



SINTEF



Rapport

Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner

Status og resultater etter tre år

Forfatter(e):

Jorid Kalseth, Marian Ådnanes, Line Melby og Silje L. Kaspersen

Rapportnummer:

2022:00096 - Åpen

Oppdragsgiver

Helsedirektoratet

Rapport

Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner

Status og resultater etter tre år

EMNEORDBrukere med store og sammensatte behov
Oppfølgingsteam
Koordinator
Individuell plan
Tidlig identifisering av behov
Brukermedvirkning
Kommuner
Pilot**VERSJON**

Versjon

DATO

2022-01-20

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth, Marian Ådnanes, Line Melby og Silje L. Kaspersen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Liv Tveito

PROSJEKTNUMMER

102018327

ANTALL SIDER OG VEDLEGG

201

SAMMENDRAG

Dette er første offentlige statusrapport fra evalueringen av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i kommunene som SINTEF og NTNU utfører på oppdrag for Helsedirektoratet. Piloten skal bidra til å implementere og teste ut «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» i praksis i seks kommuner. Piloten startet høsten 2018 og skulle opprinnelig avsluttes i 2021. Piloten er utvidet med to år, ut 2023. Fire av pilotkommunene deltar i fortsettelsen.

Arbeidet med implementering av tiltakene i pilotkommunene har av flere årsaker tatt betydelig lengre tid enn det som ble planlagt og det har derfor så langt ikke vært mulig å evaluere effekt av tiltakene på individnivå. Evalueringen har derfor hittil omhandlet vurderinger av implementering av tiltakene, med fokus på prosess.

UTARBEIDET AV

Jorid Kalseth, seniorforsker

SIGNATUR



Jorid Kalseth (2. Feb. 2022 16:12 GMT+1)

KONTROLLERT AV

Thomas Halvorsen, seniorforsker

SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Arne H. Eide, konst. forskningssjef

SIGNATUR



Arne H Eide (2. Feb. 2022 21:09 GMT+1)

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1.0	2022-01-20	[Tekst]

Innholdsfortegnelse

Forord	8
Sammendrag	9
1 Innledning.....	17
1.1 Bakgrunn og mål for piloten og evalueringen.....	17
1.2 Organisering av rapporten	20
1.3 Pilotprosjektet.....	21
1.4 Målgrupper	23
1.4.1 Utfordring med fragmenterte og lite koordinerte tjenester	25
1.5 Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam	26
1.5.1 Tiltak for mer helhetlige tjenestetilbud.....	26
1.5.2 Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?	26
1.5.3 Oppfølgingsteam og individuell plan	27
1.5.3.1 Hindringer knyttet til implementering av individuell plan	28
1.5.4 Koordinatorrollen	29
1.5.5 Brukermedvirkning og myndiggjøring	30
1.5.6 Ulike team for bedre koordinering og oppfølging.....	31
1.6 Tidlig identifisering og tverrfaglig utredning.....	33
1.6.1 Observasjonskompetanse	33
1.6.2 Risikokartlegging.....	33
1.6.3 Tverrfaglig utredning	33
1.6.4 Koordinerende enhet	34
1.7 Kompetanse	35
1.8 Lederansvaret	35
1.9 Komplekse utfordringer, kompleks intervensjon og kompleks evaluering	36
1.9.1 Komplekse utfordringer.....	36
1.9.2 Kompleks intervensjon	36
1.9.3 Kompleks evaluering.....	38
1.9.3.1 Prosess: implementeringsfaser	38
1.9.3.2 Determinanter: faktorer som påvirker implementeringen	39
1.9.3.2.1 Kjennetegn ved intervensjonen: evidens, brukbarhet.....	40
1.9.3.2.2 Kjennetegn ved prosessen: Fasilitering, implementeringsstøttesystem	40
1.9.3.2.3 Kjennetegn ved setting og kontekst: lederskap, kapasitet, kultur, utøvere, brukere, omgivelser	40
1.9.3.2.4 Barrierer	42
1.9.3.3 Programintegritet og tilpasning, effekt og verdi	43

1.9.4	Oppsummering	44
2	Design, metode og datamateriale	46
2.1	Problemstillinger for evalueringen	46
2.2	Evalueringsdesign og empirisk tilnærming	47
2.2.1	Arbeidspakker	47
2.2.2	Empirisk tilnærming og metode	48
2.2.3	Datainnsamling	49
2.3	Etikk	50
3	Implementeringsprosess og status etter tre år: resultater og diskusjon	51
3.1	Implementeringsprosessen	52
3.1.1	Fase 1 Innledende vurderinger angående setting	52
3.1.1.1	Strategi for egenvurdering	52
3.1.1.2	Beslutninger om lokal tilpasning	55
3.1.1.3	Strategier for kapasitetsbygging	55
3.1.2	Fase 2 Lage implementeringsstruktur	57
3.1.2.1	Strukturelle funksjoner for implementering	57
3.1.3	Fase 3 Løpende struktur når implementeringen starter	58
3.1.3.1	Strategi for løpende implementeringsstøtte	58
3.1.4	Fase 4 Forbedre fremtidig bruk	59
3.1.5	Læringspunkter	64
3.2	Resultatmål 1: Struktur som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene	67
3.2.1	Forankring	68
3.2.2	Ledelse	71
3.2.3	Koordinerende enhet som organisatorisk kapasitet	74
3.2.4	Læringspunkter	76
3.3	Resultatmål 2: Tidlig identifisering av personer med risiko for helse- og funksjonsfall	79
3.3.1	Tidlig identifisering	79
3.3.2	Medrave til bruk for tidlig identifisering	81
3.3.3	Utredning av behov: observasjonskompetanse og PSFS	82
3.3.4	Læringspunkter	85
3.4	Resultatmål 3: Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform på tvers av virksomhet, sektor og nivå	87
3.4.1	Koordinatorrollen	87
3.4.2	Tverrfaglig teamsammensetning og dynamikk	92
3.4.3	Oppfølgingsteam i praksis	93
3.4.4	Fastlegenes rolle i oppfølgingsteam	99
3.4.5	Kompetanse i oppfølgingsteamet	102
3.4.6	Læringspunkter	105
3.5	Resultatmål 4: Aktiv bruker- og pårørendeinvolvering (i et tjenesteperspektiv)	107
3.5.1	Læringspunkter	110



4	Brukere og pårørendes erfaringer	111
4.1	Metode og materiale	113
4.1.1	Rekruttering og deltakelse	113
4.1.2	Gjennomføring av kvalitative intervju	113
4.1.3	Kartleggingskjemaet.....	113
4.1.4	Analyse.....	114
4.2	Resultater	115
4.2.1	Brukerutvalgets bakgrunn, helse og koordineringstiltak	115
4.2.1.1	Demografisk bakgrunn	115
4.2.1.2	Sykdomsgrupper og helse hos brukerne	116
4.2.1.3	Brukere med koordineringstiltak.....	118
4.2.2	Teamet/ansvarsgruppen	119
4.2.2.1	Lite merkbare endringer.....	119
4.2.2.2	Dynamisk team og teamarbeid.....	120
4.2.2.3	Fastlegens involvering i teamet/ansvarsgruppen	121
4.2.2.4	Dynamisk og målrettet teamarbeid.....	122
4.2.2.5	Møtestruktur – faste versus møter ved behov.....	123
4.2.2.6	Innhold og målrettet arbeid i møtene	124
4.2.2.7	Målretting gjennom individuell plan	125
4.2.3	Koordinators rolle i teamet/ansvarsgruppen	127
4.2.3.1	Koordinators rolle, og hva gjør koordinator nyttig for bruker?.....	127
4.2.4	Brukernes medvirkning.....	130
4.2.4.1	Informasjon og medvirkning.....	130
4.2.4.2	Medvirkning i tjenestetilbudet	131
4.2.4.3	Behov for informasjon om "hva vi har rett på"	132
4.2.4.4	Brukermedvirkning kan oppleves for krevende	132
4.2.4.5	Lite medvirkning i valg av koordinator	133
4.2.5	Utbytte av kommunalt hjelpeapparat	134
4.2.5.1	Hva karakteriserer fornøyde og misfornøyde brukere og pårørende?	135
4.3	Oppsummering og konklusjon	138
4.3.1	Brukernes bakgrunn, helse og koordineringstiltak.....	138
4.3.2	Teamet/ansvarsgruppen	138
4.3.3	Koordinators rolle.....	140
4.3.4	Brukers medvirkning.....	141
4.3.5	Utbytte av hjelpen fra kommunalt hjelpeapparat.....	142
4.3.6	Konklusjon	142
5	Konklusjon	144
6	Vedlegg.....	145
6.1	Kommuneprofiler	145
6.1.1	Data og indikatorer	145



6.1.2	Asker (Viken).....	148
6.1.3	Suldal (Rogaland).....	148
6.1.4	Kinn (Vestland).....	149
6.1.5	Steinkjer (Trøndelag).....	149
6.1.6	Bø (Nordland).....	150
6.1.7	Senja (Troms- og Finnmark).....	150
6.1.8	Samlet oversikt.....	151
6.2	Datamaterialet.....	154
6.2.1	Datainnsamling oppstartsfase (DM1).....	154
6.2.2	Kommunebesøk: datainnsamling vår og høst 2019 (DM2).....	154
6.2.2.1	Tjenesteutøvere.....	155
6.2.2.2	156	
6.2.2.3	Brukerstudien.....	156
6.2.3	Intervju med pilotprosjektledelsen, tredje kvartal 2020 (DM3).....	156
6.2.4	Spørreundersøkelse rettet mot koordinatorene, ledere og oppfølgingsteammedlemmer (DM4).....	156
6.2.5	Intervju med fastleger i alle pilotkommunene (DM5).....	157
6.2.6	Intervju med brukere og pårørende i 2021 (DM6).....	157
6.2.7	Intervju med pilotprosjektledelsen, tredje kvartal 2020 (DM7).....	157
6.3	Resultater fra spørreundersøkelse blant koordinatorene, ledere og oppfølgings- teamdeltakere.....	158
6.3.1	Svarprosent og fordeling av respondenter på målgruppe.....	159
6.3.2	Bakgrunnsinformasjon.....	160
6.3.3	Brukergrupper.....	164
6.3.4	Hvor mange brukere er respondentene koordinator/teammedlem for?.....	166
6.3.5	Hvor mange brukere har respondentene vært koordinator/teammedlem for tidligere?.....	167
6.3.6	Prosess med å etablere koordinator og team.....	168
6.3.7	Leder involvering i arbeid med enkeltbrukere.....	170
6.3.8	Hvordan vurderes koordinatorrollen?.....	170
6.3.8.1	Har de noen gang reservert seg mot å være koordinator eller har ønsket å reservere seg?.....	171
6.3.9	Hvordan vurderer koordinatorene rollen sin alt i alt?.....	173
6.3.9.1	Hva liker koordinatorene best ved rollen?.....	173
6.3.9.2	Hva liker koordinatorene minst ved rollen?.....	175
6.3.10	Ledernes vurdering av om det er enkelt å rekruttere koordinatorene.....	180
6.3.11	Kompetanse og opplæring.....	181
6.3.11.1	Koordinatorene.....	181
6.3.11.2	Teamdeltaker.....	184
6.3.11.3	Ledere.....	185
6.3.12	Kjennetegn ved team som fungerer godt.....	187

6.3.13	Kjennetegn ved team som fungerer dårlig.....	190
6.3.14	Vurdering av endringer i kommunens arbeid med brukergruppen de siste årene	193
7	Referanser	197

Forord

Dette er første offentlige statusrapport fra evalueringen av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som SINTEF og NTNU utfører på oppdrag for Helsedirektoratet. Rapporten retter seg mot flere målgrupper. En hovedmålgruppe er kommuner som ikke kjenner så godt til oppfølgingsteam og ønsker å lære mer, og kommuner som arbeider med, eller planlegger å arbeide systematisk med, implementering av veilederen for personer med store og sammensatte behov. Andre målgrupper er personer i offentlig forvaltning generelt, forskere og andre som jobber med tilsvarende eller nærliggende problemstilling.

Siden dette er den første offentlig tilgjengelige evalueringsrapporten fra piloten har vi ønsket å få fram kompleksiteten, både i pilotprosjektet og evalueringen, og å gå i dybden på problemstillingene og funnene så langt. Hovedresultatene er oppsummert i et sammendrag foran i rapporten. Bruk innholdsfortegnelsen til å navigere dere fram til det som dere synes er mest interessant. Som hjelp til kommunene har vi lagt inn liste med læringspunkter, basert på funnene i evalueringen, etter hvert delkapittel i resultatkapitlene.

Vi har også laget en kortversjon av rapporten. Den finner dere på hjemmesiden til prosjektet: <https://www.sintef.no/prosjekter/2018/evaluering-av-forsok-med-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam/>

Det kan være lurt å ta en titt i veilederen før man leser rapporten. Den finner dere her:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Tidligere er det levert to interne statusrapporter og ett notat til oppdragsgiver og pilotkommunene. Kontaktpersoner i Helsedirektoratet for piloten med strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam er Liv Tveito (prosjektleder), Linda Lyche og Sigrunn Gjønnnes. Bildet på forsiden er lånt fra Helsedirektoratets illustrasjoner i forbindelse med pilotprosjektet.

Rapporten er i hovedsak basert på intervju med prosjektledelse, ansatte og brukere i pilotkommunene gjennom de tre årene piloten har vart, samt en spørreundersøkelse blant koordinatorene, teammedlemmer og ledere våren 2021. Vi vil rette en stor takk til prosjektledere, andre medlemmer av prosjektgruppene, ansatte og brukere i pilotkommunene for at de velvillig har bidratt til datainnsamlingen.

Følgende forskere i SINTEF har bidratt til skrivingen av rapporten: Silje L. Kaspersen, Line Melby, Marian Ådnanes og Jorid Kalseth. I tillegg har Sigrid Nakrem (NTNU) og Kristin Thaulow (SINTEF) deltatt i datainnsamlingen.

På vegne av prosjektgruppen i SINTEF og NTNU,

Trondheim, 20.01.2022

Jorid Kalseth
prosjektleder
SINTEF Digital, avd. Helse

Sammendrag

Om piloten

1. september 2018 startet pilotprosjektet for å etablere strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov i regi av Helsedirektoratet. Piloten skal bidra til å implementere og teste ut «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» [1] i praksis i seks pilotkommuner. Veilederen ble først publisert i november 2017 og henvender seg til ledelse på alle nivåer i kommunene, på tvers av fag og organisering. Piloten var opprinnelig planlagt som et treårig prosjekt, men er utvidet med to år, og vil fortsette ut 2023. To av pilotkommunene søkte ikke om deltakelse i forlengelsen av piloten, og går ut av piloten etter 2021.

Hovedtiltak i piloten er:

- Etablering av strukturer og system for identifisering av brukere med behov for tverrfaglig oppfølging
- Etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester
- Tydeliggjøring av koordinatorrollen
- Mer bevisst brukermedvirkning og individuelt tilpasset oppfølging.

Oppfølgingsteam skal bli en integrert arbeidsform overfor brukere med store og sammensatte behov i alle tjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjon, slik at oppfølgingen blir tilpasset det som er viktig for den enkelte bruker. I veilederen defineres et oppfølgingsteam slik:

- Teamet består av de som yter tjenester til vedkommende og er dermed til enhver tid sammensatt ut fra personens behov.
- Det er oppnevnt en koordinator som leder teamarbeidet.
- Det sikres systematikk i oppfølgingen gjennom
 - tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.
 - at det utformes en plan for oppfølgingen med mål, delmål, tiltak.
 - at mål og tiltak i planen evalueres.

Det legges til grunn at arbeidsprosessene i oppfølgingsteam må oppfylle lovkrav til prosess og innhold i individuell plan og ansvar og oppgaver som er tillagt koordinatorrollen. I forbindelse med struktur for tidlig identifisering blir et elektronisk verktøy for risikokartlegging testet ut på fastlegekontor.

Målet er at strukturert og tverrfaglig oppfølging skal gi bedre resultat for pasienten/brukeren og å forebygge eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester og redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser.

Evalueringen så langt

Arbeidet med implementering av tiltakene i pilotkommunene har av flere årsaker tatt betydelig lengre tid enn det som ble planlagt og det har derfor så langt ikke vært mulig å evaluere effekt av tiltakene på individnivå. Dette er bakgrunnen for at prosjektperioden er utvidet med to år. Evalueringen har derfor hittil omhandlet vurderinger av implementering av tiltakene med fokus på prosess og følgende fire resultatmål:

- Kommunene har lagt til rette for en gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse i hele tjenesteforløpet (Resultatmål 1)
- Kommunene identifiserer personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig (Resultatmål 2)
- Kommunene har implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå (Resultatmål 3)
- Pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette. (Resultatmål 4)

Datamaterialet er samlet inn i flere omganger gjennom de tre årene piloten har vart og omfatter data fra intervju med ulike aktører i kommunene (prosjektledere, ledere – både topp- og linjeledere, koordinatore, fastleger og andre ansatte i ulike tjenester), spørreundersøkelse blant koordinatore, teammedlemmer og ledere, og kommunenes rapportering til Helsedirektoratet. Det er også gjennomført to runder med brukerintervjuer. I noen tilfeller, for eksempel når bruker er mindreårig, var det pårørende som ble intervjuet. Bruker- og pårøndererfaringer kan i liten grad knyttes direkte til erfaringer med implementeringen av oppfølgingsteam som en ny arbeidsmåte, slik den er beskrevet i veilederen. Funnene fra disse intervjuene gir derfor et mer generelt bilde av erfaringer med oppfølging fra kommunene av brukere med store og sammensatte behov, med fokus på koordinering av tjenestetilbud og brukermedvirkning.

Implementering av veilederen kan best karakteriseres som en kompleks intervensjon hvor oppnådd resultat er avhengig av samspill mellom kjennetegn ved i) intervensjonen (piloten), ii) konteksten som intervensjonen implementeres i og iii) implementeringsprosessen. Vi har tatt utgangspunkt i implementeringslitteraturen og beskriver og analyserer implementeringsprosess og resultat utfra anerkjente implementeringsrammeverk og forklaringsmodeller.

I det følgende oppsummeres hovedfunn fra evalueringen så langt, med fokus på å få fram læringspunkter for andre kommuner.

