, insulin, klexane mm</p> <p>Servere måltider og oppfølging</p> <p>Oppdater ""matkort"" til avdelingsvert</p> <p>Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix, prøver og føre disse inn i profil før pre visitt</p> <p>Sårstell der det er behov for spl kompetanse</p> <p>Sårprosedyrer, vurdering, kartlegging, oppfølging, dokumentere</p> <p>Klinisk obeservasjoner, tiltak og oppfølging</p> <p>Tverrfaglig tavlemøte:</p> <p>Delta på tverrfaglige møter som primærkontakt for sine pasienter</p> <p>Sørge for at kartleggingsskjema/ innkost er ført til tverrfaglig tavle møte</p> <p>Innkost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lage innkostmapper, kartleggingsskjema, sjekklister nye pasienter - Ta innkost nye pasienter - Ta imot rapport (tlf) fra SSK og kontrollere at vi har medisiner - følg sjekklister - E- meldinger, lese i profil og følge opp meldingen <p>Pre- visitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delta på pre-visitt kl 10.30 for sine pasienter ved behov 	<p>Møter opp i sin avdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stille rapport - Sjekke svartebok/ beskjed bok - Være primær/ sekundærkontakt i avdelingen <p>Pasient ansvar med stell morgen/ kvelds/ Dusj / toalett besøk</p> <p>Rydde pasientrom etter stell</p> <p>Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix</p> <p>Føre målinger inn i profil før visitt</p> <p>Servere måltider og hjelpe beboere med å spise</p> <p>Oppdater matkort til avdelingsvert kjøkken</p> <p>Gi faste medisiner fra multidose og dosett</p> <p>Gi ferdig opptrukne injeksjoner, delegert av spl. (Insulin, klexane)</p> <p>Drikke/diurese</p> <p>Adm. Inhalasjonsmedisin, forstøver / O2 etter forordning</p> <p>Kliniske observasjoner</p> <p>Tverrfaglig tavlemøte:</p> <p>Delta på tverrfaglige møter som primærkontakt for sine pasienter</p> <p>Sørge for at kartleggingsskjema/ innkost er ført til tverrfaglig tavle møte"</p> <p>Innkost:</p> <p>Lage innkostmapper, kartleggingsskjema, sjekklister nye pasienter</p> <p>Ta innkost nye pasienter</p> <p>Pre- visitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delta på pre-visitt kl 10.30 for sine pasienter ved behov - Oppdatere tavle for sine pasienter

<ul style="list-style-type: none"> - Oppdatere medisinendringer, dosett etc - Oppdatere tavle for sine pasienter <p>Skrive og oppdatere tiltaksplan og IPLOS i profil og Iverksette endringer/ tiltak og videre behandlingsplan</p> <p>Tiltaksplan livets siste dager, observasjon, medisiner, vurdering, smertelindring</p> <p>Informasjon til pårørende ved endring etter legekontakt</p> <p>Skrive og følge opp BE – notat</p> <p>Oppdatere tavle på sine pasienter</p> <p>Rydde i gamle journaler, send epikriser til FOK og makulere resten"</p> <p>Servere sine pasienter lunsj/ middag</p> <p>Prosedyrer som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EKG, Picline, PEG, mm. - Legge inn mannlig kateter, blæreskylle /scanne - Legge nasal sonde, ernæring, suprapubis kateter, butterfly - Kontakt med legevakt/113 / tilsynslege evt fast lege <p>Dosering/ kontroll medisin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosere /kontrollere dosetter - Regnskap på A+ B preparat x 1 pr. uke - Kontroll og telle akutt koffert FREDAGER <p>Utskrivelse:</p> <p>Planlegge og gjennomføre utreise av pasienter: sørge for medisiner, transport, hjelpemidler</p> <p>Skrive utskrivnings, - overføringsrapport.</p> <p>Skrive og følge opp BE - notat og oppdatere koordinator</p> <p>Gjennomføre samarbeidsmøter med hjemmetjenesten, pårørende evt andre ved utreise</p> <p>Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste mm</p> <p>Rydde journal til pasient etter utreise</p> <p>Skrive søknader om evt nye tjenester, hjelpe midler mm</p> <p>Samarbeidsmøter</p> <p>Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med aktuelle samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste mm</p> <p>Informere/ samtale ansatte, beboer og pårørende v/ behov</p> <p>Spl. Studenter</p> <p>Dokumentasjon og rapport i profil</p> <p>Veiledning kollega</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skrive og oppdatere tiltaksplan og IPLOS i profil og Iverksette endringer/ tiltak og videre behandlingsplan - Informasjon til pårørende ved endringer etter legekontakt <p>Ernæringskartlegging, ta vekt, iverksette endringer</p> <p>Legge inn kvinnelig kateter, stell av kateter, blæreskylle/ scanne</p> <p>Gi sondemat, stell av PEG</p> <p>RIK/ engangskat. dame</p> <p>Stell av stomi</p> <p>Sårprosedyrer og sårstell etter prosedyre, bestille vurdering fra sykepleier ved behov</p> <p>Sårprøver, bactus</p> <p>Kontroll av O2 apparat</p> <p>Kalibrering utstyr</p> <p>Holde orden på utstyr, news app./ måleapp, hjelpemidler mm.</p> <p>PASIENTROM v/ behov</p> <p>Sengesjikt og vask senger, nattbord, hjelpemidler</p> <p>Fylle på lintøy, håndklær, kluter, hygieneartikler, toalettpapir, såpe mm</p> <p>Klargjøre rom til nye pasienter</p> <p>Utskrivelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planlegge og gjennomføre utreise av pasienter: sørge for medisiner, transport, hjelpemidler mm. - Skrive utskrivnings, - overføringsrapport. - Skrive og følge opp BE - notat og oppdatere koordinator - Beskjeder, informasjon, samtaler med pasient, pårørende - Bestilling av hjelpemidler <p>Planlegge og gjennomføre aktiviteter</p> <p>Mobilisering, gå trening</p> <p>Stell av mors</p> <p>Kontakt lege/legevakt/ 113 etter avtale med spl og ved akutt sit.</p> <p>Dokumentasjon og rapport i profil</p> <p>Undervisning forflyting, og opplæring ny ansatte</p> <p>Superbruker sykesignalanlegg, phoniro og tellucare</p> <p>Veiledning kollega avdelingsverter</p> <p>Låserunde på kveld</p>
Avdelingsvert	Primærkontaktrollen
<p>KJØKKEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilberede frokost, smøre til pasienter og lage frokostbord i fellesareal - Ha stuevakt og ansvar/ tilsyn med felles bord og følge opp pasienter som har «aktiv frokost» - Følge med på tavle, kjøkken, smøreliste for hver pasient, allergi, Cave, spesielle ernæringsbehov - Rydde, oppvask, vaske kjøkken, ta ut og inn av oppvaskmaskin. - Sette på plass og merke tørrvarer med dato 	<p>Sørge for økt trygghet for pasient/ pårørende under oppholdet gjennom en klar ansvarsfordeling. Pasient har en primærkontakt som pasientens kontaktperson og som skal bidra til forutsigbarhet og kontinuitet for pasienten.</p> <p>Beskrivelse ansvar og oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier 1 i sykepleieteam utnevner primærkontakt og sekundær kontakt for alle pasienter

<p>Andre oppgaver Kjøkken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandag: Rengjøring av kjøleskap - Tirsdag: Rengjøring av komfyr, ovn, microovn - Onsdag: Rengjøring av isbitmaskin, kaffetraktere og kaffekanner. - Torsdag: Rengjøring av kjøleskap - Fredag: Påfyll av tørrvarer fra lager - Lørdag: Rengjøre oppvaskmaskin <p>Bestilling matvarer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestille tørrvarer og melk før kl. 12.00 <p>MANDAGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motta tørrvarer og sette på plass - Rydde og holde orden i kjøkkenskap og kjøkkenareal - Lage ukes meny til oppslag i dialog med personal i avdeling - Kontroll og dato merking av alle varer <p>SKYLLEROM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rydde og vaske skyllerom x 2 pr vakt - Ta ut søppel og skittentøy <p>VASKEROM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaske pasienttøy - Vask av dyner/puter på vaskerom i kjeller - Rengjøring hjelpemidler mm - Hente og fylle på lintøy, håndklær, kluter, på lager i avdelingen x 2 pr. uke <p>FELLESAREAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Være stuevert og til stede og ansvar/ tilsyn under måltider i fellesareal - Rydde og holde orden på vaktrom/ fellesareal - Rydde, tørke støv, vanne blomster, pynte, estetikk - Være stuevert i fellesareal - Pynte avdeling søndag, høytidsdager - Holde orden, rengjøre og vanne blomster veranda - Være stuevert for pasienter og ha aktiviteter som spill, avislesing, quis, ta med pasienter på rydde og vask, vanne blomster mm. " <p>KJØKKEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lunsj: 13.00: Tilberede enkel lunsj og servere på felles bord. - Hente middag og kjøle varer på kjøla i kjeller - Fylle på varer i kjøleskap - Rydde, oppvask, vaske kjøkken <p>PASIENTROM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sengeskiift og vask senger, nattbord, hjelpemidler - Fylle på lintøy, håndklær, kluter, hygieneartikler, toalettpapir, såpe mm - Klargjøre rom til nye pasienter <p>LAGER:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestille forbruksmateriell, bleier mm - Holde orden på lager, mottak av varer, fylle på i hyller på lager i kjeller - Hente utstyr på lager i kjeller og fylle opp i avdelingen x 2 pr uke 	<ul style="list-style-type: none"> - Fordelingsnøkkel hvor både sykepleier og helsefagarbeider er enten primærkontakt eller sekundærkontakt, ut fra stilling prosent. <ul style="list-style-type: none"> - Primær (helsefagarbeider/ sykepleier) - Sekundær (sykepleier / helsefagarbeider) - Pasient og evt. pårørende er informert - Primærkontakt sørger for å følge opp pasient under oppholdet, med bla. «hva er viktig for deg», tiltaksplan og mål for opphold blir fulgt. - Sørger for at nødvendig og relevant informasjon er oppdatert i journal og tilgjengelig i profil <p>Innkomst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sørger for kartlegging av pasient, innkomst - Tar innkomst og innkomstjournal og kartlegging av pasient. - Følger opp/ oppdatere Ernæring (mat) tavle på kjøkken for avdelingsvert - Ha ansvar for at tiltak blir iverksatt - Skriver BE – notat ved behov - Deltar på tverrfaglig tavle møte og melde pasient behov for å nå mål med oppholdet - Leder tverrfaglig møte på sine pasienter - Tar imot rapport (tlf) fra SSK før pasienten kommer og sjekker om vi har medisiner pasienten trenger (spl) - Gjennomføre forhåndssamtale <p>Utreise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sørger for nødvendige hjelpemidler er på plass i orden før hjemreise, evt. søknad om tjenestetiltak - Sørger for oppfølging av aktuelle parter i forbindelse med hjemreise/ utskrivning. - Samhandler/ informerer med samarbeidspartner som for eksempel. Hjemmesykepleie ved hjemreise - Skriver overføringsnotat ved utskrivelse - Sørger for evt. medisiner/ dosett er klart før hjemreise - Bestiller transport ved hjemreise - Informerer Spl. 1 – Koordinator om plan/ hjemreise/ ev. behov for forlengelse av opphold og evt. behov for samarbeidsmøter mm. - Gjennomfører samtaler med pårørende - Henvise særskilte pasientsaker til koordinator hvor det er behov for mer hjelp - Skriver beskjed i svartebok/ dagbok særskilte oppgaver
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Påfyll av forbruksmateriell på angitte steder i avdeling - Sjekkes og gjennomføres på dag og kveldsvakt KJØKKEN <ul style="list-style-type: none"> - Middag: 15.30 – 16.00: Tilberede middag og serverer på felles bord. - Sette på og tilberede middag kl. 14.30-15.00 - Servere middag felles bord - Gjøre klart middag på serveringsbrett til pasienter på rom <p>Hjelpemidler: Rengjøring av hjelpemidler ved behov Bårerom: Rydde og rengjøre bårerom x 1 pr. uke Kjølerom i kjeller: Rydde mat kjøll i kjeller x 1 pr uke Pasientrom: Vask av senger, nattbord, fylle på kluter, håndklær, toalett papir, såpe i dialog med personal i avdelingen Opplæring av nye avdelingsverter</p>	
--	--