Implementeringsprosessen

Strukturert tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov retter seg mot tre nivå i kommunene, systemnivå, tjenesteutøver og bruker, og handler om:

- System for å fange opp og følge opp behov for koordinert oppfølging
- God, koordinert og tverrfaglig oppfølging
- Oppfølging skreddersydd til brukerens og pårørendes behov

Etter tre år med pilot har kommunene ikke kommet i mål med implementeringen av alle tiltakene, og å bredde de ut i hele organisasjonen på tvers av sektorer. Det er flere årsaker til dette.

Implementering av veilederen er en kompleks intervensjon som man ut fra implementeringslitteraturen kan forvente vil ta lang tid. Det er mange faktorer som bidrar til denne kompleksiteten. En faktor er målgruppen. Pasienter og brukere i målgruppen for oppfølgingsteam kjennetegnes ved at behovene er uensartet og sammensatte. At brukernes behov er sammensatte innebærer at de gjerne må ivaretas av flere tjenester. Piloten involverer derfor en rekke tjenester, innen helse og omsorg (institusjonstjenester, hjemmetjenester, psykisk helse og rus, legetjenester mv.), oppvekst (barnevern, skole, PPT, barnehage mv.), NAV inkludert sosialtjenesten og flykning-/integreringstjenester. Kommunene brukte mye tid på å "områ seg" i starten, blant annet når det gjaldt å identifisere målgruppen og prosessen med å implementere oppfølgingsteam for ulike brukergrupper. Det var spesielt i oppstarten en del usikkerhet og forvirring rundt tolkning av begreper og tilnærminger i piloten. Tett oppfølging fra Helsedirektoratet har bidratt til at kommunene etter hvert har fått en mer omforent forståelse av målsettingen med veilederen og tiltakene i piloten. At brukernes behov er uensartet innebærer at man ikke kan lage standardiserte opplegg for oppfølging når det gjelder hvilke tjenester som er involvert når, og på hvilken måte. Pilotkommunene har derfor arbeidet med å lage strukturer for oppfølging som er generelle og skal gjelde alle i målgruppen for piloten, og å stryke generell samarbeids- og koordineringskompetanse i berørte tjenester. Piloten berører mange aktører, fra kommuneledelsen til linjeledere og ansatte på alle nivåer i de ulike tjenestene. Prosjektledelsen i

pilotkommunene har derfor måttet arbeide veldig bredt med forankring, involvering og endringsarbeid. Dette tar tid.

Måten tjenestene er innrettet, organisert, regulert og finansiert bidrar til silo-tenkning. Dette skaper ikke bare koordineringsutfordringer på brukernivå, men det bidrar også til kompleksitet i implementeringsprosessen. Dette kan for eksempel dreie seg om at lovregulering av koordineringsplikt varierer mellom tjenestene¹, om svak motivasjon for samarbeid, blant annet knyttet til at noen tjenester følte at piloten ikke var rettet mot deres brukere, eller ulike fagtradisjoner og bruk av forskjellige verktøy til kartlegging og funksjonsmåling. God kjennskap til piloten er en forutsetning for endringsarbeid fra ledernes side. Veilederen er spesielt rettet mot helse, og virksomhetsledere i utdanningssektoren, barnevern og NAV, som er viktige samhandlingsaktører, var i oppstartsfasen i liten grad kjent med veilederen, eller oppfattet den ikke som en veileder som angikk deres brukere. Eldre brukere er også en brukergruppe som også i mindre grad var i fokus i starten.

Piloten omfatter mange elementer som skal implementeres, med høy grad av interaksjon med hverandre og, ikke minst, med eksisterende tjenestesystem og praksis. At flere av strukturelementene i veilederen (koordinator, individuell plan, teamarbeid) er godt kjent fra før og etablert praksis, kan gjøre det krevende å formidle og motivere for endring. Prosjektlederne har ofte blitt møtt med at dette er "Keiserens nye klær". Forankringsarbeidet kan derfor med fordel tilpasses aktørståsted (nivå og nåværende praksis), og vektlegge elementene som er mest relevant og motiverende for endring for ulike aktører. Det kan i noen tilfeller være å fokusere på prosesselementene ("hva er viktig for deg?" som retningsendring, komme inn tidlig, fleksibilitet, dynamisk oppfølging og teamarbeid mv.) heller enn strukturelementene.

Fire av de seks pilotkommunene har vært igjennom en prosess med kommunesammenslåing i løpet av pilotperioden. Kommunesammenslåinger har betydd omorganiseringer, stillingsskifter og turnover i nøkkelstillinger mv. som har gjort forankringsarbeidet mye mer krevende. Pandemien har medført omdisponeringer av ansatte og gitt brudd i kontinuitet i implementeringsarbeidet. Både kommunesammenslåing og pandemi har dratt oppmerksomhet, spesielt lederoppmerksomhet, og ressurser bort fra piloten og bidratt til forsinkelse i implementeringen.

Alle disse faktorene har i større eller mindre grad, og i varierende grad innad i så vel som mellom kommunene, bidratt til at implementering av piloten har tatt tid. Kommunene har kommet ulikt langt i implementeringen. I tillegg til kommunesammenslåing og pandemi, kan dette knyttes til at de kom inn med ulikt utgangspunkt, som har påvirket på hvilket nivå de startet og hvilke grep de har tatt i prosessen. Framdrift og engasjement i de ulike tjenestene har også variert innad i kommunene. Dette henger blant annet sammen med hvor godt samarbeidet mellom ulike tjenester fungerte i utgangspunktet og hvor godt innholdet eller arbeidsmetodikken som beskrives i veilederen var kjent og praktisert fra før. Hvor mye kontekstuelle faktorer som kommunesammenslåinger og pandemi har hemmet implementeringen er påvirket både av førsituasjon (i hvilken grad ulike struktur- og prosesselementer allerede var etablert praksis), hvor godt piloten var forankret i kommuneledelsen og organiseringen av implementeringsarbeidet.

Implementering av veilederen handler om tjenesteutvikling og forbedringsarbeid. Å gjøre seg kjent med lokale behov og ressurser som grunnlag for det lokale implementeringsarbeidet, både blant brukere og i egen organisasjon, har vært opplevd som viktig, men tidkrevende. Det samme gjelder å forankre implementering av veilederen oppover og nedover i organisasjonen. Forankringsarbeid er en kontinuerlig

1 Ny Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) harmoniserer lovkrav og styrker plikten til å samarbeid på tvers av tjenestene for utsatte barn og unge og deres familier, og reduserer barrierene som ligger til lovverket.

prosess og har som nevnt vært spesielt krevende i kommuner som har opplevd kommunesammenslåing og omorganisering. Prosjektledelsen i pilotkommunene opplever at de har hatt god nytte av ekstern prosessveiledning som Helsedirektoratet har stilt til rådighet.

Framdrift i implementeringsprosessen krever at man har en plan, tilstrekkelig ressurser og kontinuitet i prosjektledelse/prosjektgruppe. Kommunene valgte ulik form på prosjektarbeidet og det er ulikt hvordan prosjektmidlene har vært fordelt på frikjøp av prosjektleder og prosjektmedarbeidere. Erfaringen fra pilotkommunene har vist at hva som er en god måte å organisere prosjektarbeidet på avhenger av lokal kontekst. Men erfaringen tilsier at den/de som skal lede utviklingsarbeidet bør ha god kjennskap til og legitimitet i organisasjonen/kommunen, og at arbeidet må være godt forankret i kommuneledelse og linjeledelse, slik at nødvendig endringsprosesser iverksettes og gjennomføres. Å knytte prosjektarbeidet nært til koordinerende enhet, som har en nøkkelrolle i piloten, ser ut til å være et godt grep. Arbeidet med piloten har vist at forankring og framdrift i prosjektet kan bli for personavhengig og dermed sårbar for endringer i prosjektledelse. Det understreker også viktigheten av å ha gode og grundige implementeringsplaner.

Resultatmål 1: Kommunene har lagt til rette for en gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse i hele tjenesteforløpet

Å få på plass overordnede strukturer som skal sikre systematikk og kompetanse for koordinert oppfølging av brukerne er den delen av prosjektet pilotkommunene har jobbet mest med de tre første årene av prosjektperioden. Dette har tatt tid. I de fleste pilotkommunene tok det minst to år inn i prosjektperioden å lande en struktur de var fornøyd med. Noen melder at det fortsatt er elementer som ikke er på plass. Felles rammer for pilotprosjektet har bidratt til at kommunene har lært av hverandre, og har tatt tak i mange av de samme elementene for å strukturere arbeidet. Selv om strukturene begynner å komme på plass, er det et godt stykke igjen før piloten er godt kjent blant alle de som jobber med oppfølging av brukere i målgruppen, inkludert ledere.

En gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse handler om alt fra organisering, myndighet og arbeidsform i koordinerende enhet, til hvilke rutiner som gjelder for melding av behov, kartlegging av behov, utarbeidelse av individuell plan, koordinatorrekruttering og brukerinvolvering. Det handler også om system for kompetansebygging, opplæring og veiledning, blant annet når det gjelder observasjonskompetanse, tverrfaglig samarbeid, koordinatorrollen m.m. Pilotkommunene har arbeidet med alle disse elementene, og de fleste pilotkommunene så for eksempel tidlig et behov for å etablere, eller revidere, systemer og rutiner knyttet til melding av behov for tverrfaglig utredning. Konkret kunne dette handle om å utvikle eller revidere søknadsskjema/meldeskjema for tjenestebehovsutredning til kommunens tildelingsenhet/koordinerende enhet, samt å få på plass e-meldingssystem mellom fastlegene, øvrige tjenester og koordinerende enhet.

Kommunene hadde ulikt utgangspunkt, både på tvers og mellom tjenester internt, og ikke minst med hensyn til organisering, fungering og arbeidsform i koordinerende enhet. Noen kommuner hadde en lang vei å gå, og måtte gjøre et omfattende forankringsarbeid for å kunne etablere nødvendige formelle strukturer. Ressurser, kompetanse og myndighet i koordinerende enhet er avgjørende for kommunens organisatoriske kapasitet i forbindelse med implementering av veilederen og oppfølgingsteam. Å sørge for en optimal struktur og arbeidsform i koordinerende enhet har derfor vært sentralt. Der koordinerende enhet ikke var operativt ved prosjektstart har etablering av koordinerende enhet bidratt til ny organisasjonskultur med sterkere rammer rundt oppfølgingsarbeidet. Kommunale strukturer og organisering er stadig i endring, blant annet som følge av kommunesammenslåinger, og to av pilotkommunene rapporterte høsten 2021 at organisering og arbeid i koordinerende enhet fortsatt ikke var endelig landet.

Implementering av veilederen er et lederansvar, og krever aktiv involvering og engasjement fra ledere på alle nivå. God lederforankring er en forutsetning for at veilederen blir "internalisert" som arbeidsform. Erfaringer fra piloten viser at skriftlige planer og retningslinjer som går ut fra kommuneledelsen er strukturskapende og rolleavklarende. Skriftliggjorte prosedyrer er ikke nok, hvis de ikke følges aktivt opp av linjeledelsen i alle berørte tjenester. Et skjerpene grep er å utarbeide retningslinjer som inneholder klart definerte forpliktelser til å samarbeide for angitte tjenesteområder og delegert myndighet til eksempelvis koordinerende enhet til å peke på hvilken tjeneste som skal avgi koordinator. Erfaring fra piloten viser at dette virker forpliktende på alle sektorer til å samarbeide om brukere, herunder å ta på seg koordineringsansvaret.

Strukturer for kompetansebygging og opplæring legger grunnlag for og fremskynder praksisendring. Pilotkommuner viser til positive erfaringer med bruk av forgangspersoner og mentorer for å fremme implementering. Fastlegene spiller en viktig rolle som medisinskfaglig ansvarlig, men kunne i større grad vært engasjert og inkludert i implementeringsarbeidet.

Resultatmål 2: Kommunene identifiserer personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig

Kommunene skal identifisere personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig. Det innebærer at tjenestene må ha kompetanse og verktøy og oppmerksomheten rettet mot (i) å identifisere personer som står i fare for å utvikle store, sammensatte helseutfordringer, samt å (ii) fange opp endringer i behov hos personer som har tjenester. Alle tjenester har ansvar for å bidra med å identifisere disse personene. I starten av pilotperioden var det mye oppmerksomhet på fastlegenes rolle i tidlig identifisering. Etter hvert ser det ut som det har blitt en større bevissthet på at alle tjenestetilbydere har dette ansvaret. I evalueringen har vi imidlertid foreløpig lite kunnskap om i hvilken grad alle tjenester faktisk tar dette ansvaret og følger det opp.

Fastlegene tester ut et digitalt risikokartleggingsverktøy for å identifisere pasienter på lista som kan ha store og sammensatte behov og følgelig kan ha behov for koordinerte tjenester. Legene har benyttet verktøyet i ulik grad. Av de som har prøvd det ut, er det få som har fått seg noen overraskelser. Pasientene som blir identifisert med høy risikoscore er i all hovedsak pasienter som legene visste hadde store hjelpebehov fra før. Det har vært misnøye med Medrave blant en del fastleger, både fordi deres erfaring når det gjelder nytteverdi ikke står i forhold til forventningene og fordi det har vært store tekniske utfordringer med å ta i bruk verktøyet flere plasser. Dette har i noen grad også bidratt til laber entusiasme for piloten blant noen fastleger, som har oppfattet piloten til å handle om bruk av Medrave. Kommuner med høy grad av vikarbruk/mange nye leger som er ukjente med lista si, ser imidlertid at verktøyet kan være nyttig for dem.

For å klare å identifisere personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig trenger ansatte å ha god observasjonskompetanse. Dette har kommet høyere på agendaen i kommunene. Videre jobber kommunene med å ta i bruk PSFS ("Hva er viktig for deg?"). PSFS skal brukes som hjelp i et systematisk utredningsarbeid og sikre brukermedvirkning. Kommunene og Helsedirektoratet besluttet i fellesskap at kommunene skal bruke PSFS-skjerma til å måle effekt av oppfølgingsteam på individnivå. Per desember 2021 er PSFS ikke systematisk tatt i bruk i pilotkommunene, men kommunene er i en fase med opplæring og utvikling av rutiner med påfølgende justeringer av dem. Vi ser også at kommunene gjør sine lokale tilpasninger i bruken.

Resultatmål 3: Kommunene har implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå

Å jobbe i henhold til veilederen og intensjonene for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam krever endringer både på systemnivå, tjenestenivå og brukernivå. Det handler både om å ta praktiske, strukturelle grep i organisasjonen for å sikre systematikk i tverrfaglig utredning og oppfølging, og på et mer abstrakt plan, om

å gjennomsyre hele organisasjonen med en brukerfokuset arbeidskultur. Dette er et tid- og ressurskrevende arbeid, og kommunene har i ulik grad fått implementert arbeidsmetodikken.

Som nevnt over, har kommunene brukt mye tid på å etablere strukturere på systemnivå før de kunne gå i gang med selve teamarbeidet. I dag er kommunene i en fase der de jobber med å etablere (flere) team og få i gang gode arbeidsprosesser i teamene. Oppfølgingsteamene som er etablert innenfor tidsrammen av piloten er både nyoppstartede team for nye brukere, og tidligere ansvarsgrupper hvor det er gjort nødvendige endringer for å oppfylle kravene til oppfølgingsteam. Tiden det har tatt før prosjektgruppene i kommunene selv har sagt at de er "i gang" med oppfølgingsteam, har variert fra noen måneder inn i prosjektperioden til nesten tre år. Dette reflekterer både at de startet med ulikt utgangspunkt, men også at de har brukt ulik tilnærming i arbeidet.

Oppfølgingsteam er alders- og diagnoseuavhengig. Likevel ser vi at kommunene i stor grad har rettet oppmerksomheten mot brukergrupper som tradisjonelt har hatt koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe², som for eksempel personer med utviklingshemming, funksjonsnedsettelse, barn og unge og personer med psykiske vansker. Dette er naturlig siden koordinator, individuell plan og teambasert oppfølging er viktige strukturelementer i piloten. En del brukere som kan ha behov for tverrfaglig koordinert oppfølging, som for eksempel eldre brukere og andre som i hovedsak følges opp av de ordinære hjemmetjenestene og institusjonstjenestene, har tradisjonelt hatt andre oppfølgingsmekanismer, som for eksempel primærkontakt og demenskoordinator, og disse brukergruppene var det mindre fokus på i starten. Det er også mange ufaglærte, mange brukere generelt og presset kapasitet i disse tjenestene, som også påvirker tid og motivasjon til å praksisendring blant annet når det gjelder å tilby individuell plan. I hvilken grad primærkontakt og andre koordineringsmekanismer, som ulike diagnosespesifikke team, som benyttes for eldre og andre med behov for koordinert oppfølging i kommunene fyller rollen til koordinator og til et oppfølgingsteam beror på om arbeidsformen i praksis samsvarer med veilederen.

Koordinator har en sentral rolle i oppfølgingsteam, men mange kommuner opplever vansker med å rekruttere koordinatorene. Flere grep benyttes for å gjøre det lettere å få oppnevnt koordinatorene og styrke rollen. Koordinatoropplæring og koordinatorveiledning/støtte i praktisk oppfølgingsteamarbeid er svært etterspurt, særlig kurs i møteledelse og møtstruktur. Å tilrettelegge for dette har pilotkommunene jobbet mye med. En tydelig rollebeskrivelse og tilstrekkelig tid til å gjøre arbeidsoppgavene er sentralt. Det er en lederoppgave å sørge for at dette ivaretas og at koordinatorene gis nødvendig støtte i rollen. Lederstøtte er sentralt for godt samarbeid på tvers av tjenesteområder også for øvrige teamdeltakere. Alle kommunalt ansatte kan potensielt bli en teamdeltaker, og det er derfor mange som trenger informasjon og opplæring i hva oppfølgingsteam er. Her er det en lang vei å gå fortsatt.

Mange koordinatorene melder om positive erfaringer med å ha denne rollen, som for eksempel å samarbeide med andre tjenester og ta del i et team, å få oversikt over hele situasjonen til brukeren, å kunne bidra til brukermedvirkning og myndiggjøring, og at det oppleves selvutviklede å være koordinator. Det som mange koordinatorene misliker mest med rollen er tidspress og manglende allokering av tid til å utføre rollen. Utfordringer med samarbeid, ikke gode nok verktøy, usikkerhet i rollen, utfordringer i å lede teammøter og manglende opplæring er andre negative faktorer.