22. Vedlegg 15 – Døgnrytmeplan

Kl. slett	Beskrivelse AVDELINGSTEAM	Beskrivelse Sykepleiere TEAM
07.30 – 07.45	Møter i avdeling Vaktleder fordeler/ omfordeler personell Fordeling av personell skal alltid gjøres på vakten før. Vaktleder markeres med egen vaktkode Stille rapport på sine pasienter	Møter på sin Base Vaktleder og koordinator fordeler personal ressurser ut fra bestilling i profil SPL1 og SPL 2 går til sin avdeling Stille rapport 07.45 – 08.00 på sine pasienter
07:30 – 09:00	Avdelingsvert: Tilberede frokost for hele avdeling (alle grupper) KJØKKEN Frokost: 0730-0900 Koke kaffe/ te/ egg Tilberede frokost, smøre til pasienter og lage frokostbord i fellesareal Ha stuevakt og ansvar/ tilsyn med felles bord og følge opp pasienter som har «aktiv frokost» Følge med på tavle, kjøkken, smøreliste for hver pasient, allergi, Cave, spesielle ernæringsbehov Rydde, oppvask, vaske kjøkken, ta ut og inn av oppvaskmaskin Rydde kjøkkenskap, vaske skap, ovn, micro, isbitmaskin, hvitevarer mm. Sette på plass og merke tørrvarer med dato	
07.45 – 09.00	Morgenstell Medisinutdeling Målinger – føres inn i profil før kl. 10 og før visitt Sykepleier i avdelingsteam: Sårstell der det er behov for spl. kompetanse Sårprosedyrer, vurdering, kartlegging, oppfølging, dokumentere Klinisk observasjoner, tiltak og oppfølging Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix, Drikke/diurese Insulin, klexane, mm Vurdering av målinger og prøver, oppfølging Ernæringskartlegging, ta vekt, iverksette endringer Oppdater matkort til avdelingsvert kjøkken Helsefagarbeider i avdelingsteam:	Morgenstell Medisinutdeling Målinger – føres inn i profil før kl. 10 og før visitt SPL1/ koordinator inneliggende pasienter er i stell frem til kl. 10.00 (fordelt av vaktleder i avdelingsteam) Onsdager: Forberede og lede Tverrfaglig møte kl. 07:45 ONSDAGER: SPL2: Sårstell der det er behov for spl. kompetanse Sårprosedyrer, vurdering, kartlegging, oppfølging, dokumentere Klinisk observasjoner, tiltak og oppfølging Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix, Drikke/diurese

	<p>Målinger: blodsukker, NEWS, HB; INR, CRP, urinstix, Drikke/diurese</p> <p>Vurdering av målinger og prøver, oppfølging</p> <p>Sårprosedyrer, vurdering, kartlegging, oppfølging, dokumentere</p> <p>Klinisk observasjoner, tiltak og oppfølging</p> <p>Ernæringskartlegging, ta vekt, iverksette endringer</p> <p>Oppdater matkort til avdelingsvert kjøkken</p> <p>Gi ferdig opptrukne injeksjoner, delegert av spl. (Insulin, klexane)</p> <p>Adm. Inhalasjonsmedisin, forstøver / O2 etter forordning</p>	<p>Insulin, klexane, mm</p> <p>Vurdering av målinger og prøver, oppfølging</p> <p>Ernæringskartlegging, ta vekt, iverksette endringer</p> <p>Oppdater matkort til avdelingsvert kjøkken</p>
Kl. 08.00 -09.30 Onsdager	<p>Tverrfaglig tavlemøte: Kl. 08.00 for 2 og 4 etasje Kl. 09.00 for 3 etasje</p> <p><u>Sykepleier og Helsefagarbeider i Avdelingsteam:</u> Delta på tverrfaglig tavlemøte for sine pasienter Sørge for at kartleggings skjema/ innkomst er ført til tverrfaglig tavle møte</p> <p>Primærkontakt møter forberedt og leder møte for gjennomgang av sine pasienter</p>	<p>SPL1: Forberede og lede Tverrfaglig møte kl 07:45 ONSDAGER <u>Hvem som møter:</u> Koordinatorer primærkontakter som skal delta på møte</p> <p>Tverrfaglig tavlemøte: Kl. 08.00 for 2 og 4 etasje Kl. 09.00 for 3 etasje</p> <p>Sørge for at kartleggings skjema/ innkomsts skjema føres for tverrfaglig møte onsdager Skrive notat i profil på pasienter etter møte Avklare og delegere BE – notat og søke tjenester</p> <p>SPL2: Delta på tverrfaglig tavlemøte for sin pasienter Sørge for at kartleggings skjema/ innkomst er ført til tverrfaglig tavle møte</p> <p>Primærkontakt møter forberedt og leder møte for gjennomgang av sine pasienter</p>
09.00 – 10.00	Servere frokost og hjelpe pasienter med måltid	Servere frokost og hjelpe pasienter med måltid
10.00	<p><u>Avdelingsteam:</u> Ferdig stille evt. morgenstell</p>	<p><u>SPL1/ Koordinator:</u> fra kl. 10.00 går inn i koordinator rollen</p> <p><u>SPL1:</u> Sjekk elektroniske meldinger på inneliggende pasienter og skrive ut de som gjelder for pasienter i avdelingen</p> <p><u>SPL2:</u> Ferdig stille evt. morgenstell</p>
10:00 – 11.00	<p><u>Avdelingsvert:</u> arbeidsoppgaver etter liste, skyllerom, lager mm</p> <p><u>Andre oppgaver Kjøkken:</u> Mandag: Rengjøring av kjøleskap Tirsdag: Rengjøring av komfyr, ovn, microovn Onsdag: Rengjøring av isbitmaskin, kaffetraktere og kaffekanner. Torsdag: Rengjøring av kjøleskap Fredag: Påfyll av tørrvarer fra lager Lørdag: Rengjøre oppvaskmaskin</p> <p><u>Bestilling matvarer</u> Bestille tørrvarer og melk før kl. 12.00 MANDAGER Motta tørrvarer og sette på plass Rydde og holde orden i kjøkkenskap og kjøkkenareal Lage ukes meny til oppslag i dialog med personal i avdeling Kontroll og dato merking av alle varer</p>	
10.45 – 11.00	<p><u>Avdelingsteam:</u> Primærkontakt forberede seg til pre-visitt.</p> <p>Møte opp til et kort samarbeidsmøte med SPL 1 for pre-visitt.</p>	<p><u>SPL1:</u> Planlegge og forberede til lege visitt. Hvem fra avdelingsteam skal delta mm</p> <p><u>SPL2:</u> Møte opp til et kort samarbeidsmøte med SPL 1 for pre-visitt.</p>

	Melder til SPL1/ koordinator fra om endringer i pasient/ behandlingsforløp, utreise, forlengelse mm. Prosedyrer mm	Melder til SPL1 / koordinator fra om endringer i pasient/ behandlingsforløp, planlegger og forbereder utreise, forlengelse mm. Prosedyrer mm.
11.00 – 12.00	<u>Pre-Visitt</u> Primærkontakt møter forberedt til previsitt for gjennomgang av sine pasienter <u>Sykepleier i avdeling:</u> Tiltaksplan og Iverksette endringer/ tiltak Informere/ samtale ansatte, beboer og pårørende v/ behov Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter med pårørende, hjemmetjeneste Oppdatere tavle på sine pasienter <u>Helsefagarbeider i avdeling:</u> Tiltaksplan og Iverksette endringer/ tiltak Informere/ samtale ansatte, beboer og pårørende v/ behov Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter med pårørende, hjemmetjeneste Oppdatere tavle på sine pasienter	<u>Pre – Visitt</u> <u>SPL1:</u> Gjennomføre visitt i samhandling med lege Oppdatere ansatte etter visitt for tiltak og endringer Oppdatere og følge opp medisinarke på medisintralle Delegere endringer/ tiltak til kolleger i avdelingsteam for gjennomføring Melde fra om utreise for utvask av rom før kl.11 Følge opp BE notat i samhandling med koordinator plassadministrasjon Besvare forespørsler fra SSK, fastlege mm. Henvise til fysio/ ergo Oppdatere lindrende pasient liste, og melde aktuelle pasienter til lindrende team Ha oversikt over inn / ut og oppdatere digitale tavle Lage inntaksmapper, sjekklister nye pasienter <u>SPL2:</u> Delta på visitt kl. 11 for sine pasienter når det er behov Oppdatere tavle på sine pasienter Ta inntak nye pasienter
11.00 – 12.00	<u>Avdelingsvert:</u> <u>VASKEROM:</u> Vaske pasienttøy Vask av dyner/puter på vaskerom i kjeller Rengjøring hjelpemidler mm Hente og fylle på lintøy, håndklær, kluter, på lager i avdelingen x 2 pr. uke <u>SKYLLEROM:</u> • Rydde og vaske skyllerom x 2 pr vakt • Ta ut søppel • Ta ut skittentøy mm • Dekonterminator • Vircon x 1 pr uke	
11.30 – 12.30	<u>Avdelingsteam:</u> Forts. pasient arbeid	<u>Koordinator Plassadministrasjon og SPL1/ koordinator inneliggende pasienter har:</u> <u>DE- BRIEF:</u> Daglig kort DE-BRIEF med Koordinator plassadministrasjon. Kort samtale om endringer, pasienter inn og ut og pasienter: Hvem kan hjem og hvem må forlenge. Tidspunkt for samtalen etter legevisitt: foreslått 2 et.: kl. 11.15., 3 et.: kl. 11.30, 4 et., kl. 11.45 Ved komplisert og utfordrende pasient situasjoner: • Forberede og samhandle med samarbeidspartnere som SSK, FOK, Hjemmetjeneste
12.00 – 13.00	<u>Avdelingsvert:</u> <u>KJØKKEN</u> Forberede Lunsj: Tilberede enkel lunsj og servere på felles bord. Hente middag og kjøle varer på kjøla i kjeller Fylle på varer i kjøleskap Rydder, oppvask, vaske kjøkken	
12.00 -13.00	<u>Sykepleier i avdeling:</u> • Dosering av medisin/ Kontrollere ferdiglagte dosetter • Ajourføre/ oppdatere legemiddelkort for sine pasienter	<u>SPL2:</u> <u>Dosering av medisin.</u> Hoved dosering av medisiner 1 gang pr uke – hver FREDAG (evt. 3 ganger pr uke. Mandag, onsdag og fredag)
13.00 – 13.30	<u>LUNSI:</u>	<u>LUNSI:</u>