Alle fagpersoner i kommunene kan potensielt sett ta rollen som koordinatorene. Likevel ser vi at flere av kommunene har sett behov for å ha noen spesialiserte koordinatorene som jobber med de mest komplekse

² Ansvarsgruppe er benevnelse på teamarbeid ledet av koordinator som ble brukt i alle pilotkommunene før piloten.

sakene. Kommunene erfarer at slike mer spesialiserte og profesjoniserte koordinatorene også kan fungere som støtte for mindre erfarne koordinatorene.

Fastlegene har en rolle som *teamdeltaker* i mange team (svært få fastleger er koordinatorene), men det har vært varierende hvor ofte legen har deltatt i møter. Med oppfølgingsteam-arbeidsmåten legges en større vekt på dynamisk arbeidsmåte, hvilket kan bety at fastlegen ikke alltid trenger å delta i alle møter, eller kun trenger delta når saker av medisinsk faglig art tas opp.

Resultatmål 4: Pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette

Veilederen legger stor vekt på brukerinvolvering. Viktigheten av å involvere brukerne i eget tjenestetilbud er velkjent i kommunene, og det gjør at arbeidet med en aktiv brukerrolle ikke føles som noe nytt og fremmed for dem. Det er likevel en vei å gå fra å være bevisst på å involvere brukerne til å gjennomføre det i praksis. Bevissthet må omformes til praksis, og det kan være krevende i en travelt hverdag.

Det finnes en rekke verktøy for å styrke brukerinvolvering. I piloten er det særlig PSFS og "hva er viktig for deg?"-tankegangen som står sentralt. "Hva er viktig for deg?"-tilnærmingen beskrives ofte som et paradigmeskifte, og skal bidra til en retningsendring i tjenestene med større grad av brukermedvirkning og fokus på brukernes ønsker. Tjenestene skal bygge på og styrke brukernes egne ressurser og mestringsevne. PSFS-skjemaet kan fremstå som et enkelt skjema, men kommunene understreker at det krever kompetanse hos de ansatte som skal bruke det. Det er også nødvendig å utvikle rutiner rundt bruken. Dette er noe kommunene jobber med i dag. Kommunene jobber også med å tilpasse PSFS til spesifikke brukergrupper, for eksempel barn.

En aktiv brukerrolle krever også "opplæring" av brukerne. Noen brukere er ikke vant til – og har liten kapasitet til – å ta medansvar for utforming av mål og påfølgende tjenestetilbud. Tjenesteutøvere, med koordinatorene i spissen, må hjelpe brukerne til å forstå sin aktive rolle, og tilrettelegge for at de faktisk kan ta denne rollen. Det kan tidvis være et krevende arbeid erfarer kommunene. Videre er målgruppa for oppfølgingsteam svært bred, og det betyr at brukerne har ulike forutsetninger og muligheter for å medvirke.

Bruker- og pårøndererfaringer med koordinering og brukermedvirkning i tjenestene

Overordnet er målet med innføring av oppfølgingsteam at det skal gi bedre koordinering og brukermedvirkning. Virkemidlene dreier seg i hovedsak om å fange opp behov for oppfølgingsteam og justeringer i hvordan team settes sammen og hvordan det jobbes i teamet/ansvarsgruppen. Her gjelder prinsippet om større fleksibilitet og tilpasning til brukers behov.

Det er lite som tyder på at det har skjedd merkbare endringer i teamet/ansvarsgruppen, eller måten det jobbes på, slik brukere og pårørende vi har intervjuet opplever det. Mange har opplevd endringer og overganger i sitt forløp og tjenestetilbud de siste årene, men ikke som spores til innføring av oppfølgingsteam. Dette betyr likevel ikke at det ikke gjøres mye godt arbeid i eksisterende ansvarsgrupper/oppfølgingsteam. Flertallet av informantene oppgir også at de har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen. Mange brukere og pårørende forteller om ansvarsgrupper som fungerer godt, der det jobbes målrettet og der man kjenner seg ivaretatt.

I noen tilfeller deltar ikke fastlegen i teamarbeidet i det hele tatt, til tross for at bruker eller pårørende opplever at det er behov for fastlegens involvering. Felles for de som har en aktiv fastlege i sitt team, også når det gjelder deltakelse i teammøter, er at de vurderer dette som godt og nyttig, og som en viktig støtte, for eksempel overfor øvrige tjenester.

Inntrykket fra intervjuene er at de fleste hadde team/ansvarsgrupper som fungerte i tråd med mål om "så få som mulig, og så mange som nødvendig" når det gjelder antall involverte og hyppighet av møter. Kontinuiteten og koordineringen utfordres likevel på grunn av tjenester som ikke møter som avtalt samt hyppig utskifting av fagpersonell. Videre viser resultatene at en del team/ansvarsgrupper bør bli flinkere til å jobbe med mål for å sikre fremdrift og at møtene brukes effektivt. Resultatene viser også at individuell plan er et nyttig verktøy i de tilfellene der den brukes aktivt. Beskrivelsen mange informanter gir om arbeidet med individuell plan, tyder på at den i mange tilfeller kunne vært brukt mer aktivt. Brukerne/pårørende pekte også på at det er viktig at agendaen til neste møte i teamet sendes ut på forhånd. På denne måten kan folk forberede seg, og selve møtet brukes til mer konkret planlegging, og ansvarliggjøring for hvor og når ting skal skje.

Koordinator skal være en nøkkelperson for å sørge for målrettet koordinering. Studien viser at koordinator i mange tilfeller tar en rolle som bruker beskriver som: "å sy sammen", "nøste tråder", "lim" i systemet, og "livssekretær". Der koordinator gjør en god jobb, gir dette trygghet for brukere og pårørende om at de har en person som er tilegnet dem og deres forløp. Der koordinator ikke tar en aktivt nok rolle, ender det noen ganger opp med at bruker eller pårørende opplever at de er sin egen koordinator.

Et flertall av de som deltok i brukerstudien opplever at de har medvirkning i den forstand at de føler seg tilstrekkelig involvert og lyttet til, eller at de vet at de har denne muligheten dersom de har behov for det. Det er en utfordring der brukere og pårørende opplever at de får for lite informasjon om behandlingsmulighetene som fins – at tjenesteapparatet ikke alltid hjelper med å skaffe oversikt over hva man kan ha rett på, og hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak som kan være nyttig for bruker. Det var få brukere som hadde vært involvert i beslutning om hvem som skulle være koordinator, og fra hvilken tjeneste. Utfordring med å rekruttere koordinatorene påvirker bruker sin mulighet til å velge sin koordinator.

Enkelte brukere og pårørende føler at det krever for mye ressurser av dem for å være aktivt involvert og medvirke. Noen forbinder brukermedvirkning med et større egenansvar enn de er rustet for, inkludert det å selv involvere de tjenestene de mener de har behov for. Dynamisk arbeidsform og brukermedvirkning må ikke tolkes dithen at ansvar for å ta initiativ, skaffe oversikt over tjenestetilbud og sørge for framdrift skyves over på bruker.

Konklusjon

Selv om Helsedirektoratet har fylt en fasilitator-rolle i piloten har likevel implementeringen tatt lenger tid enn det ble lagt opp til i prosjektet. Dette skyldes trolig en kombinasjon av kompleksiteten i pilotprosjektet, herunder at veilederen skal gjelde på tvers av mange brukergrupper og organisasjonsgrenser, kommunesammenslåinger og pandemi med ekstraordinært press på helsetjenestene underveis i prosjektperioden. De seks kommunene kom inn i pilotprosjektet med veldig ulikt utgangspunkt og motivasjon for å delta, som har påvirket på hvilket nivå de startet og hvilke grep de har tatt i prosessen. Så langt har fokuset i pilotkommunene vært på å arbeide med forankring av piloten på alle nivå, fra kommuneledelse via linjeledere til utøvernivå, i berørte tjenesteområder, få på plass nødvendige strukturer og system, etablere oppfølgingsteam som arbeidsform, herunder å drive koordinatoropplæring. Det er derfor vanskelig å spore endringer på brukernivå i pilotkommunene ennå.

Selv om ting har tatt tid, har det skjedd en tydelig modning, og mer samstemthet, i hvordan pilotprosjektlederne og deres samarbeidspartnere i kommunen forstår prosjektet, og formidler rundt det etter tre år. Piloten er forlenget med to år. To av pilotkommunene, Asker og Steinkjer, søkte ikke om deltakelse i forlengelsen av piloten, og går ut av piloten etter 2021.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og mål for piloten og evalueringen

I regjeringens Melding til Stortinget 26 (2014-2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, beskrives flere sentrale utfordringer ved dagens primærhelsetjeneste [2]. I arbeidet med meldingen pekte brukere og pasienter blant annet på utfordringer knyttet til kvaliteten på tjenesten, fragmenterte og siloorganiserte tjenester, mangel på brukerinvolvering, og en for svak integrasjon av fastlegene i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble også pekt på at tilbudet til de med omfattende hjelpebehov bør styrkes både i omfang, innhold og kvalitet. Et sentralt premiss som ble lagt til grunn for arbeidet med å løse disse utfordringene er at de ikke kan forstås som et resultat av endringer i befolkningens behov alene, men at de i vesentlig grad må forstås som resultat av økende spesialisering og oppdeling uten nødvendig grad av samhandling og koordinering mellom de ulike profesjonene og sektorene [1]. Et av virkemidlene regjeringen foreslo for å imøtegå disse utfordringene var en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste, hvor ulike tjenesteutøvere på tvers av profesjoner og sektorer jobber sammen i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. På denne bakgrunn fikk Helsedirektoratet ansvaret for å gjennomføre en pilotutprøving av strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov i perioden 2018 til 2021.

1. september 2018 startet Helsedirektoratet det som opprinnelig var planlagt som et treårig pilotprosjekt for å etablere strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov i de seks kommunene Asker, Bø i Vesterålen, Flora, Lenvik, Steinkjer og Suldal. Disse kommunene ble valgt ut som pilotkommuner på bakgrunn av søknad til Helsedirektoratet. Kommunene gis årlig tilskudd for deltakelse i pilot. Fire av de seks pilotkommunene ble omfattet av kommunesammenslåinger fra 1.1.2020. De nye kommunene som inngår i piloten er: Asker (Asker, Hurum og Røyken), Kinn (Flora og Vågsøy), Steinkjer (Steinkjer og Verran) og Senja (Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy). Piloten skulle i utgangspunktet pågå til 31. august 2021, men har blitt forlenget med to år til 2023.

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal bidra til å implementere og teste ut «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» [1] i praksis. Veilederen peker på behovet for tydelig ledelse som legger til rette for og støtter opp om tjenesteyting i tråd med strukturkravene for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Veilederen peker på følgende sentrale ledergrep for å sikre bedre oppfølging av personer i målgruppen:

- Øverste leder skal sikre systematisk kvalitetsforbedring i tjenestene (planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerings).
- Pasienter og brukeres medvirkning må styrkes (representasjon, erfaringsinnhenting og tildeling)
- Organisering av tjenestene må ta utgangspunkt i pasienter og brukeres behov (ta nødvendige organisatoriske grep).
- Kommunene må sikre systematikk og god praksis for tverrfaglig utredning av behov (faglig breddekompetanse).
- Observasjonskompetansen i tjenestene bør styrkes (kompetansetiltak og veiledning, avklaring av hvor behov meldes).
- Legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av organisatoriske enheter (tilrettelegging, tydelige forventninger).
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud slik at det ikke oppstår brudd i forløp (god praksis for koordinering og faglig veiledning).

- Kommunene må legge til rette for at pasienter får nødvendige fastlegetjenester (medisinsk faglig koordineringsansvar, integrert del av kommunenes tjenester).
- Sterkere lederforankring av koordinering og teamarbeid (tydelig mandat og lederstøtte).
- Kommunene bør ta i bruk velferdsteknologi (fremme selvstendighet og mestring).

Hovedtiltak i piloten er etablering av strukturer og system for identifisering av brukere med behov for tverrfaglig oppfølging og etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester, samt tydeliggjøring av koordinatorrollen og mer bevisst brukermedvirkning. Oppfølgingsteam skal bli en integrert arbeidsform overfor brukere med store og sammensatte behov i alle tjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjon, slik at oppfølgingen blir tilpasset den enkelte bruker. Oppfølgingsteamet skal settes sammen og justeres ut fra brukerens til enhver tid gjeldende behov. I forbindelse med struktur for tidlig identifisering blir et elektronisk verktøy for risikokartlegging testet ut på fastlegekontor.

Målene i pilotprosjektet er³:

- Bedre resultat for pasienten/brukeren gitt personens egne mål for oppfølgingen.
- Bedre funksjon for pasienten/brukeren (målt ved funksjonsmål) og bedre egenmestring.
- At pasienten/brukeren opplever at kvaliteten på tjenestene er bedre.
- Å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser.

SINTEF, i samarbeid med NTNU og St. Olavs hospital, ble valgt som evaluator av piloten, etter deltakelse i offentlig anbudskonkurranse. Evalueringens overordnede mål er å foreta en vurdering av hvorvidt tiltakene i piloten gir ønsket måloppnåelse, samt å etablere et erfaringsgrunnlag fra gjennomføringen av piloten som kan brukes av andre kommuner senere. Evalueringen skal derfor undersøke effekten av de samlede tiltakene i piloten for brukere med store og sammensatte behov (målgruppen), undersøke effekten på ressursbruk og vridningseffekter for primær- og spesialisthelsetjenester, og undersøke og beskrive erfaringen til de ulike aktørene i piloten ved iverksetting av tiltakene i piloten. Evalueringen skal gi en beskrivelse og vurdering av hvordan aktørene i piloten arbeider for å oppnå målene med piloten. Dette innebærer at evalueringen skal belyse prosess (arbeidet med implementering av tiltakene i henhold til veileder og erfaringer som er høstet i dette arbeidet), resultat (utvikling i resultatmål) og effekt (nås målene, oppnås ønskede effekter).

Helsedirektoratet har fulgt kommunene tett i pilotprosjektet, blant annet gjennom krav til systematisk rapportering, møtevirksomhet og prosessveiledning med kommunene. I tillegg har evaluator fulgt utviklingen underveis og det er levert tre (interne) statusrapporter/prosjektnotat til oppdragsgiver og pilotkommunene. Det er publisert en artikkel basert på arbeidet med evalueringen om oppfølgingsteam som sammenheng-skapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov [3].

Arbeidet med implementering av tiltakene i pilotkommunene har av flere årsaker tatt betydelig lengre tid enn det som ble planlagt, og det har derfor så langt ikke vært mulig å evaluere effekt av tiltakene. Dette er bakgrunnen for at prosjektperioden er utvidet med to år. Evalueringen har hittil derfor omhandlet implementering av tiltakene med fokus på prosess og resultatmål.

Denne statusrapporten sammenfatter funn på tvers av hele datamaterialet som er samlet inn i perioden oktober 2018 til november 2021, og er strukturert ut fra de fire resultatmålene i piloten:

3 <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>

- Kommunene har lagt til rette for en gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse i hele tjenesteforløpet.
- Kommunene identifiserer personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig.
- Kommunene har implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå.
- Pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette.

Resultatmålene reflekterer innholdet i veilederen for personer med store og sammensatte behov og hovedtiltakene i pilotprosjektet.

1.2 Organisering av rapporten

Resten av rapporten er organisert som følger; I avsnittene nedenfor gir vi en nærmere presentasjon av pilotprosjektet, målgruppene for prosjektet og de ulike elementene i piloten, samt en presentasjon av sentrale problemstillinger og referanserammer fra implementeringsforskning som er relevant for evalueringen. Deretter følger et kapittel som presenterer evalueringsdesign, datamateriale og metoder. Kapittel 3 presenterer status for evalueringen etter tre år. Vi starter med en analyse av implementeringsprosessen ut fra ulike faser i implementeringsprosessen, med vekt på oppstartsfasene. Vi tar her utgangspunkt i et implementeringsrammeverk som presenteres innledningsvis. Deretter drøftes status og prosess i henhold til de fire resultatmålene, dette inkluderer ulike aktørers erfaringer når det gjelder faktorer som har fremmet og hemmet implementering. For hvert delkapittel oppsummerer vi læringspunkter som kan være til nytte for andre kommuner.

Vi har et omfattende og grundig datamateriale på brukererfaringer, basert på intervju med brukere og pårørende som belyser en rekke sentrale erfaringer med oppfølging som koordinering og brukermedvirkning. Dette er data som gir verdifull innsikt i hva som skaper gode brukeropplevelser og hva som kan bidra til at brukeropplevelsene er mindre gode, altså hva brukerne og pårørende vurderer er viktig i oppfølgingen. Vi vurderer at dette vil være spesielt viktig å formidle både til Helsedirektoratet og til pilotkommunene, men også til andre kommuner som skal jobbe i henhold til veilederen. Analysene av bruker- og pårørendeerfaringer gis derfor ekstra oppmerksomhet og plass med et eget kapittel i rapporten. Informantene er brukere eller pårørende til bruker som på intervjutidspunktet hadde en eller annen form for koordinert oppfølging.

Kommuneprofiler for den enkelte pilotkommune, mer utfyllende informasjon om datainnsamlingen og resultater fra spørreundersøkelse blant koordinatorene, teammedlemmer og deres leder, presenteres i vedlegg til rapporten.

I rapporten diskuteres status og erfaringer for pilotkommunene generelt, og vi tar ikke for oss hver enkelt kommune eller navngir kommunene når erfaringer og resultater drøftes.

1.3 Pilotprosjektet

I november 2017 kom den nasjonale veilederen «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» [1], heretter omtalt som "veilederen", som ett av tiltakene i oppfølgingen av primærhelsemeldingen. Veilederen retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, dvs. helse- og omsorgstjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer samarbeid med sektorer utenfor helse (NAV, barnevern, oppvekst og utdanning etc.). Veilederen har særlig fokus på operasjonalisering av bestemmelsene i «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» [4].