	Servere lunsj til sine pasienter	Servere lunsj til sine pasienter
12.00 – 15.00	<p><u>Sykepleier i avdeling:</u> Kontakt med legevakt/113 / tilsynslege evt. fast lege Innkomst ny beboer: innkomstmappe, sjekklister Overføringsnotat BE - notat Utskrivelse, planlegge og gjennomføre utreise fra kl.13.00 og utover Oppdatere manuell tavle på sine pasienter Tiltaksplan livets siste dager, observasjon, medisiner, vurdering og smertelindring Kartlegge videre behandlingsplan Oppdatere tiltaksplan i profil Iverksette tiltak Rydde journal til pasient etter utreise EKG, Pipline, PEG, mm Legge inn mannlig kateter, blæreskylle /scanne Legge nasal sonde, ernæring, suprapubis kateter, butterfly Dokumentasjon, journal profil Informasjon pårørende ved endring etter legekontakt Dokumentasjon og rapport i profil Veiledning kollega og sykepleie studenter Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste mm</p> <p><u>Helsefagarbeider i avdeling:</u> Sårprosedyrer og sårstell etter prosedyre, bestille vurdering fra sykepleier ved behov Sårprøver, Baktus Kontroll av O2 apparat Kalibrering utstyr Holde orden på utstyr, News app./ måleapp, hjelpemidler mm. Skriver, oppdatere tiltaksplan, IPLOS Legge inn kvinnelig kateter, stell av kateter, blæreskylle/ scanne Gi sondemat, stell av PEG RIK/ engangskat. dame Stell av stomi Planlegge og gjennomføre aktiviteter Bestilling av fysio, ergo Mobilisering, gå trening Stell av mors Kontakt lege/legevakt/ 113 etter avtale med spl og ved akutt sit. Innkomst ny pasient, ta imot Planlegge utreise, informasjon, transport, oftest utreise fra kl. 13.00 og utover Beskjeder, informasjon, samtaler med pasient, pårørende Bestilling av hjelpemidler Overføringsnotat BE – notat Dokumentasjon og rapport i profil Undervisning forflytting, og opplæring ny ansatte Superbruker sykesignalanlegg Brann ansvarlig Veiledning avdelingsverter Låse runde på kveld Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste mm</p>	<p><u>SPL1:</u> <u>Utskriving:</u> Ferdigstilte epikriser, evt. utskrivning/ overføringsrapport på inneliggende pasienter</p> <p><u>Avklaringer FREDAGER:</u> Avklaring om det er pasienter som skal settes på LCP eller behov for HLR notat før helg. Rydde i gamle journaler, send epikriser til FOK og makulere resten</p> <p>Gjennomføre møter med samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste i samarbeid med kolleger i avdelingsteam</p> <p><u>SPL2:</u> <u>Utskrivelse:</u> Forberede og gjennomføre utreise av pasienter: sørge for medisiner, transport, hjelpemidler mm. Utreise oftest fra kl.13.00 og utover Skriver utskrivnings-, - overføringsrapport. Samarbeide og kontakte hjemmetjenesten ved utreise Forberede og gjennomføre samarbeidsmøter og informasjon med samarbeidspartnere, pårørende, hjemmetjeneste mm</p> <p><u>Iverksette endringer:</u> Oppdatere tiltaksplan og iverksette endringer/ tiltak, og ajourføre legemiddelkort Skriver og følge opp BE – notat Oppdatere dosett ved medisinendringer</p> <p><u>Medisinbestilling:</u> <u>Medisinbestilling før kl. 14.00 på TIRSDAGER</u> <u>Mottak, kontroll og sette på plass medisiner</u></p> <p><u>TORSDAGER.</u> • Regnskap på A+ B preparat x 1 pr. uke • Kontroll og telle akuttstoff FREDAGER</p> <p>Dokumentasjon og rapport i profil</p> <p>Veiledning kolleger og sykepleie studenter gjennom vakt.</p>
12.00 – 15.00	<p><u>Avdelingsvert:</u> <u>FELLESAREAL:</u> Være stuevert og til stede og ansvar/ tilsyn under måltider i fellesareal Rydde og holde orden på vaktrom/ fellesareal Rydde, tørke støv, vanne blomster, pynte, estetikk Være stuevert i fellesareal Pynte avdeling søndag, høytidsdager</p>	

	<p>Holde orden, rengjøre og vanne blomster veranda Være stuevert for pasienter og ha aktiviteter som spill, avislesing, Quiz, ta med pasienter på rydde og vask, vanne blomster mm.</p> <p>Hjelpemidler: Rengjøring av hjelpemidler ved behov Bårerom: Rydde og rengjøre bårerom x 1 pr. uke Kjølerom i kjeller: Rydde mat kjøøl i kjeller x 1 pr uke Pasientrom: Vask av senger, nattbord, fyller på kluter, håndklær, toalettpapir, såpe i dialog med personal i avdelingen Opplæring avdelingsverter</p> <p><u>LAGER:</u> Bestille forbruksmateriell, bleier mm Holde orden på lager, mottak av varer, fyller på i hyller på lager i kjeller Hente utstyr på lager i kjeller og fyller opp i avdelingen x 2 pr uke Påfyll av forbruksmateriell på angitte steder i avdeling Sjekkes og gjennomføres på dag og kveldsvakt Sette på og tilberede middag kl. 14.30-15.00</p>	
15.30	<p><u>Avdelingsvert:</u> <u>KJØKKEN</u> Middag: 15.30 – 16.00: Tilberede middag og serverer på felles bord. Servere middag felles bord Gjøre klart middag på serveringsbrett til pasienter på rom</p>	
16.00	Servere middag til sine pasienter	Servere middag til sine pasienter
	<p><u>Avdelingsteam:</u> Innkomst nye pasienter Utreise Planlegge og gjennomføre behandlingsforløp</p>	<p><u>Sykepleie team:</u> Innkomst nye pasienter Utreise Planlegge og gjennomføre behandlingsforløp</p> <p>SPL1: En SPL1 har ansvarsvakt på helse huset – GUL vakt</p>
18.30 – 19.30	<p><u>Avdelingsvert:</u> <u>KJØKKEN</u> Tilberede Kveldsmat: Smøre til pasienter Servere på felles bord.</p>	
19.30	Servere kveldsmat til sine pasienter	Servere kveldsmat til sine pasienter
20.00 – 22:00	<p>Kveldstell Medisiner Målinger føres inn i profil</p>	<p>Kveldstell Medisiner Målinger, føres inn i profil</p>
21.30 – 22.30	<p>Dokumentasjon og rapport i profil 5 min de breef med nattvakt</p>	<p>Dokumentasjon og rapport i profil 5 min de breef med nattvakt</p>
22.15-22.30	Stille rapport nattvakt	
23.00	Tilsynsrunde	
02:00	Tilsynsrunde	
06.00	Tilsynsrunde	
06:30 – 07.30	<p>Føre målinger inn i profil Summer drikke / diurese og føre inn i profil Dokumentasjon og rapport i profil</p>	

23. Vedlegg 16 – Tiltaksplan pasientjournalen Profil

PLANKATEGORI	PLAN OMRÅDE	TILTAKSPLAN	STANDARD BAKGRUNN FOR TILTAK
Rehab. og lokalmedisinske tjenester	Kartlegging /sjekklister	Kartleggings skjema	LMG- skjema, MNA- skjema, o.l.
		Sjekklister	Sjekklister som f.eks. ved ny bruker
		Kartlegging barn	For bruker som har pårørende u/18 år
(Husk å opprette rutine/ prosedyrer under tiltakene)	Fysisk helse – grunnleggende behov. (under hvert punkt i tiltaksplan; lages rutine/ prosedyre etc. Denne kan kvitteres ut når gjennomført. Ved behov for rapport skriv under riktig tiltak)	Aktivitet	Styrke, utholdenhet, bevegelighet, koordinasjon, balanse, aktivitetsmønster -vaner. Evt. hjelpemidler. IPLOS: Bevege/ forflytte seg inne og ute.
		Fall	Fallrisiko og tiltak
		Avføring	Mønster ift. avføring. Farge, lukt, mengde, utseende, IPLOS toalett
		Ernæring	Kartlegging kostvaner, appetitt, drikkevaner, spesiell diett, mat inntak, vekt og høyde. IPLOS: spise mat, lage mat
		Legemiddelhåndtering	Her skriver du tiltak for observasjon, Medisin endringer, fyller/kontroll dosett/ multidoser, utlevering av dosett/ multidoser, injeksjoner og legemiddelgjennomgang.
		Ivareta egen helse	Egenomsorg ift å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer og skade oppstår, følger behandlingsopplegg og håndterer egne medisiner. Veiledning - opplæring/trening. IPLOS: Ivareta egen helse. Håndtere egen sykdom, skade eller funksjonshemming
		Kognitiv funksjon	Bevissthetsnivå, våkenhet, orienteringsevne, hukommelse IPLOS: hukommelse
		Personlig hygiene	Vaner, forutsetninger, hudpleie, intimhygiene, hår, skjegg, negler, dusj/vask IPLOS: Personlig hygiene. Av- og påklledning
		Respirasjon	Frie luftveier, respirasjonsfrekvens, dybde, rytme, hoste, ekspektorat(farge/konsistens/luke), respirasjon, pustebesvær
		Sirkulasjon	Puls, blodtrykk, hud (farge/temperatur/fuktighet/ ødemer), negler(cyanose)
		Smerte	Observasjon/beskrivelse av smerte (bruk av smerteskala for å kartlegge smerte er viktig)
		Syn, hørsel og kommunikasjon	Syn, hørsel, taktil, kinetisk, bruk av briller, høreapparat og talehjelpemiddel. Tale, språkforståelse, nonverbal kommunikasjon
		Søvn og hvile	Døgnrytme, hviletider, søvnvansker og medikamenter. Digitalt tilsyn
		Sår	Beskrivelse av sår, årsak/risiko/forebygging, sårprosedyre
		Tann-/munn hygiene	Munnhule, tenner/tannprotese, slimhinner
		Urin	Mønster ift urinlating (hyppighet og besvær), farge, lukt, mengde IPLOS: Toalett
NEWS 2	NEWS målinger legges under Målinger. Her skrives evt. Tilleggsrapport v/ behov National Early Warning Score2		
	Psykisk helse- grunnleggende behov (under hvert punkt i tiltaksplan; lages rutine/ prosedyre etc. Denne kan kvitteres ut når gjennomført. Ved behov for rapport skriv under riktig tiltak)	Mestring og livsstil	Fritidsaktiviteter, interesser, helsefremmende og helseskadelige faktorer knyttet til livsstil. IPLOS: utdanning/arbeid/kultur og fritid og Alm. husarbeid
		Sosiale behov/ adferd	Forutsetninger, mentalt, fysisk og sanser. Kontaktarenaer, sosialt nettverk, sosiale ferdigheter og aktiviteter, materiell og miljømessige ressurser. IPLOS: Sosial deltakelse og Styre egen atferd
		Trygghet, egenverd, livsmot, håp	Personlig trygghet, hva er viktig ift trygghet i hverdagen, steder og personer knyttet til trygghet. Evne til nærhet, kroppskontakt,

			selvbilde, selvtillit, kultur, normer og verdier, temperament. Åndelige behov, kirkesamfunn, tradisjoner, opplevelse av verdi, mening, livsmot og håp.
	Samarbeid med andre	Andre tjenester	
		Avtale med bruker	
		Barn som pårørende tiltak/ BTI	Bedre Tverrfaglig innsats
		Innkomstrapport	
		Innleggelse mal sykehus	
		Koordinator	
		Overflytningsnotat	Skriv når dere skal overflytte en bruker fra dere under deres plankategori. Dersom dere får en bruker fra en annen tjeneste i kommunen så kan dere lese overflytningsnotatet under aktuell plankategori.
		Pårørende /verge	
	Forhåndssamtale	Forhåndssamtaler setter personer i stand til å identifisere sine verdier, definere mål og preferanser for fremtidig medisinsk behandling, omsorg og pleie, og diskutere disse preferansene med pårørende og med helsepersonell. Forhåndssamtaler kan ta opp personers anliggender angående fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle/åndelige sider ved livet. Forhåndssamtaler bør dokumenteres og jevnlig revurderes, slik at preferansene kan bli vektlagt om personen skulle komme i en situasjon der han/hun ikke lenger kan tale sin egen sak	
		Til – Pre Visitt	Helsepersonell skriver beskjed til lege
		Til Fysio/ Ergo	Koordinator skriver henvisning til fysio/ ergo
	Selvmondsfare	Observasjon og Tiltak	
	Tvang	Kap 9 KHOL	Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Bevegelseshindrende tiltak, Medikasjon, Varsling, m.m.
		Kap 4a PBRL	Helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. F.eks. bevegelseshindrende tiltak, medikasjon og varsling
		Kap 9 Forebyggende tiltak	Dokumenter forebyggende tiltak som blir gjort for å unngå eller redusere bruk av makt og tvang. Tillitsskapende tiltak m. v
		Kap 4A Forebyggende tiltak	Dokumenter forebyggende tiltak som blir gjort for å unngå eller redusere bruk av makt og tvang. Tillitsskapende tiltak m.v
	Fysio/Ergo/ Rehab. team	Ergo Kartlegging/Evaluering	
		Ergo Behandling/Tiltak	
		Ergo Sluttrapport	
		Fysio Kartlegging/Evaluering	
		Fysio Behandling/Tiltak	
		Fysio Sluttrapport	
		RehabTeam Kartlegging/Evaluering	
		RehabTeam Behandling/Tiltak	
RehabTeam Sluttrapport			