Veilederen er et av de mest sentrale dokumentene pilotkommunene forholder seg til. Det er innholdet i veilederen som skal settes ut i praksis i kommunene. Det er utarbeidet et skriftlig rammeverk for pilotprosjektet, en rapport med detaljert oversikt over innhold og gjennomføring (rammedokumentet) [5]⁴. Hovedaktivitetene i piloten består av etableringen av et system for identifisering av personer med store og sammensatte behov, og etableringen av tverrfaglige oppfølgingsteam som en arbeidsform for alle tjenestene som har et ansvar for å følge opp denne brukergruppen. Etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester innebærer tydeliggjøring av koordinatorrollen og mer bevisst brukermedvirkning. Som et ledd i arbeidet med å identifisere aktuelle personer med slike behov så inngår det også en utprøving av et verktøy for risikokartlegging i piloten. I første omgang testes dette ut hos fastleger, men uttesting skjer også i ett samarbeidende sykehus (Universitetssykehuset Nord-Norge HF).

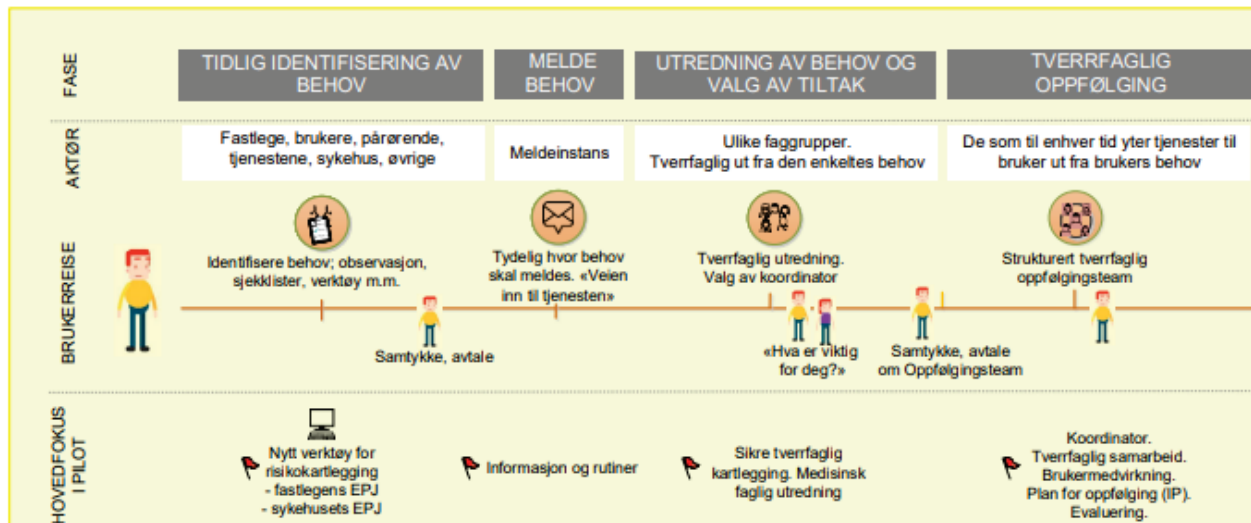
Hovedaktører i kommunene og deres samarbeidspartnere som deltar i piloten er:

- Pasienter/brukere og pårørende.
- Ledere på alle nivå i kommunene innenfor helse- og omsorg og andre tjenester, fastlegepraksiser og spesialisthelsetjenesten.
- Forvaltningsnivået med bestillerkontor/tildelingsenheter, koordinerende enhet mfl.
- Ansatte i tjenestene:
 - Ansatte i alle deler av kommunale helse- og omsorgstjenester herunder fastlegene.
 - Ansatte i andre deler av kommunen som vil være en del av et team for strukturert tverrfaglig oppfølging (for eksempel skole, barnehage, barnevern, sosiale tjenester, NAV).
 - Sykehusansatte.

Et sentralt element i piloten var at kommunene skulle arbeide bevisst og aktivt med tjenesteutvikling slik at de kom fram til en best mulig løsning. Figur 1.1, som er hentet fra rammedokumentet til piloten [5], oppsummerer hovedfokus i piloten når det gjelder tjenesteutvikling inndelt etter faser i bruker-/pasientoppfølging, fra tidlig identifisering av behov via melde behov, utrede behov og velge tiltak til tverrfaglig oppfølging. I tidlig identifisering av behov er hovedfokus i piloten på nytt verktøy for risikokartlegging. Risikokartleggingsverktøyet er en av flere metoder for å arbeide systematisk med å avdekke (mulige) behov for koordinert tverrfaglig oppfølging, både blant brukere som allerede har tjenester, men hvor behovet endres over tid, eller for personer som står i fare for å utvikle behov for tjenester. I melding av behov er hovedfokus i piloten å få på plass informasjon om, og rutiner for, hvor og hvordan det meldes. For utredningsfasen er hovedfokus i piloten å få på plass strukturer som sikrer tverrfaglig kartlegging og medisinskfaglig utredning. Når det gjelder oppfølgingen av brukerne er hovedfokus i piloten å få til god

4 <https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Oppf%C3%B8lgningsteam%20-%20Innhold%20og%20gjennomf%C3%B8ring%20av%20pilot.pdf>

opplæring og struktur med hensyn til koordinatorrollen, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, plan for oppfølging og evaluering av utvikling.



Figur 1.1 Hovedtema i piloten (figuren er fra rammedokumentet for piloten).

Helsedirektoratet la opp til en faseinndelt gjennomføring av pilotprosjektet. I en første *oppstarts- og planleggingsfase* skulle det arbeides med kartlegging av nåsituasjon og utfordringsbildet, planlegging av tjenesteutviklingen herunder avklare og prioritere tiltak, sørge for nødvendig opplæring, brukerinvolvering, bruk av risikokartleggingsverktøy, forankringsarbeid og plan for gevinstrealisering mm. I neste fase – gjennomføringsfasen – er hovedfokus på gjennomføring av prioriterte tiltak, gevinstrealisering, måling, justering av tiltak og pasient- og brukerinvolvering.

Helsedirektoratet tilbyr pilotkommunene prosessveiledning som skal hjelpe kommunene med utviklingsarbeidet. Helsedirektoratet har lagt opp til tett oppfølging og tilbakemelding om status gjennom prosjektperioden, herunder i form av nettverkssamlinger, statusmøter og andre informasjons- og veiledningsmøter. Kommunene gis årlig tilskudd for deltakelse i pilot som skal dekke lokal prosjektledelse, omstilling, kompetanseheving, reisekostnader til/fra nettverkssamlinger m.m. Det gis også tilskudd til fastleger som deltar i pilot. Tilskuddet skal brukes til opplæring i bruk av det elektroniske verktøyet, deltakelse på nettverkssamlinger, samarbeid med evaluator m.m.

Veilederen er rettet mot alle landets kommuner, men implementeringsprosessen har altså fått ekstra drahjelp i de seks pilotkommunene, slik at andre kommuner kan lære av prosessen.

1.4 Målgrupper

Målgruppen for oppfølgingsteam er pasienter og brukere med "store og sammensatte behov" [1, 5]. Det legges til grunn at dette forstås synonymt med "behov for langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester" som brukes i bestemmelsene i lov og forskrift om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet [6]⁵. Disse pasient- og brukergruppene har vedvarende eller flere sykdommer eller helseutfordringer. Målgruppen finnes blant den tre til fem prosent av befolkningen som har store hjelpebehov på grunn av sykdom og funksjonsnedsettelse, og som har høyest risiko for å utvikle sykdom og/eller funksjonsnedsettelse som resulterer i høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester⁶. I veilederen er kjennetegnene ved denne brukergruppen beskrevet slik:

«Hovedkjennetegnet ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov er at symptomer og faktorer er vevd sammen. Tilstanden kan ikke forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem. Den må forstås ut fra personens helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. Det finnes ingen standard definisjon av denne pasient- og brukergruppen. En tilnærming kan være å legge til grunn definisjonen av "multisykdom" i retningslinjen "Multimorbidity: clinical assessment and management", NICE guideline 2016: "Multisykdom refererer til tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer, som kan inkludere:

- definert fysisk eller psykisk helseutfordring - spesifikke diagnoser
- vedvarende utfordringer på grunn av nedsatt evne til læring
- mange og sammensatte symptomer knyttet til generelt nedsatt helsetilstand/"skrøpelig" og kronisk smerte
- nedsatt syn og hørsel
- misbruk av alkohol eller andre rusmidler».

I veilederen står det videre at «tilnærming gjennom strukturert oppfølging bør vurderes for personer som:

- har utfordringer knyttet til å håndtere dagliglivets gjøremål/daglig fungering
- mottar tjenester fra flere aktører og trenger ytterligere bistand
- har langvarige fysiske og/eller psykiske helseproblemer
- har generelt nedsatt helsetilstand
- har jevnlig behov for bistand knyttet til uforutsette utfordringer og akutte behov
- tar flere faste legemidler
- har vedvarende problemer knyttet til sosial og psykososial fungering».

Pasient- og brukergrupper som i veilederen nevnes som eksempler på grupper som kan være aktuelle for å motta oppfølgingsteam (det presiseres at listen ikke er uttømmende) er:

- Barn, unge og voksne med behov for tjenester i et livsfaseperspektiv
 - Nedsatt kognitiv funksjon, fokus på overgang mellom livsfaser
 - Familieperspektiv, pårørendesamarbeid sentralt
- Personer med muskel-, skjelett- og smerteproblematikk
 - Mange er yrkesaktive i denne gruppen — mye smerte, sykefravær, høy risiko for uføretrygd
 - Kontakt med NAV

5 Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator, kap. 5.

6 <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>.

- Få følges opp av andre i kommunen enn fastlegen
- Personer med behov for samtidige tjenester knyttet til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering
 - Rus og psykiske lidelser kan overskygge behov for somatisk oppfølging
 - Somatisk sykdom kan overskygge behov for en bredere tilnærming
 - Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Eldre med flere diagnoser
 - Utfordringer med få sammenhengende forløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten
 - Legemiddelrelaterte problemer fordi gruppen må håndtere mange legemidler
 - Utvikling av demens/kognitiv svikt
 - Utfordringer knyttet til ernæring og tannhelse
 - Psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet i tillegg til somatisk sykdom
- Personer med innvandrerbakgrunn
 - Språkproblemer/tolkbruk, liten kunnskap om offentlig tjenester, dårlig sykdoms-forståelse, dårlig kunnskap om helse, lite nettverk
 - Bruker psykiske helsetjenester mindre enn etnisk norske pasienter
- Personer med kroniske sykdommer og tilstander
 - Samhandling med spesialisthelsetjenesten
 - Behov for tjenester i et familie-/livsløpsperspektiv
- Barn, unge og familier som følges opp av barnevernet
 - Ofte behov for bistand fra flere sektorer, herunder samhandling mellom helse- og velferdssektoren.

Multisykdom er sterkt forbundet med høyere dødelighet, dårligere funksjonell status, og mer bruk av helsetjenester, inkludert akutte sykehusinnleggelse [7, 8]. Multisykdom øker med alderen og det er anslått at mellom 20-40 prosent av eldre pasienter har mer enn fem kroniske tilstander, herunder demenssykdom [9], men de fleste multisyke er likevel under 65 år. Også norske studier har vist at multisykdom er vanlig, og at mer enn 90 prosent av pasientene som skrives ut fra sykehus for oppfølging i hjemmetjenesten, er multisyke [10]. Analyser gjort av SINTEF beregner at nesten halvparten av utgiftene til helse- og omsorgstjenestene går til eldre over 65 år [11], og at gjennomsnittlig kostnad for mennesker det siste året før død er nesten 20 ganger høyere enn gjennomsnittlig årskostnad for mennesker som overlever minst to år [12]. Denne forskjellen avtar med alderen og er mindre enn to ganger høyere blant eldre over 95 år.

Pasienter og brukere med komplekse og langvarige psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk er i gruppen med store og sammensatte behov. De mottar tjenester i stort omfang. De ti prosent mest ressurskrevende pasientene i psykisk helsevern står for 70 og 80 prosent av forbruket av tjenestene for henholdsvis barn og voksne [13]. Disse pasientene vil typisk ha mange innleggelse. Analyser av reinnleggelse i psykisk helsevern for voksne viser at unge pasienter, pasienter med psykoselidelse, samtidig ruslidelse og med kort liggetid har økt sannsynlighet for reinnleggelse [14].

Pasienter og brukere i målgruppen for oppfølgingsteam kjennetegnes ved at behovene er komplekse og gjerne må ivaretas av flere tjenester. For eksempel har pasienter med alvorlig psykisk lidelse og store sosiale problemer generelt behov for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisttjenester. Anslagsvis ¾ av døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne, hadde i 2012 behov for minst en kommunal tjeneste etter utskrivning [15], og blant døgnpasientene var sannsynligheten for at innleggelsen ikke var planlagt høyere for de som hadde kommunale tjenester som bolig og hjemmetjenester [16]. Likeledes hadde nesten

en tredjedel av døgnpasientene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) to til fire kommunale tjenester i tiden før innleggelse [17].

Pasienter og brukere i målgruppen har ofte nedsatt funksjon på flere livsområder og utfordringer/behov knyttet til andre arenaer og områder enn de rent helse- og omsorgsspesifikke. Dette kan være skole og arbeid, familie og sosiale nettverk, bolig og økonomi og ivaretagelse av egen helse, noe som øker kompleksiteten i oppfølgingen. Disse pasient- og brukergruppene har også ofte udekkede behov. Pasienter utskrevet fra psykisk helsevern og TSB har for eksempel ofte behov for en rekke kommunale tjenester, ikke minst bolig, som gjerne forblir udekt. Samtidig er det også mange som blir vurdert å ha udekte behov av behandler, men som selv ikke ønsker hjelp [17, 18]. Mer samarbeid og involvering av flere aktører etterlyses for flere grupper. En stor andel barn og unge i barnevernsinstitusjoner har udekte behov for blant annet psykisk helsehjelp. Nye samarbeidsmodeller mellom barnevernet og lokale BUP-klinikker er vurdert som gode tiltak [19, 20]. Tverrfaglig oppfølgingsteam er etablert som oppfølgingsmekanisme for unge lovbytere med et oppfølgingsbehov, med representanter fra kriminalomsorgen og politiet som obligatoriske deltakere⁷. Evaluering viser at å få inn viktige tiltak fra blant annet helsetjenestene kan være vanskelig. Det er flere grunner til dette, blant annet ambivalens til tiltakene fra ungdom som har levd liv med mye svik og har mistillit til ulike hjelpeinstanser, men også på grunn av lite erfaring med og kunnskap om denne ungdomsgruppen i tjenestene [21]. Pasienter med behov for lindrende behandling er et annet eksempel på en pasientgruppe med komplekse behov, og hvor det etterlyses involvering av flere aktører, inkludert fastleger, fysio-/ergoterapeuter og NAV for å lage mer komplette tjenestetilbud [22]. Mennesker med sjeldne sykdommer føler seg ofte alene med sin situasjon, sine utfordringer og behov, og en vanlig tilbakemelding fra denne gruppen er at det ordinære tjenesteapparatet, inkludert spesialisthelsetjenester, lokale helse- og sosialtjenester, skole og utdanning og, ikke minst, NAV, har lite kunnskap om deres tilstand og behov. Dette kan medføre både helsemessige, sosiale og praktiske problemer [23].

Forskning har vist en sammenheng mellom psykiske helseproblemer, frafall fra videregående skole, svak tilknytning til arbeidslivet og risikoen for å forbli mottaker av offentlige stønader over lang tid. Det er imidlertid problematisk å skille ut psykisk helse som enkeltfaktor blant de ungdommene som på ulike måter faller utenfor, ettersom psykiske plager hos ungdom ofte står i komplekse sammenhenger med andre faktorer. Ulike problemstillinger ser ut til å henge sammen og forsterke hverandre. Dette krever helhetlige tilnærminger, der hele livssituasjonen og problemkomplekset til den unge blir sett i sammenheng. Men tjenester og tiltak rettet mot unge som har sammensatte utfordringer og behov, er ofte innrettet ut fra den enkelte sektors myndighets- og ansvarsområde, mens de unge trenger hjelp på tvers av myndighetsområdene [24].

1.4.1 Utfordring med fragmenterte og lite koordinerte tjenester

Pasient- og brukergruppene i målgruppen for oppfølgingsteam utfordrer et monofaglig behandlings- og oppfølgingssystem. Eksisterende helse- og omsorgssystemer har vist seg å være vanskelige å navigere i, spesielt for pasienter og brukere med komplekse helseproblemer og multisykdom. Dette er den brukergruppen som har vist seg å ha størst vansker med å klare seg på en god måte innenfor dagens organiseringsmodeller. At tjenestene er sektordelt, under forskjellig eierskap, regelverk og finansiering, med ulike styrings- og ledelsessystemer, dokumentasjons- og IKT-systemer og betalingsmekanismer, skaper barrierer for koordinering og samhandling [25, 26]. Samarbeid på tvers av tjenestene, og med brukerne, vanskeliggjøres både av organisatoriske faktorer og individuelle faktorer, som forskjeller i fagtradisjoner og fagkulturer, og av ubalanse i maktforhold mellom profesjoner og mellom tjenesteutøvere og brukere, noe som kan gi feil eller mangelfull oppfølging [27].

⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-49/kapiv#kapiv>

<https://konflikttraadet.no/straffereaksjoner/ungdomsstraff-og-ungdomsoppfolging/>

1.5 Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

1.5.1 Tiltak for mer helhetlige tjenestetilbud

Utfordringer med fragmenterte og lite koordinerte tjenestesystemer for mennesker med omfattende behov har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene [28]. I Norge har mange tiltak blitt iverksatt både lokalt og nasjonalt for å bedre koordinering og oppfølging av mennesker med omfattende behov [29]. En rekke nasjonale planer og reformer rettet mot målgruppene har blitt lansert de siste tiårene, som for eksempel opptrappingsplanene for psykisk helse, rus, kreft og ikke minst samhandlingsreformen. Disse har medført betydelige endringer i organiseringen, omfanget og kvaliteten på tjenestene. Som et ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring, blant annet knyttet til mangelfull koordinering og svikt i pasientbehandling og oppfølging, er det utviklet retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging for en rekke pasientgrupper. Pakkeforløp er også innført som et verktøy for å sikre helhetlige pasientforløp for noen pasientgrupper innen spesialisthelsetjenesten. Mange av de nevnte tiltakene for mer helhetlige tjenestetilbud gjelder imidlertid oftest spesifikke diagnosegrupper og er ofte primært rettet inn mot spesialisthelsetjenestene. Diagnosespesifikke koordineringsmekanismer passer gjerne dårlig og kan bidra til økt fragmentering for multisyke og andre i målgruppen for oppfølgingsteam [25], som trenger en bredere tilnærming som inkluderer pasientens/brukerens funksjonelle og sosiale situasjon, og som også tar hensyn til brukerens egne preferanser [30]. Folkehelseinstituttet og KS har siden 2014 samarbeidet med kommuner og helseforetak om å utvikle "Gode pasientforløp" som skal bidra til at brukeren eller pasienten opplever et helhetlig tilbud⁸. HelseDirektoratet definerer helhetlige pasientforløp som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode»⁹. Helhetlige pasientforløp fokuserer på gode overganger mellom de forskjellige delene av helsevesenet, spesielt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Gjennom arbeid i læringsnettverk for "Gode pasientforløp" spres metoder og verktøy for å forbedre dagens praksis. Satsningen bygger på "Helhetlige pasientforløp i hjemmet", som er et strukturert utskrivings- og oppfølgingsprogram og et funksjonsbasert forløp, anvendelig for alle pasienter og brukere¹⁰, og "Hva er viktig for deg?" som er en retningsendring som «har til hensikt å tydeliggjøre brukerstemmen og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne»¹¹.

1.5.2 Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?

Veilederen (kapittel 7) definerer oppfølgingsteam som "en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker", og teamet er "til enhver tid sammensatt ut fra personens behov"[1]. Teamet ledes av en koordinator. Lovverket om individuell plan og koordinator legges til grunn for oppfølgingsteam. Arbeidsprosessene for et oppfølgingsteam må derfor oppfylle lovkravene og samsvare med den strukturen og systematikken som gjelder individuell plan og koordinatorrollen¹². Strukturen og arbeidsformen til et oppfølgingsteam er oppsummert slik i veilederen:

- Teamet består av de som yter tjenester til vedkommende og er dermed til enhver tid sammensatt ut fra personens behov.
- Det er oppnevnt en koordinator som leder teamarbeidet.
- Det sikres systematikk i oppfølgingen gjennom
 - tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning

⁸ <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

⁹ <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop/hva-er-helhetlige-pasientforlop>

¹⁰ <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>

¹¹ <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

¹² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 5.

- at det utformes en plan for oppfølgingen med mål, delmål og tiltak
- at mål og tiltak i planen evalueres.

I overenstemmelse med bestemmelsene for individuell plan og koordinator gjelder følgende krav for oppfølgingsteamets arbeid med å sikre helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud:

- Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse.
- Inkludere pårørende i arbeidet i den grad pasient og bruker ønsker og samtykker til dette.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.
- Melde behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i kommunen.
- Legge vekt på pasient og brukers ønske ved valg av koordinator.
- Sikre nødvendig samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planarbeidet.
- Koordinator har overordnet ansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunene har ulike koordineringsmekanismer og team, med ulik benevnelse og innhold, som kan samsvare med et oppfølgingsteam. Dette er nærmere beskrevet i avsnitt 1.5.6

1.5.3 Oppfølgingsteam og individuell plan

Som nevnt må oppfølgingsteam ses i sammenheng med eksisterende lovkrav om individuell plan og koordinator. Rett til individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester ble introdusert i 2001. Individuell plan er samtykkebasert og forutsetter aktiv brukermedvirkning. Formålet for individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter¹³:

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

Regelverket for individuell plan er teknologinøytralt og skiller ikke mellom papirløsninger og elektroniske systemer.

Lovkrav om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet gjelder også innen spesialisthelsetjenesten. Loven pålegger spesialisthelsetjenesten plikt til å samarbeide med andre og en meldeplikt til kommunene. Det er anslått at målgruppen for individuell plan i kommunene utgjør omtrent to

¹³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 5, §16-§20.

til tre prosent av befolkningen (NOU 2004: 18). Andelen som har individuell plan, er betydelig lavere. Bjerkan m. fl. [31] anslo at om lag 0,5 prosent av befolkningen hadde Individuell plan fem år etter at ordningen ble introdusert, mens Helsedirektoratet/Rambøll (2011) anslo at om lag 0,58 prosent (i underkant av 28 700) hadde individuell plan etter ti år [32]. Tall fra SSB for perioden 2010-2017 viser imidlertid at antall med individuell plan er vesentlig lavere enn først anslått (25 900 i 2017) og at bruken ikke har økt i de senere årene. Tall fra IPLOS-registeret viser at det er få eldre brukere som har individuell plan. Mens 34 prosent av brukere med omfattende bistandsbehov i alderen 0-66 år hadde individuell plan i 2018, var tilsvarende andel kun tre prosent blant brukere i alderen 67 år og eldre¹⁴. I en kartlegging av pasienter i TSB i 2012/2013 hadde henholdsvis 37 prosent av døgnpasientene og tolv prosent av poliklinikkpasientene individuell plan, eller så var individuell plan under utarbeidelse [17]. Dette var en nedgang sammenlignet med tilsvarende undersøkelse i 2007. Ikke alle brukere ønsker individuell plan, men kommunen skal likevel tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2.

En person med behov for individuell plan har ofte behov for bistand på flere livsområder. Individuell plan er et felles verktøy og arbeidsmåte på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Individuell plan gjelder ikke bare pasienter og brukere av helse og omsorgstjenester. Individuell plan er hjemlet i flere lovverk:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
- Lov om psykisk helsevern § 4-1
- Pasient – og brukerrettighetsloven § 2-5
- Helsepersonelloven §§ 4 og 38a
- Lov om barneverntjenester § 3-2 a
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 (NAV-loven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og § 33

Ifølge opplæringsloven § 15-5 og friskolelova § 3-6a plikter skolen å delta i arbeidet med individuell plan. Likeledes plikter krisesentre etter § 4 i krisesenterlova å samarbeide om individuell plan for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold og trusler i nære relasjoner.

Dersom tjenestemottakeren har behov for tjenester fra flere tjenesteytere eller etater skal disse samarbeide. Planarbeid på tvers av lovverk skal koordineres og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker. Plikt for ulike tjenester til samarbeid om individuell plan for utsatte barn og unge og deres familier blir generelt styrket og harmonisert i ny lov om endring i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)¹⁵. Individuell plan erstatter ikke behov for detaljerte behandlingsplaner, opplæringsplaner mm. Disse kan inngå som deler av individuell plan.

1.5.3.1 Hindringer knyttet til implementering av individuell plan

I rapport om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, som SINTEF utarbeider på vegne av Helsedirektoratet, svarte 76 prosent av kommunene at de som har behov for individuell plan får tilbud om dette [33]. Andelen kommuner som oppga dette var høyest i de minste kommunene og avtok med kommunestørrelse, med unntak av de største (>50.000), som hadde nest høyest andel. De vanligst oppgitte årsakene til at arbeid med individuell plan ikke prioriteres var manglende ressurser og kapasitet.

14 <https://www.ssb.no/statbank/table/12647/>

15 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-78>



Forskningen viser at implementering av individuell plan i tjenestene er krevende for systemene og personene involvert [34]. Studiene av implementering av individuell plan danner et viktig kunnskapsgrunnlag også for innføringen av oppfølgingsteam. Bjerkan m.fl. [31] viste at møter var den klart viktigste samarbeidsformen, og at fastleger spilte en begrenset rolle i initiering, ledelse og også involvering. Sykehusene var mer involvert enn fastlegene både når det gjaldt å initiere og delta i samarbeid. Undersøkelsen til Nilssen [35] bekrefter utfordringen med å involvere fastlegene. Gjennom sitt medisinsk-faglige koordineringsansvar er fastlegene nøkkelpersoner i helsetjenesten, men deres mulighet til å samarbeide med andre aktører begrenses av en rekke strukturelle forhold, som fører til at fastlegene er relativt lite involvert i samarbeidet rundt egne pasienter/brukere [36]. Sett fra et tjenesteutøverperspektiv ser individuell plan ut til å fungere godt som et samordningsverktøy. I undersøkelsen til Nilsen [35] oppga ¾ av respondentene at individuell plan styrker samordningen mellom ulike tjenester i kommunen, og nesten 70 prosent mente at individuell plan bedrer den individuelle tilretteleggingen av de kommunale tjenestene. Sistnevnte andel avtok med kommunestørrelse. Dette forklares med at det er tettere relasjoner mellom tjenesteutøvere og brukerne, og mindre organisatorisk kompleksitet i små kommuner. Men mangel på lokale tilbud (for eksempel ulike former for aktivitetstilbud) kan gjøre det vanskelig å utforme individuelt tilpassede planer, spesielt i små kommuner. Nær 60 prosent mente at individuell plan bidro til å ansvarliggjøre og selvstendiggjøre brukeren i forhold til hans/hennes livssituasjon (ibid.). Ofte er det praktiske arbeidet med individuell plan avhengig av tilgang på ressurser. Hvilke ressurser som er tilgjengelig og hvem som betaler for hva er nøkkelspørsmål som ofte skaper utfordringer i samarbeid og gjennomføring av nødvendige tjenestetilbud [37]. Dette er spørsmål som ofte krever avklaring på ledernivå, og uavklarte ansvarsområder og økonomi kan trenere prosessen [34]. Arbeidet med individuell plan kan også møte utfordringer med den praktiske samhandlingen på tvers av tjenesteytere fordi ulike tjenester opererer med ulike systemer som ikke kommuniserer. Elektroniske, skybaserte samhandlingsverktøy (for eksempel SamPro/Visma Flyt Samspill og ACOS IP/DIPS Samspill) kan løse dette, men det oppleves også utfordringer med bruk av elektroniske verktøy som igjen kan være en barriere for bruk av individuell plan [38-40].

Individuell plan er som vist til over lite brukt blant eldre brukere. Et hinder som er pekt på for personer med demens er at individuell plan som koordineringsmekanisme framstår som mer omfattende og komplisert enn det som etterspørres og at elektronisk individuell plan er lite hensiktsmessig for brukergruppen [41]. Sægrov [42] angir tre viktige forutsetninger som må være oppfylt for at retten til individuell plan skal bli innfridd for kreftpasienter. Den første dreier seg om kunnskap, den andre om at det settes av tid og den tredje at det lovfestede ansvaret for å utarbeide individuell plan må tydeliggjøres. Holum [43] oppsummerer at hva som hindrer eller fremmer implementeringen av individuell plan er et komplekst puslespill, som omfatter samhandling mellom ulike organisatoriske enheter, tilpasningsprosesser med praktiske implementeringsstrategier, samt de involverte enkeltpersoner med sine preferanser og oppfattelse av om det er behov for en individuell plan (eller ikke) i sitt daglige arbeid. Mangelfull styring og ledelse i arbeidet med individuell plan, både i kommuneledelsen og blant enhetsledere, er en viktig faktor som hemmer bruken av individuell plan [44]. Lovregulering anses generelt som et av de sterkeste insentiver for å påvirke atferd, men ser ikke ut til å være tilstrekkelig til å få individuell plan fullt ut implementert.

1.5.4 Koordinatorrollen

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal etter helse- og omsorgstjenesteloven tilbys en koordinator¹⁶. Koordinatorrollen er helt sentral i oppfølgingsteamene. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging og samordning av tjenester og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Et oppfølgingsteam skal til enhver tid være sammensatt ut fra personens behov, og koordinator er en rolle som alt helse- og sosialfaglig personell kan inneha. Koordinator er brukerens

¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator § 21.

støttespiller og brukerens ønske skal derfor vektlegges i valg av koordinator. Koordinatorrollen kan ivaretas av andre tjenester enn helse- og omsorgstjenesten. Plikt til samordning for utsatte barn og unge og deres familier blir styrket og harmonisert i forslag til ny lov om endring i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)¹⁷. Følgende formulering (eller tilsvarende) er tatt inn i lovverket for en rekke tjenesteområder: «Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal instans som skal ivareta samordningen. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, skal koordinatoren sørge for samordning av tjenestetilbudet».

Å styrke koordinatorrollen er et viktig element i piloten. Dette innebærer både myndiggjøring av koordinator, rolleavklaring og å gi nødvendig opplæring og støtte. Dette er et ansvar som ligger på kommuneledelse og linjeledere. Manglende lederforankring rundt koordinatorrollen kan også bidra til utfordring med å rekruttere koordinatorene [37]. Koordinerende enhet har overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Koordinator må samarbeide tett med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste.

I 2011 var det nærmere 10 000 koordinatorene i kommunene, og flertallet av disse arbeidet i psykisk helse- og rustjenestene og hjemmetjenesten, etterfulgt av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og helsestasjonen. Mange var også tilknyttet skole/barnehage. Dette gjenspeiler hvilke tjenester som ofte er involvert i arbeidet med individuell plan i kommunene. Flertallet av koordinatorene (87 prosent) hadde ansvar for en til fem brukere [32]. Tall fra IPLOS-registeret viser at det er få eldre brukere som har koordinator. Mens 40 prosent av brukere med omfattende bistandsbehov i alderen 0-66 år hadde koordinator i 2018, var tilsvarende andel kun seks prosent blant brukere i alderen 67 år og eldre¹⁸. Dette betyr ikke at eldre ikke mottar strukturert oppfølging. De kan ha andre koordineringsmekanismer med andre benevnelser og strukturer enn det som ligger i individuell plan og koordinator.

1.5.5 Brukermedvirkning og myndiggjøring

Styrking av brukermedvirkning er et viktig element i piloten. Vi kan skille mellom brukermedvirkning på system- og tjenestenivå og på individnivå, som er en vanlig inndeling når brukermedvirkning er tema¹⁹. På *systemnivå* handler brukermedvirkning typisk om at brukerorganisasjoner eller brukergrupper er med på å utvikle tjenestetilbudene. Brukerråd er et eksempel på brukermedvirkning på systemnivå. På *tjenestenivå* handler det typisk om at brukerrepresentanter samhandler med fagpersoner i tjenestene, og at ledelsen på enhetene sørger for å involvere brukerne i arbeidet med å stadig forbedre tjenestene. Brukerundersøkelser er et typisk verktøy brukt for å sikre brukermedvirkning på tjenestenivå. På *individnivå* finner vi den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt tjenestetilbud i samhandling med fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten. Samvalg kan nevnes som en form for medvirkning på individnivå.

Ifølge en kunnskapsoppsummering om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid [45], har norske kommuner hatt mest oppmerksomhet på brukermedvirkning på systemnivå, mens mye av brukermedvirkningen skjer som en individuell tilpasning i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere. Kunnskapsoppsummeringen konkluderer med at det er behov for å arbeide mer systematisk med implementering av brukermedvirkning på individnivå i kommunene, og det er behov for å ansette flere erfaringskonsulenter (brukere med egenerfaring) slik at recovery-perspektivet styrkes. Det pekes på som en utfordring at fagmiljøene i kommunene preges av rask diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualer og generaliserte, evidensbaserte behandlingsformer som vanskeliggjør brukermedvirkning.

¹⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-78>

¹⁸ <https://www.ssb.no/statbank/table/12651/>

¹⁹ <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/>

Et hovedmål med kommunenes oppfølging av brukere med store og sammensatte behov er å fremme mestring og selvstendighet. Myndiggjøring ("empowerment") av brukerne er et sentralt element i å styrke brukermedvirkning. Individuell plan er et virkemiddel som skal bidra til å sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse. En studie av individuell plan blant brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer [46], fant at individuell plan ikke nødvendigvis fører til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester, men at den likevel kunne være nyttig som en "livsplan" som ga oversikt over mål og tiltak. Studien viste at regelorienterte tilnærminger, manglende deltakelse i de tverrfaglige teamene, sviktende oppfølging av tiltak i planen og manglende interesse for brukernes medvirkning, førte til at brukerne opplevde mangelen i oppfølgingen som krenkende. Derimot så fremmes reell brukermedvirkning av en relasjonelt orientert tilnærming som ivaretar brukernes subjektive forståelse av virkeligheten og egen personlighet. Det er også viktig at det formidles en positiv innstilling til brukernes egen evne til å forbedre sine liv. Flere studier viser viktigheten av at brukere og tilbydere er likeverdige handlende aktører for at individuell plan skal fungere og at relasjonen mellom bruker og koordinator er avgjørende for brukernes fornøydhetsnivå med individuell plan-prosessen [20, 43]. En studie av prosesser som omhandler brukermedvirkning for brukere med demens viste at beslutningsprosessene kunne være konfliktfylte, og innebar ofte subtile forhandlinger mellom pårørende og helsepersonell, blant annet som en konsekvens av ulike fortolkninger av pasientens samtykkekompetanse og hvem som har rett til å snakke på vegne av pasienten. Mangel på ressurser i helsevesenet forsterket konfliktnivået [47]. Et fellestrekk ved de IP-prosessene som ikke fungerte for yngre brukere med psykiske vansker var en «mismatch» mellom brukers behov og de mulighetene som fantes for å yte hjelp på brukers premisser, det vil si organiseringen av tjenesteapparatet og tilgjengelighet av ressurser [34]. Betydningen av å kunne utløse nok ressurser til å oppnå et tilfredsstillende tjenestetilbud ble poengtert som vesentlig fra majoriteten av ledere, brukerrepresentanter og koordinatører. Tøndel og Ose [48] peker også på at mangel på ressurser kan føre til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester og fastlege, blir en arena for konflikt. "Vanskelige brukere", det vil si brukere som kommunen eller fastlegen ikke har ressurser til å følge opp, krever særlig godt samarbeid mellom de involverte tjenestene. De peker også på at et avklart nivåansvar hemmer konflikter og bedrer pasientoppfølgingen. Dette blir også fremhevet i en studie av nye samarbeidsmodeller mellom barnevern og lokale BUP-poliklinikker. Tydelig rollefordeling, klare ansvarslinjer og tidsfrister fremmer samhandlingen [19]. Å sikre reell brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne stiller store krav til kunnskap, ferdigheter og holdninger på alle nivå i tjenestene.

I piloten er det besluttet at kommunene skal ta i bruk "Hva er viktig for deg?" som arbeidsmetodikk på tvers av tjenester, herunder bruk av PSFS-skjema (Pasientspesifikk funksjonsskala) for å måle funksjon med utgangspunkt i det som pasienten/brukeren selv velger ut som aktiviteter som er viktig for vedkommende. Dette skal bidra til retningsendring i tildeling av tjenester og i oppfølgingen ut fra hva som er viktig for brukeren²⁰. Fokus på brukens egne mål og ønsker skal bidra til å styrke både brukermedvirkningen og individets egne ressurser, mestring og selvstendighet.