24. Vedlegg 17 – Tverrfaglig møte sjekkliste

Koordinator	Aktivitet	Utført	Notat
	Årsak til innleggelse		
	Mål med oppholdet fra forvaltning		
	Ved behov for forlengelse av opphold, avklare mål med forlengelsen		
	Avklar hvem som er ansvarlig for å informere pasient og pårørende om avgjørelser som tas under møtet.		
	Oppsummering – avklaring av oppgaver som må gjøres		
Ansvarlig pleier	Presentere status og relevant informasjon. Bruk kartleggingskjema som er skrevet i profil ved innkomst. Ha PC tilgjengelig om behov. (evt. benytte tiltaksplan)		
	Status ift. Behandlingstiltak som er satt i gang		
	Avklare behov for pårørende samtaler		
	BE – notat skrives i profil ved forlengelser		
Legen	Presentere medisinsk status og relevant informasjon. (prognose mm.) <ul style="list-style-type: none"> - Prognose - Medisiner – gjennomgang - Gjennomgang av målinger - HLR notat – avklare behov - Annet av relevans - Medisinsk avklaring og vurdering av utredningsbehov og plan videre for opphold - Medisinsk avklaring ift. utreise 		
	Avklarer om pasienten skal legges inn på sykehus ved forverring		
	Avklare aktuelle pasienter som er pre - terminale ift om det kan bli aktuelt å starte terminal regime evt livets siste dager i løpet av helg/helligdager		
Fysio/ Ergo	Presentere status og relevant informasjon		
	Tiltak og behandlingsplan		
	Faglig avklaring ift. utskrivelse		

25. Vedlegg 18 – Kartleggings skjema innkomst

Korttidsavdeling Rehab- og lokalmedisinske tjenester

Navn:	Rom:	Dato inn:	Dato ut:
-------	------	-----------	----------

PASIENTINFORMASJON:
Årsak til innleggelse: (diagnose, kort sykehistorie og kognitiv status)
Mål fra Forvaltning:
Habituell funksjon (ADL, fysisk funksjon):
Aktuell funksjon per i dag:
Hva ønsker pasienten å få ut av oppholdet/ Hva er viktig for deg?:
Hvilke tjenester bør søkes om videre – i samråd med pasienten:
HJEMMESITUASJON:
Hva slags tjenester har pasienten i dag (hjemmesykepleie, dagsenter, hjemmehjelp, trygghetsalarm og private tiltak):
Hva slags nettverk har pasienten:
BOLIG:
Adkomst bolig (trapp, heis, et., gelender, terskler):
Boløsning innvendig (flere plan, bo på et plan, gelender, trapp og framkommelighet):

Baderom/dusj (romløsning):
Hvilke hjelpemidler har pasienten i dag (krykker, rullestol, håndtak, dusjstol, dostol, seng etc):
Hva slags hjelpemidler har pasienten behov for:
PÅRØRENDE:
Kartleggingssamtale med pårørende (innen 3 dager fra innkomst): Dato
Innspill fra pårørende (tjenestebehov, ADL, funksjonsbeskrivelse, hjelpemiddelbehov):
Har pasienten nære pårørende under 18 år?: (Hvis ja, husk «barn som pårørendeskjema»)
ANNET:
Er det behov for en forhåndssamtale:
Har pasienten Individuell plan:
Risiko for underernæring. Ernæringskartlegging (score):

26. Vedlegg 19 – Sjekkliste innkomst og utreise

Sjekkliste Innkomst:

Tema	Utført	Forklaring av punkter
1. Kommunikasjon		
Registrert pasient i Plassadministrasjon		Husk romnummer
Svart på PLO – melding: <i>Melding om utskrivningsklar pasient</i>		Dersom pasienten er tildelt plass før denne sendes, skal avdelingen svare på denne.
Lest PLO-melding/saksutredning / EBT-notat / mail fra Forvaltning og Overflyttingsnotat		
Laget journalmappe, tatt ut saksutredning og elektronisk utskrivningsrapport		
Leverert ut <i>Velkommen til Valhalla</i> til pasient og pårørende		
Innkommst notert i legevisittbok		
Innkommstnotat skrevet i Profil		
Telefonkontakt med ekstern samarbeidspartner		Dokumentere i Pasientjournalen med navn/ tlf og beskjeder
Vurdert om utskrivelse fra sykehus har skjedd etter avtale		Se kopi av deler av avvikmelding nederst på denne sjekklisten. Den viser hva som defineres som avvik. Dersom brutt på noen av punktene sendes avvikmelding til sykehuset
2. Status		
Pleieplan opprettet i Profil		
Kartleggingsskjema utfyllt		
Opprettet mappe <i>Prøver/undersøkelser/målinger</i> i Pasientjournalen		Opprett plankategori rehab og lokalmedisinsk tjeneste. Velg underkategorier som passer til pasienten.
NEWS2		
Vekt		
Bestilt spesialkost		Eks. most middag, glutenfritt
Blodprøver ved innkomst		Fyll ut med navn, romnr. og legg til gjennomsyn hos lege
Rulleringspasient: sjekket når siste blodprøver ble tatt		
3. Medisiner		
Legemiddelliste oppdatert		
Dosert medisiner		
Dosett mottatt		
Sende private legemidler hjem, evt låse inn på medisinrom		
4. Oppfølging		
Behov for pårørendesamtale		
Avklart rutiner angående oppbevaring av verdisaker		
Hjelpemidler er merket med navn		
Nødvendige opplysninger som er kommet fram i PLO-meldinger er dokumentert		Diagnoser er skrevet inn
6. Brukermedvirkning		
Hva er viktig for deg?		Spørsmålet stilles til pasienten

Sjekkliste utreise:


Tema	Utført	Forklaring av punkter
1. Kommunikasjon		
Utreise notert til legevisitt		
Epikrise sendt Fastlegen		Legeoppgave, fint å minne på
Informert sona om hjemreise		
Informert pårørende/andre om utskrivningen		Dersom aktuelt
Transport er avtalt		
Overflyttingsnotat er skrevet		
Lindrende team er informert om hjemreise		
Avbestilt spesialkost		
2. Medisiner		
Sendt signert legemiddelkort		
Sendt med medisiner For en uke		
Sendt med eventuelt-medisiner		
Dokumentert hvilke medisiner er gitt i dag		Skrives i Overflyttingsnotat
Sjekket om sona har ansvar for legemiddelhåndtering til brukeren		
Seponert legemiddelliste dersom sona ikke har ansvar, og skrevet kommentar		Minne legen på dette. Det er legen som seponerer legemiddellisten. Dersom sona ikke har ansvar for legemiddelhåndtering vil ikke legemiddellisten bli oppdatert. Feil kan oppstå ved senere innleggelse

27. Vedlegg 20 – Kompetansekartlegging

	KOMPETANSEKARTLEGGING				
Navn ansatt:	Rutiner og prosedyrer	Mestrer godt	Mestrer noe, trenger støtte	Lav mestring, trenger opplæring	Ikke relevant

28. Vedlegg 21 – Kompetanseplan

Kompetanseområder	Læringsform	Ansvar for organisering	Ansvar for gjennomføring	Intervall
Studenter og elever m/pasientkontakt				
Innføring i omsorgsyirket	E -læring, NHI KURS FOR MEDHJELPERE - INNFØRING I OMSORGSYRKET. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Observasjonskompetanse	E-læring, NHI KURS I HELSEFAG - OBSERVASJONSKOMPETANSE. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Basale smittevernrutiner	E- læring, NHI KURS I HELSEFAG - BASALE SMITTEVERNSRUTINER. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Nytilsatt kurs trinn 1,2 og 3	E -læring Opplæringsportalen Kristiansand kommune Dokument «Opplæringspakker i helse og mestring», ID 5873 - EQS (extend.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
IK - Mat	IK-mat: Kursets forside (kslaring.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Brannrutiner	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
Forflytningsteknikk	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
HLR – hjerte lunge redning	E – læring, NHI Praktisk KURS I HLR, BASAL VOKSNE for helsemedhjelpere. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
Helsefagarbeider				
Nytilsatt kurs trinn 1,2 og 3	E -læring Opplæringsportalen Kristiansand kommune Dokument «Opplæringspakker i helse og mestring», ID 5873 - EQS (extend.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Legemiddelhåndtering grunnkurs	E-læring; NHI KURS I HELSEFAG - LEGEMIDDELHÅNTERING. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Observasjonskompetanse grunnkurs	E- læring KURS I HELSEFAG - OBSERVASJONSKOMPETANSE. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Samtykkekompetanse grunnkurs	E -læring KURS I HELSEFAG - SAMTYKKEKOMPETANSE. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
KlinObs – Kliniske observasjoner ABCED metodikk NEWS, BT, p, Tp, SpO2%, Resp.frekv.  CNC bevissthetsnivå, CRP, blodsukker ISBAR Akutt førstehjelp	E – læring Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten (utviklingscenter.no)	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
HLR – hjerte lunge redning	E- læring Praktisk KURS I HLR, BASAL VOKSNE for helsemedhjelpere. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
IK - Mat	IK-mat: Kursets forside (kslaring.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Brannrutiner	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år

Forflytningsteknikk	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
Avdelings Vert / Vertinne				
Innføring i omsorgsyrket	E -læring, NHI KURS FOR MEDHJELPERE - INNFØRING I OMSORGSYRKET. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Basale smittevernrutiner	E- læring, NHI KURS I HELSEFAG - BASALE SMITTEVERNSRUTINER. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Nytilsatt kurs trinn 1,2 og 3	E -læring Opplæringsportalen Kristiansand kommune Dokument «Opplæringspakker i helse og mestring», ID 5873 - EOS (extend.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
IK- Mat	IK-mat: Kursets forside (kslaring.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Sykepleiere				
Nytilsatt kurs trinn 1,2 og 3	E -læring Opplæringsportalen Kristiansand kommune Dokument «Opplæringspakker i helse og mestring», ID 5873 - EOS (extend.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Legemiddelhåndtering grunnkurs	E-læring; NHI KURS I HELSEFAG - LEGEMIDDELHÅNTERING. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Observasjonskompetanse grunnkurs	E- læring KURS I HELSEFAG - OBSERVASJONSKOMPETANSE. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
Samtykkekompetanse grunnkurs	E -læring KURS I HELSEFAG - SAMTYKKEKOMPETANSE. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Før oppstart
KlinObs – Kliniske observasjoner ABCED metodikk NEWS, BT, p, Tp, Sp02%, Resp.frekv.  CNC bevissthetsnivå, CRP, blodsukker ISBAR Akutt førstehjelp HLR – hjerte lunge redning	E – læring Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten (utviklingssenter.no)	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
HLR – hjerte lunge redning	E- læring Praktisk KURS I HLR, BASAL VOKSNE for helsemedhjelpere. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
IK - Mat	IK-mat: Kursets forside (kslaring.no)	Avdelingsleder	Alle	Ved oppstart
Brannrutiner	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år
Forflytningsteknikk	Praktisk	Avdelingsleder	Alle	1 g pr år

Spesialkompetanse				
Palliativ omsorg / Lindrende behandling	E – læring, NHI KURS I HELSEFAG - GRUNNLEGGENDE PALLIASJON. E-læring fra NHI	Avdelingsleder	Alle	Etter avtale m/ avdelingsleder Opplæring på huset
Sårstell, observasjon og behandling	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	

Forstøver, CPAP, O2 behandling	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	
Sondeernæring nasal og PEG	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	
PEG og PIC line – observasjon innstikksted	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	
Epilepsi – grand mal anfall	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	
Heimlich Huntington	E- læring	Avdelingsleder	Alle	
Blæreskylle, urinstix	Praktisk opplæring 1 til 1	Sykepleier	Alle	