1.5.6 Ulike team for bedre koordinering og oppfølging

Utgangspunkt for å utarbeide og følge opp en individuell plan er å ha et team sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en pasient/bruker med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Teamet ledes av en koordinator. Mange kommuner (og alle pilotkommunene tidligere) bruker ansvarsgruppe som benevnelse på dette teamet, men ansvarsgruppe er ikke en benevnelse som er nevnt i lovverket. Ansvarsgruppe har vært i bruk i kommunene lenge, og begrepet dukket opp i et offentlig dokument i 1986 (NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten) som eksempel på en av flere modeller for tverretattlig og tverrfaglig samarbeid, med eksempel på bruk i arbeid med barnevernssaker [49]. Ansvarsgruppe samsvarer med strukturert oppfølging med oppfølgingsteam i den grad arbeidsmetodikken

²⁰ <https://www.fhi.no/publ/skjema/hva-er-viktig-for-deg---skjema-pasientspesifikk-funksjonsskala---psfs/>

som følges er i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjene i veilederen. Det er store variasjoner både mellom kommuner og innad i kommuner hvordan ansvarsgruppe som arbeidsform praktiseres [48]. For noen er praksis i ansvarsgruppen i tråd med veilederen, for andre ikke. Avvik fra intensjon i veilederen kan for eksempel være uklare roller, uklar ansvarsfordeling og mangel på reell brukermedvirkning [50].

Det finnes mange ulike team som arbeider med koordinering av tjenester og oppfølging av de samme brukergruppene som de som er målgruppene for oppfølgingsteam. Noen team er diagnosespesifikke som demensteam, krefteam, diabetesteam, team for palliasjon/-lindrende behandling mv. Årlige kartlegginger som SINTEF utfører for Helsedirektoratet viser at innen kommunal psykisk helse og rusarbeid oppgir 26 prosent av kommunene at de har flerfaglige oppsøkende team, mens elleve prosent har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, fem prosent oppgir å ha ACT-team (Assertive Community Treatment), fem prosent oppgir å ha FACT-team (Fleksibel Assertive Community Treatment), og henholdsvis seks og fire prosent har annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og barn/unge i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er oppsøkende rusteam, ROP-team (Rus Og Psykiatri), samhandlingsteam, OR-team (Oppsøkende Rehabiliteringsteam), psykoseteam, bo-/oppfølgingstjeneste, AFO-team (Ambulerende fleksibel oppfølging) eller FAS-team (Forpliktende Ambulant Samhandlingsteam) [33]. Andre typer team og oppfølgingsmekanismer har fokus på overgangen mellom sykehus og kommuner spesielt for eldre pasienter, som for eksempel helhetlige pasientforløp i hjemmet, pasientsentrerte helsetjenestetsteam og virtuell avdeling [51]. Felles for (de fleste av) teamene listet opp over er at de er faste team, med (en kjerne av) fast bemanning. Beskrivelse av oppfølgingsteam i veilederen vektlegger at det er behovene til bruker som er avgjørende for teamsammensetning. I mange tilfeller vil det si at teamet bør omfatte en mer fleksibel og bredere fagsammensetning enn det som ofte er tilfelle for diagnosespesifikke team. Det kan også være en utfordring hvis teamet er inne i en begrenset tid og at det svikter i koordineringen i ettertid, for eksempel i etterkant av et rehabiliteringsforløp [37].

I tillegg til ulike faste team finnes det også brukerspesifikke samarbeidsformer og team i kommunene som ikke involverer bruk av Individuell plan eller at man ikke bruker benevnelsen koordinator på personen som har hovedansvar for å følge opp pasienten/brukeren. Disse kan likevel i praksis fungere etter intensjonene til ett oppfølgingsteam. I noen tilfeller kan for eksempel en primærkontakt som koordinerer og følger opp involverte tjenester basert på tiltaksplan [41] gi god koordinert oppfølging. Hvorvidt ulike (faste og fleksible) team som vist til over fyller rollen til et oppfølgingsteam avhenger av om teamets sammensetning og arbeidsform samsvarer med definisjonen av oppfølgingsteam [1].

Studien til Tøndel og Ose [48] om samarbeidet innen psykisk helse blant fastleger og kommune- og spesialisthelsetjenester, fant at problemstillingene knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på problemstillingene er ulike fordi de lokale systemene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeid etableres og driftes. Samarbeidsmodeller utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet.

1.6 Tidlig identifisering og tverrfaglig utredning

Tidlig intervensjon er ofte avgjørende for utvikling i tjenestebehov. Det er derfor viktig å kunne identifisere behov for tverrfaglig og strukturert oppfølging tidlig. Kommunene må ha system for å identifisere risiko, avdekke behov og sikre nødvendig utredning. Dette gjelder både med hensyn til å fange opp personer som ennå ikke er i kontakt med tjenestene (befolkningsnivå), og å fange opp endringer i behov blant personer som mottar tjenester. Et slikt system må omfatte rutiner for hvordan og hvor behov meldes, og for tverrfaglig utredning av behov. Melding av behov må skje i overensstemmelse med brukerens ønsker.

1.6.1 Observasjonskompetanse

En viktig faktor for tidlig identifisering av behov for oppfølgingsteam er å sikre at personellet har tilstrekkelig observasjonskompetanse, dvs. å tidlig kunne gjenkjenne endringer i helsetilstand og funksjonsnivå og andre tegn til endringer i tjenestebehov, også utover de rent helsefaglige. Observasjonskompetansen kan styrkes både gjennom opplæring og erfaringsutveksling.

1.6.2 Risikokartlegging

Fastlegen har et helhetlig ansvar for å yte allmennlegetjenester til sine listepasienter. Systematisk risikokartlegging er et hjelpemiddel for fastlegen til å prioritere pasienter med størst behov, og kan være et viktig tiltak for å sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp²¹. Flere metoder kan benyttes til gjennomføring av en slik risikokartlegging, for eksempel gjennom samarbeid og tverrfaglig informasjonsutveksling med andre helsetjenester, pragmatisk "case finding", for eksempel i forbindelse med rutinekontroller, målrettet kartlegging og systematisk gjennomgang av pasientliste, enten manuelt eller ved bruk av elektroniske verktøy, for å identifisere personer med gitte risikofaktorer.

Et virkemiddel for tidlig identifisering som testes ut i piloten er et elektronisk verktøy for risikostratifisering, levert av firmaet Medrave (<http://www.medrave.no/>). Verktøyet skal være et hjelpemiddel til tidlig identifisering av personer med risiko for framtidig sykehusinnleggelse, for funksjonsfall og for økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at disse kan vurderes for strukturert tverrfaglig oppfølging. Verktøyet beregner en risikoskår for hele eller deler av legenes listepasienter, basert på historiske data på diagnoser, medisiner, kjønn og alder (Johns Hopkins ACG system). Ettersom nær 100 prosent av befolkningen i Norge er tilknyttet en fastlege, er tanken at verktøyet kan fange opp behov hos personer som ellers vil være vanskelig å avdekke. Verktøyet testes først ut hos fastleger i pilotkommunene, og verktøyet ble også tilbudt sykehus i helseforetaket kommunen sokner til. Av disse har Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) sagt seg villig til å teste ut risikokartleggingsverktøyet i samarbeid med pilotprosjektet.

1.6.3 Tverrfaglig utredning

Tjenestene skal tilrettelegges for å understøtte brukernes egne mål og ønsker. Familie, nettverk og brukerens livssituasjon ellers er viktig i kartlegging og utredning av ressurser og behov. Det vil si at kommunen må bruke en tverrfaglig tilnærming som involverer ulike kompetanser og tjenester. Kommunene må sikre enhetlig praksis og rutiner for kartlegging, utredning og dokumentasjon av behov. Det må sikres nødvendig kommunikasjonsfaglig og terapeutisk kompetanse for å gjennomføre kartlegging basert på brukeres mål og ressurser på en god måte. I piloten skal kommunene legge til rette for at oppfølgingsteam skal være en arbeidsform i alle tjenester for å sikre at personer uavhengig av alder og diagnose får strukturert tverrfaglig oppfølging. Dette gjelder både barn/unge, voksne og eldre. Oppfølgingsteam skal sikre aktiv brukermedvirkning med fokus på hva som er viktig for bruker, og at det utformes en plan med mål og tiltak.

²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/allmennlegetjenesten>

Tiltakene skal evalueres og justeres når det er behov. For å støtte opp under dette og kunne måle resultat på individnivå skal det i piloten benyttes PFSF-skjema (pasientspesifikk funksjonsskala) ("Hva er viktig for deg?")²² og systematisk bruk av IPLOS funksjonsmåling for alle brukere som har oppfølgingsteam²³. Det har siden 2007 vært obligatorisk for kommunene å registrere IPLOS-opplysninger. Likevel er det stadig utfordringer rundt om i kommunene både når det gjelder bruk av og kvalitet på IPLOS registreringene [37, 52].

1.6.4 Koordinerende enhet

Det overordnede "sørge for"-ansvaret for oppfølging av personer med store og sammensatte behov ligger hos kommunen, der koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §7.1, 7.2 og 7.3 i helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinerende enhet har en sentral posisjon ved innføring av oppfølgingsteam, ettersom enheten har lovfestet ansvar for individuell plan og koordinator, og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorene. Koordinerende enhet har vært forankret i lovverket siden 2001, og forskriften ble endret i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012 [53], der søkelyset på individuell plan, koordinering og samhandling mellom tjenestene ble forsterket (jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Koordinerende enhets ansvar på dette området gjelder alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester innenfor sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. Se for øvrig den nasjonale veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 12, og den nasjonale veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

Kommunen skal legge forholdene til rette slik at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov eller behov for tverrfaglig oppfølging (individuell plan, koordinator) som de ansatte blir kjent med. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer [54]. Som vi kommer inn på i resultatdelen av denne rapporten, er det viktig at alle ansatte innenfor både helse- og omsorg, NAV, barnevern og oppvekst m.fl. kjenner til Koordinerende enhet sin funksjon, og hvordan man melder behov dit. Det er også viktig at kommunens innbyggere har lett tilgang til informasjon om hvordan man melder behov for tjenester i kommunen, hvilke tjenester som finnes, hvilke rettigheter man har og hvordan forløpet kan bli.

De fleste kommunene i Norge har etablert koordinerende enhet, men det er stor variasjon i hvilke oppgaver som tillegges koordinerende enhet og hvordan de utføres, og hvordan koordinerende enhet er organisert, blant annet når det gjelder hvem som har enhetslederfunksjon, hvor den er plassert i organisasjonen, relasjonen mellom tildelingskontoret og koordinerende enhet, kapasitet og hvilke tjenester som er representert [37].

22 <https://www.fhi.no/publ/skjema/hva-er-viktig-for-deg---skjema-pasientspesifikk-funksjonsskala---psfs/>

23 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling>

1.7 Kompetanse

Implementering av piloten i tråd med intensjonene krever økt kompetanse innen mange områder, og det krever at kommunene har en strategisk plan for å sikre nødvendig kompetanse i tjenestene. Det krever også at kompetansen utnyttes og utvikles på tvers av tjenesteområder og sektorer, og kommunene og spesialisthelsetjenesten. I henhold til veiledere må kommunene må ha kompetanse på både medisinske, sosiale og psykososiale behov. Dette krever personell med minimum høyskoleutdanning innen helsefag, sosialfag og spesialpedagogikk. På noen områder bør også kommunen ha personell med klinisk etter- og videreutdanning. I tillegg innebærer kompetanseutvikling i kommunene at det sikres felles kunnskap og forståelse av sentrale temaer på tvers av fag, nivåer og sektorer, blant annet gjennom opplæring og veiledning. Dette gjelder både systemkunnskap (herunder lover og regler, rutiner og verktøy) observasjonskompetanse, kompetanse på bruker- og pårørendemedvirkning og endringsprosesser, kompetanse på temaer relatert til kultur, verdier og etikk, og kunnskap og opplæring i koordinatrorolle, tverrfaglig samarbeid og teamarbeid.

1.8 Lederansvaret

Det er trolig et bredt spekter av faktorer som påvirker implementering av oppfølgingsteam som integrert arbeidsform i alle tjenester. En viktig faktor er ledelse. Pilotprosjektet skal bidra til å implementere og teste ut veilederen i praksis – og lederansvaret, på alle nivåer, er sentralt i veilederen. Implementering av tiltakene i piloten krever derfor sterk involvering av ledere på alle nivå. Kommuneledelsen skal sørge for nødvendige strukturer, rutiner og ressurser og linjeledere skal sørge for nødvendig endringsarbeid i sine enheter. En studie av individuell plan som et styrings- og koordineringsverktøy i norske kommuner konkluderte med at den administrative ledelsen i kommunene var lite involvert, og kun i en viss grad var interessert i dette styringsverktøyet [55]. Et sterkt fokus på ledelse, å legge til rette for å gi ledelsesmessig støtte til gode arbeidsprosesser og skape engasjement, er viktig for å få til en vellykket innføring av nye arbeidsprosesser [56]. Myndiggjøring av koordinatorene er viktig i denne sammenhengen [34]. Å bidra til et samarbeidsklima basert på tillit, respekt og samarbeidskompetanse kan være viktigere enn formaliserte strukturer. Ledere må få samarbeid til å fungere på tvers av forvaltningsnivåer, regelverk og profesjoner.

1.9 Komplekse utfordringer, kompleks intervensjon og kompleks evaluering

1.9.1 Komplekse utfordringer

Utfordringene som adresseres i piloten er komplekse, både fordi målgruppens utfordringer er sammensatte og uensartet, men også fordi måten tjenestene er innrettet, organisert, regulert og finansiert skaper koordineringsutfordringer. Kompleksitet kan altså knyttes til kjennetegn både ved person og omsorgssystemet. Kompleksitet på individnivå oppstår når utfordringer og behov gjelder flere livsområder, herunder fysisk helse, psykisk helse, livsløp og demografi, sosiale og økonomiske forhold og tjenestebruk [57]. Dette omfatter to lag med kompleksitet: medisinsk/helsefaglig kompleksitet og situasjonskompleksitet. Dessuten er type utfordringer uensartede og unike for den enkelte person. Dette utfordrer tradisjonell tjenesteorganisering som er basert på behandling av relativt homogene bruker-/pasientgrupper. I tillegg er det systemiske og strukturelle forhold som legger til et tredje lag av kompleksitet, det vil si systemkompleksitet [57].

Samspillet mellom disse kompleksitetene på individ og systemnivå skaper såkalte uregjerlige eller gjenstridige problemer ("wicked problems"), som refererer til sosiale situasjoner der: (1) det er ingen åpenbar løsning; (2) mange enkeltpersoner og organisasjoner er nødvendigvis involvert; (3) det er uenighet blant de involverte aktørene; og (4) der ønskede atferdsendringer er en del av løsningen [58]. Fra et systemperspektiv, skapes koordineringsproblemer gjennom kombinasjon av spesialisering (som er en forutsetning for profesjonell omsorg og behandling basert på faglig ekspertise), separat organisering og gjensidige avhengigheter som er ikke-sekvensielle (det vil si at utfordringene ikke kan løses hver for seg, en om gangen). Resultatet kan være både "underlapping" – pasient/bruker/familie faller mellom to (eller flere) stoler som resulterer i udekte hjelpebehov – eller "overlapping" – pasienten/brukeren/familien blir fanget i organisatorisk/faglig uenighet om perspektiver og mål [59]. Uten denne usikkerheten rundt problem og løsninger og den gjensidige avhengigheten kan omsorgsutfordringen være komplisert, dvs. involvere mange komponenter/tjenester, men er i hovedsak "tamt" (det har en kjent løsning og kan deles opp og løses i sine enkeltheter). På et systemnivå krever "uregjerlige problemer" en bred systemisk respons, som går på tvers av fag-, tjeneste- og organisasjonsgrenser. På individnivå er hvert "uregjerlig problem" i hovedsak unikt [60], og krever derfor personsentrerte tilnærminger. WHO beskriver personsentrert omsorg som «*the ability to create the conditions for coordinated care centred on the needs of individuals and their families and reflecting their values and preferences, along the continuum of care and over the life course*» [61].

1.9.2 Kompleks intervensjon

Veilederen og pilotprosjektet svarer på behovet for en personsentrert tilnærming til personer med store og sammensatte behov. En personsentrert tilnærming brukes ofte synonymt med "Integrated care" som er en verdensomspennende trend når det gjelder innovasjon i organisasjonsformer og reformer av helsesystemer [62]. Project Integrate Framework [63] gir en evidensbasert forståelse av hoveddimensjoner og elementer i integrerte helse- og omsorgstjenester knyttet til vellykket implementering. Rammeverket gir en standardisert beskrivelse av integrerte tjenester som kan danne referanse for vurdering av ulike intervensjoner/programmer mv. Rammeverket identifiserer i alt 40 elementer fordelt på sju hoveddimensjoner (personsentrerte tjenester, klinisk integrasjon, profesjonell integrasjon, organisatorisk integrasjon, systemintegrasjon, funksjonell integrasjon og normativ integrasjon). De sju dimensjonene finnes også igjen i et annet mye brukt rammeverk, regnbuemodellen for integrert omsorg [64]. Anbefalingene i veilederen har sitt motstykke i ett eller flere av elementene i de sju dimensjonene i Project Integrate Framework, se Tabell 1.1²⁴.

24 <https://www.projectintegrate.eu.com/wp-content/uploads/2017/04/The-Project-Integrate-Framework-TOP.pdf>
Egen oversettelse.

Tabell 1.1 Project Integrate Framework.

Dimensjon	Element
Personsentrerte tjenester <i>Perspektiv på å forbedre noens generelle livskvalitet – og ikke fokusere utelukkende på en bestemt tilstand/sykdom – gjennom aktiv deltakelse av tjenestebrukere (pasienter, omsorgspersoner, etc.) som partnere.</i>	1.1 Helsekompetanse: tjenestebrukere og fagpersonell jobber sammen for å innhente og forstå grunnleggende helseinformasjon nødvendig for å ta riktige helsebeslutninger 1.2 Støttet egenomsorg: Tjenestebrukere har myndighet til selv å håndtere og ta beslutninger vedrørende symptomer, behandlinger, fysiske, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige konsekvenser av å leve med langsiktige tilstander og utfordringer 1.3 Støtte til omsorgspersoner (pårørende): omsorgspersoner støttes på en måte som bygger deres evne til å ta vare på og håndtere byrden av deres omsorgsrelasjoner 1.4 Delt beslutningstaking: Tjenestebrukere er aktivt involvert i beslutninger om tjenestetilbud 1.5 Delt omsorgsplanlegging: tjenestebrukere er aktivt involvert i å etablere en helhetlig omsorgsplan 1.6 Tjenestebrukere støttes til å gi jevnlig tilbakemeldinger om kvalitet og kontinuitet i tjenestene 1.7 Tjenestebrukere har tilgang til egne helsejournaler
Klinisk integrasjon <i>Dette viser til hvordan helse- og omsorgstjenestene er koordinert og/eller organisert rundt behovene til brukerne av tjenesten.</i>	2.1 Omsorgspersonell jobber sammen for å gjennomføre behovsvurderinger og planlegging 2.2 Navngitte koordinatører sikrer kontinuitet i oppfølging av tjenestebrukere over tid 2.3 Koordinering mellom fagpersonell muliggjør sømløse tjenesteoverganger for brukere på tvers av tjenesteområder 2.4 Fagfolk jobber sammen for å proaktivt administrere behovene til definerte tjenestebrukergrupper (f.eks. saksbehandling (case management) med presise inklusjonskriterier) 2.5 Det er en dør inn for tjenestebrukere når de får tilgang til flere tjenester fra forskjellige fagfolk/leverandører (sentralisering av henvisninger) 2.6 Frivillige og lokalsamfunnet er aktivt involvert i å koordinere omsorg rundt folks behov 2.7 Partnere i omsorgen følger definerte tjenesteforløp (care pathways) for å hjelpe til med å forstå og styre prosessen med omsorgsintegrasjon
Profesjonell integrasjon <i>Dette refererer til eksistensen og promoteringen av partnerskap mellom fagfolk for å jobbe sammen (f.eks. i team).</i>	3.1 Fagfolk anerkjenner og utøver delt ansvar for resultater 3.2 Det finnes formelle avtaler som støtter samarbeid mellom tjenestene 3.3 Omsorgspersonell arbeider i tverrfaglige eller tverrfaglige team med avtalte roller og ansvar 3.4 Fler- og tverrfaglig opplæring og utdanning støttes kontinuerlig 3.5 Fagpersonell har en langsiktig forpliktelse til å lede, utvikle og levere integrert omsorg i samarbeid med andre
Organisatorisk integrasjon <i>Dette refererer til hvordan tjeneste kommer sammen for å levere tjenester på en sammenhengende måte på tvers av organisasjoner.</i>	4.1 Tjenesteorganisasjoner som deltar i integrert omsorg, bruker et felles sett med mål og indikatorer for å overvåke resultater og utførelse 4.2 Det finnes felles insentiver (delt gevinst) mellom tjenesteorganisasjoner for å støtte tjenesteintegrasjon 4.3 Omsorgsorganisasjoner engasjerer regelmessig personalet i prosess med felles læring og kontinuerlig kvalitetsforbedring 4.4 Omsorgsorganisasjoner har felles strategiske mål og nedtegnet retningslinjer og/eller prosedyrer for å fremme integrert omsorg (interorganisasjonsstrategi) 4.5 Omsorgsorganisasjoner har delt styrings- og ansvarlighetsmekanismer for å sikre at de formelt er gjensidig avhengige å levere integrert omsorg
Systemintegrasjon <i>Dette refererer til hvordan omsorgssystemet gir en muliggjørende plattform for integrert omsorg, for eksempel gjennom samkjøring av sentrale systemiske faktorer (f.eks. finansieringsmekanismer, regulering).</i>	5.1 Omsorgssystemet bruker et sett med felles mål og resultater for å overvåke og vurdere utførelse 5.2 Omsorgssystemet tilpasser regelverket sitt til målene for integrert omsorg 5.3 Omsorgssystemet har finansierings- og insentivordninger som direkte fremmer integrert omsorg 5.4 Nasjonal/regional politikk støtter og fremmer proaktive multisektorielle partnerskap og personsentrert omsorg 5.5 Omsorgssystemet har investert i tilstrekkelig arbeidsstyrke når det gjelder antall, kompetanse og fordeling av nøkkelpersonell til å støtte målene for integrert omsorg 5.6 Alle interessenter (f.eks. tjenestebrukere, fagfolk, ledere) er aktivt involvert i utforming, implementering og evaluering av integrerte omsorgsprogrammer og politikker
Funksjonell integrasjon <i>Dette refererer til kapasiteten til å kommunisere data og informasjon effektivt innenfor et integrert omsorgssystem.</i>	6.1 En enhetlig pasient-/brukeridentifikasjon som deles mellom de ulike tjenesteorganisasjonene 6.2 Kommunikasjonen av data og informasjon mellom fagpersonell og tjenestebrukere er effektiv 6.3 Beslutningsstøttesystemer er tilgjengelige og fremmer felles beslutningstaking mellom fagfolk og tjenestebrukere 6.4 Delte bruker-/pasientjournaler (f.eks. én elektronisk pasientjournal) gjør at data og informasjon kan deles for flere formål (f.eks. behovsvurdering, resultatstyring og evaluering)
Normativ integrasjon <i>Dette refererer til i hvilken grad ulike partnere i omsorgsutøvelsen har utviklet og deler en felles referanseramme (f.eks. visjon, normer, verdier) om integrerte tjenester.</i>	7.1 Eksistensen av en kollektiv visjon om personsentrert, helhetlig omsorg (dvs. ikke sykdomsentrert) 7.2 Felles praksis som vektlegger befolkningshelse med sikte på å forbedre tilgang og brukeropplevelser i tillegg til utfall for spesifiserte populasjoner 7.3 Å bygge oppmerksomhet om og tillit til integrerte tjenester i lokalsamfunnet 7.4 Ledere med en klar og felles visjon om integrert omsorg 7.5 Alle interessenter (f.eks. fagpersoner, ledere av organisasjoner, tjenestebrukere) deler en klar visjon om integrert omsorg 7.6 Partnere i omsorg har høy grad av tillit til hverandre og til deres evne til å levere effektiv omsorg gjennom samarbeid

Implementering av veilederen kan best karakteriseres som en kompleks intervensjon [65]. Intervensjonen retter seg mot alle typer brukere med store og sammensatte behov og omfatter alle fagprofesjoner og tjenester som er involvert i oppfølging av brukerne og deres pårørende, og berører ledelse og ansatte på alle nivåer. Det er mange elementer som skal implementeres, med høy grad av interaksjoner med hverandre og med eksisterende tjenestesystem og praksis, høy grad av variabilitet i kontekst og høy grad av fleksibilitet i implementering. Piloten er en betydelig mer kompleks intervensjon enn mange intervensjoner som retter seg mot enten en avgrenset brukergruppe, en avgrenset tjeneste, eller et avgrenset element i en tjenestepraksis.

1.9.3 Kompleks evaluering

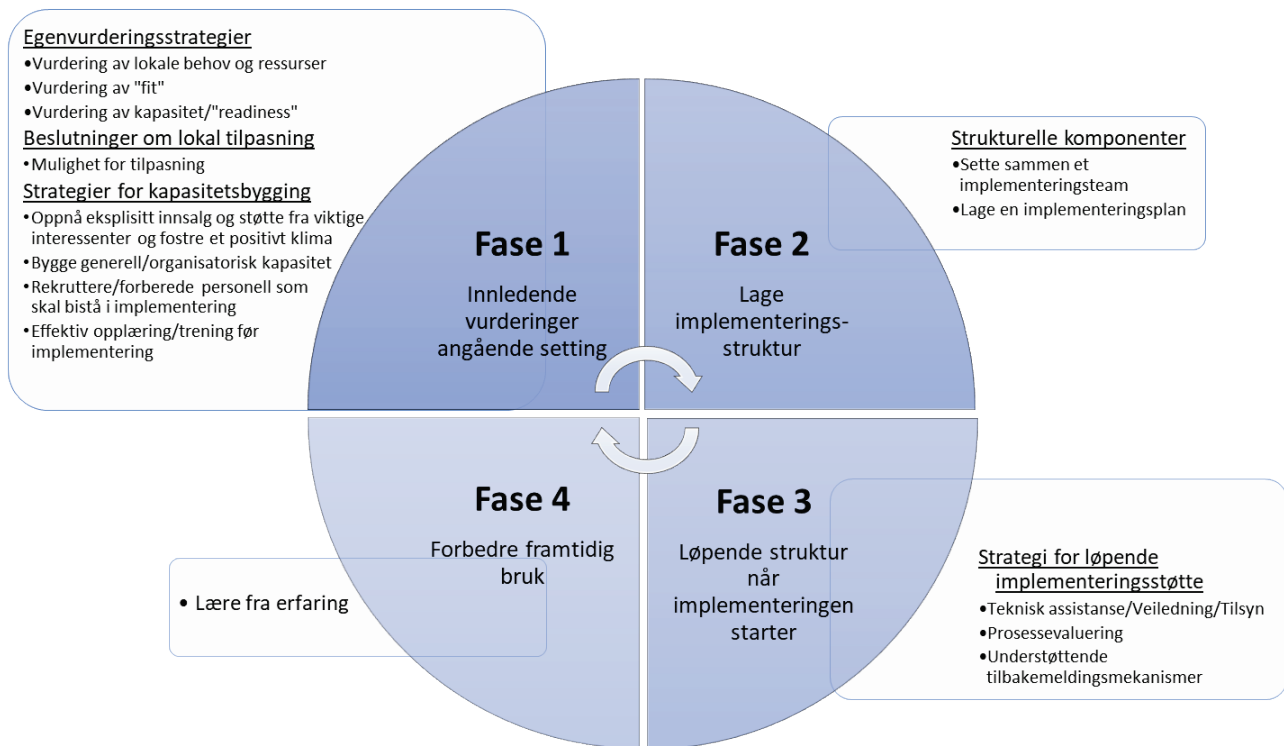
Komplekse intervensjoner innebærer at det ikke er lineære årsaks-/virkning-sammenhenger, og krever at man tar et systemperspektiv og analyserer og tolker implementering og resultater utfra kjennetegn ved setting og kontekst, altså hvor implementeringen finner sted og i hvilke omgivelser [66, 67]. Kompleksiteten i både brukerbehov, i tjenestesystemet og i selve intervensjonen, samt at evalueringen både skal beskrive og analysere implementeringsprosess og resultater i seks pilotkommuner, tilsier en fleksibel tilnærming i evalueringen. Evalueringen skal også danne utgangspunkt for å støtte andre kommuner i implementering av veilederen.

Implementeringsforskning handler om å identifisere faktorer som gir kunnskap om sannsynligheten for vellykket implementering, og utvikle strategier for å oppnå en vellykket implementering, og er et omfattende felt med mange teoretiske tilnærminger [68]. Vi vil ta inn elementer fra ulike tilnærminger og rammeverk som bidrar til å forstå implementeringen av veilederen i pilotkommunene. Nilsen [68] skiller blant annet mellom teorier/modeller/rammeverk hvor hensikten er å beskrive og/eller veilede prosess med å oversette forskning til praksis, altså fokus på hvordan implementere (prosess); teorier/modeller/rammeverk som har som hensikt å forstå og/eller forklare hva som påvirker implementeringsresultater, herunder ulike klassiske teorier innen psykologi, sosiologi og organisasjonsforskning, determinantrammeverk og implementeringsteorier som har som hensikt å bidra til å forstå og/eller forklare ulike aspekter ved implementering (determinanter); og evalueringsrammeverk som bidrar med struktur i evaluering (evaluering). Selv om evalueringsrammeverk kan betraktes i en egen kategori, brukes ofte prosess- og determinant-teorier/modeller/-rammeverk til evalueringsformål fordi de spesifiserer konsepter og sammenhenger som kan operasjonaliseres, måles og analyseres. Nedenfor beskriver vi sentrale elementer og faktorer for vellykket implementering som vi trekker på i presentasjon og diskusjon av status i implementering av pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam etter tre år. Vi tar utgangspunkt i flere rammeverk som ofte er brukt i implementeringsforskning og evaluering, og som til sammen dekker opp de viktigste dimensjonene, domenene, elementene og determinantene for å analysere og forstå implementeringen av veilederen i pilotkommunene.

1.9.3.1 Prosess: implementeringsfaser

Prosessmodeller bidrar med et rammeverk for ulike steg eller faser i en implementeringsprosess som kan danne referanseramme for å vurdere stegene i implementeringen av piloten i kommunene. For eksempel peker *The Quality Implementation Framework (QIF)* [69], se Figur 1.2, på dynamisk samspill mellom ulike faser, og understreker viktigheten av nøye og bevisst planlegging spesielt i de tidlige fasene. De innledende fasene omfatter blant annet, i første fase, *egenvurdering* med hensyn til lokale behov og ressurser, beslutninger om *lokal tilpasning* og *strategier for kapasitetsbygging*, og trening og innsalg før implementering, og i neste fase, *lage implementeringsstruktur* (prosjektgruppe og -plan). Deretter følger en fase med strategier for fortløpende *implementeringsstøtte* etter at implementeringen starter og en påfølgende fase med *læring fra erfaring*. I piloten vil dette omhandle både prosessen som Helsedirektoratet har gjennomført overfor pilotkommunene og prosessen i den enkelte pilotkommunen. Hvordan

implementeringen skjer i praksis vil typisk avhenge av mange ulike faktorer, inkludert lokale ressurser og kontekst, jfr. determinanter.

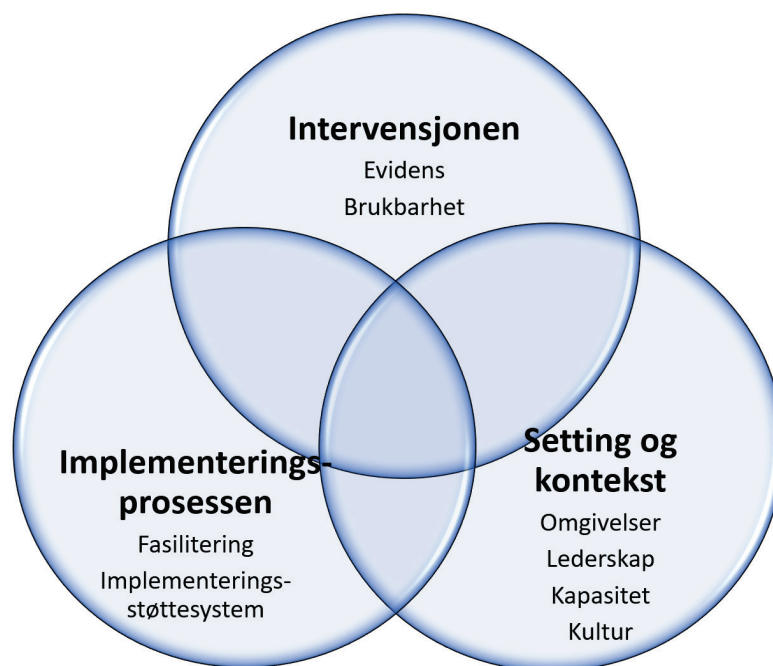


Figur 1.2 The Quality Implementation Framework. Basert på figur 2 i Meyers mfl. [69].

Fase-tilpassede implementeringsaktiviteter er ett av fem hovedelement for vellykket implementering i *Active Implementation Frameworks (AIFs)* [70, 71]. AIFs identifiserer også fire faser med en litt annen inndeling (utforskning, innstilling, initial implementering og full implementering), men som inneholder mange av de samme elementene som QIF. Første steg i implementeringsprosessen med utforskning av mulige intervensjoner (tjenestepraktiser), for best mulig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, var allerede gjort av Helsedirektoratet. Vi vurderer ikke dette annet enn å vise til at anbefalingene i veilederen er i tråd med evidensbasert prinsipper for integrerte eller personsentrerte tjenester som drøftet over.

1.9.3.2 Determinanter: faktorer som påvirker implementeringen

Det dreier seg om å identifisere og forstå faktorer og mekanismer som påvirker resultatene av implementeringen, herunder faktorer som fremmer eller hemmer implementering. *PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services)* [72], et av de mest siterte implementeringsrammeverkene [73], viser til at vellykket implementering er funksjon av samspill mellom tre nøkkeldeterminanter: 1) evidens, 2) kontekst og 3) fasilitering. Dette er elementer som går igjen i implementeringslitteraturen, om ikke med eksakt samme inndeling og innhold. Mer generelt kan dette beskrives som kjennetegn ved intervensjonen, kjennetegn ved implementeringsprosessen og kjennetegn ved setting og kontekst, jfr. Figur 1.3. Er det lav skår på en dimensjon bidrar det til å svekke effekten, mens en høy skår på en dimensjon bidrar til å styrke effekten av intervensjonen. Implementeringsstrategien bør tilpasses hvordan organisasjonen er skodd før implementering.



Figur 1.3 Tre hovedkategorier av determinanter.

1.9.3.2.1 Kjennetegn ved intervensjonen: evidens, brukbarhet

Det dreier seg om kvaliteten på forskningsevidensen som danner grunnlag for intervensjonen, graden av konsensus blant profesjonene og i hvilken grad brukere/pasienter har vært involvert. Kjennetegn ved intervensjonen (brukbarhet) er også ett av hovedelementene i AIFs [70]. Dette innebærer at intervensjonen må være klart definert, beskrevet og forstått, herunder en klar beskrivelse av essensielle funksjoner og mekanismer. Dette er nødvendig for at intervensjonen er mulig å lære bort (formidle og forstå), er gjennomførbar og mulig å vurdere/evaluere. Durlak og Dupre [74] sin oppsummering av faktorer som påvirker implementering viser også til kjennetegn ved intervensjonen som kompatibilitet (i hvilken grad den passer med organisasjonens mål, prioriteringer og verdier) og mulighet for tilpasning til tjenesteutøvernes preferanser, praksis, behov, verdier og kulturelle normer.

1.9.3.2.2 Kjennetegn ved prosessen: Fasilitering, implementeringsstøttesystem

Fasilitering er kjennetegn ved implementeringsprosessen og beskriver hvilken type støtte som kreves for å hjelpe folk til å endre holdninger, vaner, ferdigheter og måter å tenke og arbeide på. Dette kan knyttes til system for implementeringsstøtte som omfatter et velfungerende system for opplæring og beslutningsstøtte [74]. I AIFs er dette listet opp blant implementeringsdrivere (nødvendige elementer som fremmer endring i praksis, organisasjon og system). Mer spesifikt blant *organisatoriske drivere*, som omhandler nødvendig systemer, beslutningsstøtte og administrativ fasilitering, og *kompetanse* som omfatter seleksjon, trening og veiledning av ansatte (tjenesteutøvere og veiledere). Et annet hovedelement i AIFs er et implementeringsteam som er ansvarlig for å sørge for gjennomføring.

1.9.3.2.3 Kjennetegn ved setting og kontekst: lederskap, kapasitet, kultur, utøvere, brukere, omgivelser

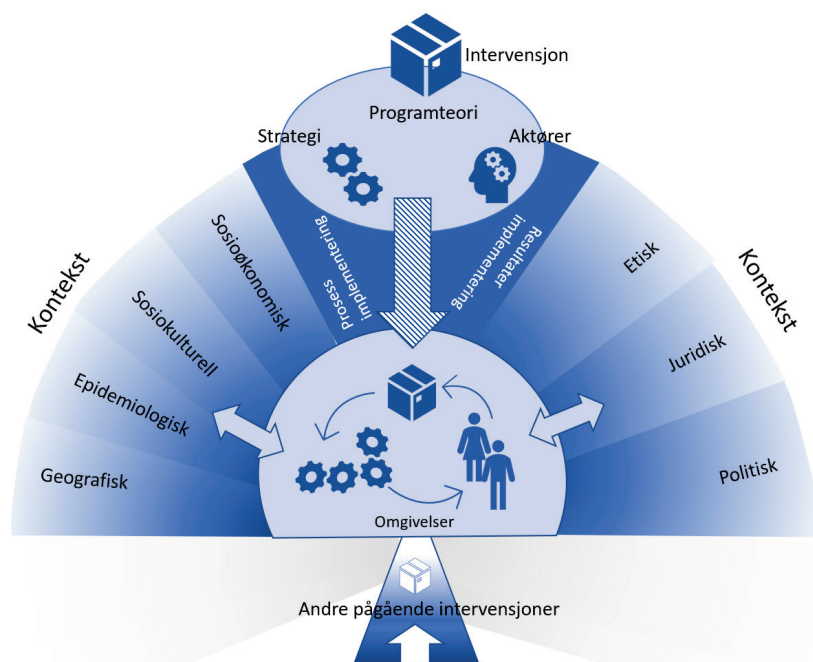
Kontekst er et begrep som gis ulik definisjon og innhold i litteraturen. Kontekst brukes ofte synonymt med setting eller omgivelser, og omfatter både statiske (for eksempel fysiske omgivelser) og dynamiske aspekter (for eksempel roller og relasjoner) [67]. I PARiSH er kontekst den tredje nøkkeldeterminanten og kjennetegner miljøet eller settingen som den foreslåtte endringen skal gjennomføres innenfor.

Kontekst innbefatter blant annet lederskap, herunder klarhet i roller, effektivt samarbeid og effektive organisasjonsstrukturer. *Lederskap* er også den tredje hoveddriveren i AIFs og viser til at lederne bruker de rette, tilpassede strategiene for å adressere ulike typer utfordringer. I Durlak og Dupre er ledelse et av flere kjennetegn på *organisatorisk kapasitet*. Andre kjennetegn ved organisatorisk kapasitet, som også hører inn under lederansvaret å bidra til, er generelle organisatoriske faktorer (som for eksempel positivt arbeidsklima, normer vedrørende endring, felles visjoner og åpenhet for å integrere ny praksis); spesifikke praksiser og prosesser (delt beslutningstaking, koordinering og samhandling med andre tjenester, kommunikasjon, oppgaveformulering); og spesifikke hensyn vedrørende personalet (interne ildsjeler, leder-/administrativ støtte, samt lederskap). Dette harmonerer med PARIHS hvor også organisasjonskultur defineres som en del av konteksten. Måling og feedback er også nevnt som kontekstfaktor i PARIHS og dette er også en av hovedelementene i AIFs. Å legge til rette for jevnlig og adekvat feedback gjennom implementeringsprosessen er også kjennetegn ved fasilitering og er en driver i implementeringen.

Durlak og Dupre [74] har *utøverkjennetegn* som en hovedgruppe av faktorer som påvirker implementeringen. De peker på viktigheten av opplevd behov for intervensjonen, opplevd nytte av intervensjonen, selvvurdert evne til å gjøre det som er forventet, og å ha nødvendige ferdigheter. Individnivået er også et egen domene i *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* [75], som er laget ut fra en syntese av ulike implementeringsteorier. Individnivået omfatter både tjenesteutøvere, brukere i målgruppen og andre berørte enkeltpersoner. Individu er bærere av kulturelle, organisatoriske, profesjonelle og individuelle tankesett, normer, interesser og tilknytninger som har konsekvenser for implementeringen [75].

Selv om kontekst er anerkjent som viktig for implementering er kontekst ofte definert ut fra organisasjon, jfr. definisjonen av kontekst i PARIHS og indre setting i CFIR, heller enn et bredere systemperspektiv [67]. Durlak og Dupre [74] peker på mer systemorienterte faktorer som finansiering, politikktutforming og politikktutøvelse. CFIR har også med ytre setting, det vil si den økonomiske, politiske og sosiale konteksten der organisasjonen opererer, som et eget domene (i tillegg til indre setting, kjennetegn ved individene som er involvert, kjennetegn ved intervensjonen og implementeringsprosessen).

Et rammeverk som er tilpasset komplekse intervensjoner og som spesielt løfter fram kontekst er *the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI)* [67], se Figur 1.4. I CICI gjenspeiler *kontekst* et sett med egenskaper og omstendigheter som består av aktive og unike faktorer som implementeringen er en del av. Kontekst er mer enn et bakteppe for implementering, men samhandler, påvirker, modifierer, letter eller begrenser gjennomføring. Kontekst er et overordnet begrep som også omfatter roller, interaksjoner og relasjoner på flere nivåer. Kontekstdimensjonen i CICI er inndelt i syv domener (geografisk, epidemiologisk, sosiokulturell, sosioøkonomisk, etisk, juridisk og politisk). Implementering refererer i CICI til en aktivt planlagt og bevisst igangsatt innsats med den hensikt å bringe en gitt intervensjon inn i politikk og praksis innenfor en gitt setting. Disse handlingene utføres av aktører (individer, grupper og organisasjoner involvert) som enten aktivt fremmer bruken av intervensjonen eller tar i bruk de de nye tiltakene. Vanligvis, innebærer dette en strukturert gjennomføringsprosess med bruk av spesifikke implementeringsstrategier og underbygget av en programteori (referer til implisitte og eksplisitte ideer om hvordan intervensjonen virker og inkluderer de overordnede målene for intervensjonen). Interaksjonene mellom implementering, setting og kontekst kan skje på mikronivå (individnivå), mesonivå (gruppe/organisasjon) eller makronivå (overordnet systemnivå). CICI-rammeverket peker også på at intervensjonen (man studerer) kan understøttes av eller motvirkes/-motarbeides av andre intervensjoner som skjer uavhengig, men som er rettet mot samme setting/tjenester og målgruppe.



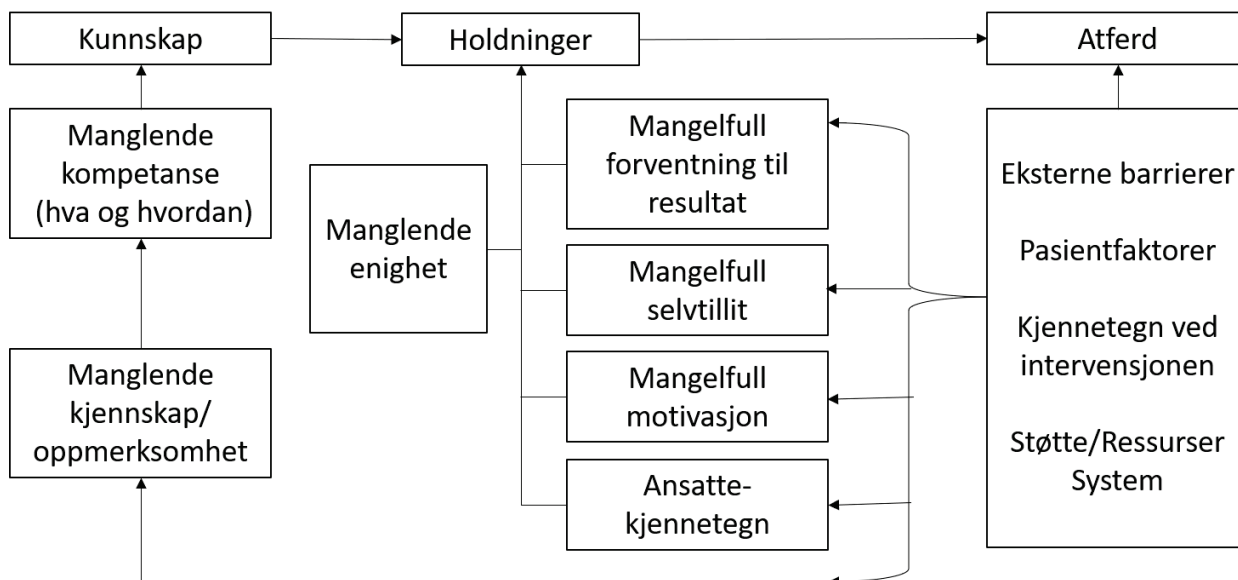
Figur 1.4 Context and Implementation of Complex Interventions (CICI). Basert på Pfadenhauer mfl. [67]

1.9.3.2.4 Barrierer

Faktorer som fremmer implementering, finner sitt motstykke i faktorer som hemmer implementering. Cochrane mfl. [76] identifiserer sju hovedkategorier av barrierer for implementering av evidensbasert praksis i helsetjenesten:

- Kognitive/atferdsmessige barrierer: mangel på kunnskap, bevissthet, faglig dyktighet, eller vurderingsevner.
- Holdningsmessige eller rasjonell-emosjonelle barrierer: mangel på selvtillit og tro på egen kompetanse og egne evner, manglende tro på resultater/effekter, mangel på følelse av autoritet.
- Profesjonelle barrierer: alder, erfaring, kjønn, mangel på motivasjon, individuelle egenskaper, bekymring for juridiske spørsmål, profesjonell grenser/profesjonell rigiditet, mangel på passende påvirkninger fra jevnbyrdige eller aksepterte modeller.
- Barrierer i evidensen: mangel på praktisk tilgang, mangel på forståelig struktur, mangel på nytte, mangel på lokal anvendelighet, mangel på overbevisende bevis.
- Pasientbarrierer: pasient kjennetegn (konfliktkultur, utdanning, kognisjon og holdninger), mangel på etterlevelse.
- Barrierer relatert til støtte eller ressurser: mangel på støttesystem, mangel på menneskelig og materielle ressurser, mangel på økonomiske ressurser eller finansiering, mangel på tid
- System- og prosessbarrierer: mangel på organisering og struktur, manglende harmoni med helse- og tilsynssystemer, mangel på henvisningsprosess, mangel på balanse mellom arbeidsbelastning og utfall, mangel på struktur for teamarbeid og etikk.

Flere av disse barrierene handler om ledere og lederskap. Kognitive/adferdsmessige barrierer kan også gjelde ledere på ulike nivå. Barrierer knyttet til støtte eller ressurser og system- og prosessbarrierer faller inn under lederansvar på alle nivå. Som vist i Figur 1.5 kan barrierene grupperes sekvensielt etter om de dreier seg om kunnskap, om holdninger eller om atferd. Figuren illustrerer også gjensidig påvirkning mellom faktorene.



Figur 1.5 Implementeringsbarrierer. Basert på figur 1 i Cochrane mfl. [76].

1.9.3.3 Programintegritet og tilpasning, effekt og verdi

En sentral del av en evaluering er å måle og vurdere oppnådde resultater og effekter, sett opp mot forventede effekter og målsettinger. I en enkel intervensjon kan de ulike komponentene i intervensjonen separeres. Med en enkel lineær årsaksmodell vil effekt være en lineær funksjon av tiltak, og manglende effekt vil da være indikasjon på mangelfull iverksetting av komponentene i henhold til beskrivelsen av intervensjonen (programmet), altså manglende programintegritet eller -troskap/etterlevelse (fidelity). Standardisering er en måte å sikre høy kvalitet og etterlevelse i implementering, og gjør det mulig å separere effekt av intervensjonen fra andre faktorer. I en enkel (men gjerne komplisert) intervensjon vil en forvente samme resultat uavhengig av setting eller kontekst. Lokal tilpasning kan da ses som å stå i motstrid til programintegritet, tilpasning gjør at etterlevelse reduseres og dermed reduseres også intern validitet. I komplekse intervensjoner der det er et samspill mellom komponentene i intervensjonen og setting/kontekst kan det derimot tenkes at tilpasning til lokal kontekst øker programintegriteten, fordi tilpasning tillater intervensjonen å fungere i nye kontekster. I komplekse intervensjoner kan standardisering av programkomponenter bidra til at de forventede resultatene uteblir [77].

Komplekse intervensjoner tilsier standardisering gjennom funksjon og prosess heller enn standardisering gjennom form. De faste aspektene ved intervensjonen er da de essensielle funksjonene, mens de variable aspektene er hvilken form de tar i ulike kontekster [77, 78]. Troskap til intervensjonen handler da på organisasjonsnivå om intensjon, tilrettelegging og ressurser og på utøvernivå om formidling, forståelse og å arbeide i henhold til intensjonen. Med et systemperspektiv som fokuserer på dynamiske egenskaper ved konteksten kan intervensjoner ses på som en hendelse i et system som leder til framvekst av nye strukturer av samhandling og nye felles forståelsesgrunnlag [79].

Behovet for tilpasning av intervensjonen kan ligge på systemnivå, organisasjonsnivå, tjenesteutøvernivå og bruker-/pasientnivå. For eksempel kan en stor kommune med en stor kompleks organisasjon og mange ansatte og brukere ha andre behov for tilpasning, enn en liten kommune med en enkel og oversiktlig organisasjon. Organisasjoner som har få ressurser kan ha andre behov for tilpasning enn organisasjoner med mange ressurser. Behovet for tilpasning kan variere med personlige egenskaper og kompetanse på

utøvernivå. Likeledes kan behovet for tilpasning være forskjellig for ulike brukere etter grad av kompleksitet i behov eller livssituasjon.

Implementeringsstrategier er viktig for å sikre at implementeringen er godt tilpasset lokal kontekst [80]. Det vil si at effekt av intervensjonen, i tråd med implementeringslitteraturen, kan ses som produkt av intervensjonen, konteksten (på system-, organisasjons-, utøver- og bruker-/pasientnivå) og implementerings-strategien [80]. Implementeringsstrategier kan optimalisere effekten av intervensjonen både ved å tilpasse intervensjonen til kontekst, men også å tilpasse ytre system eller indre organisatorisk kontekst til intervensjonen. Mens det i det første tilfellet er snakk om å gjøre tilpasning av intervensjonen (for eksempel å ha "spesialiserte koordinatorene" for noen brukere med spesielt komplekse behov), er det i sistnevnte tilfelle snakk om å sikre programintegriteten (for eksempel å styrke koordinerende enhet). For at implementeringsstrategiene skal være realistiske og ha gjennomslagskraft må de være forankret i ledelsen på alle nivå i organisasjonen.

Evaluerings av komplekse intervensjoner omfatter mer enn å spørre om intervensjonen fungerer, i betydningen å oppnå det tiltenkte resultatet (effekt), men søker å besvare et bredt spekter av spørsmål; som bi-effekter eller utilsiktede effekter, vurdering av verdi som genereres i forhold til ressursinnsats, hvordan intervensjonen virker (og for hvem) i samspill med kontekst og implementeringsstrategi, peke på viktige usikkerhetsmomenter, hvordan intervensjonen bidrar til systemendring, hvordan den kan forbedres og hvordan erfaringene kan støtte implementering i andre settinger [78]. En konsekvens av dette er å endre fokus fra effekt til hvilken verdi intervensjonen skaper på ulike nivå og for ulike aktører [80]. Verdi reflekterer da (en optimalisering av sammensetning av) resultater og verdi for bruker/pasient, tjenesteutøver, organisasjon og system. Verdi på systemnivå kan være å bedre befolkningens helse og bidra til mer bærekraftig helse- og velferdssystem. På organisasjonsnivå kan det handle om å optimalisere tjenestesammensetning og redusere kostnader. På utøvernivå kan verdi handle om å arbeide i henhold til profesjonell etikk eller få en mer meningsfull arbeidsdag. For bruker/pasient kan verdi handle om bedre helse, om å fungere bedre i dagliglivet og om økt livskvalitet. Det å vurdere hvor vellykket intervensjonen har vært handler da ikke bare om å oppnå (betydelig) effekt på alle oppsatte utfallsmål, men å skape verdi på ulike nivå, for alle involverte interessenter. En slik tilnærming er i tråd med dreining mot økt fokus på verdi i helsetjenestene og å oppnå "quadruple aim" (bedre brukernes erfaring med tjenestene, bedre folkehelsen, redusere kostnadsnivået og bedre arbeidshverdagen til tjenesteutøverne), som danner grunnlag for reformer i helsesystemer rundt om i verden [81, 82]. Størrelse på effekter på individnivå er ikke alltid beste indikasjon på oppnådd verdi. En intervensjon som viser en liten effekt på individnivå, men som når mange, kan ha oppnådd større verdi enn en intervensjon som viser stor effekt, men som har nådd få.

Fokus på tilpasning til kontekst på alle nivå, fra system til bruker/pasient, innebærer også at man tar en personsentrert tilnærming, hva fungerer for hvem og når [80]. Dette er essensen i intervensjonen i piloten: å sørge for god oppfølging av brukere med store og sammensatte behov eller som står i fare for å utvikle behov, med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte bruker/pasient og deres pårørende.

1.9.4 Oppsummering

Veilederen og pilotprosjektet svarer på behovet for en personsentrert tilnærming til personer med store og sammensatte behov. Piloten kan best beskrives som en kompleks intervensjon hvor oppnådd resultat er avhengig av samspill mellom kjennetegn ved intervensjonen, konteksten som intervensjonen implementeres i og implementeringsstrategien.

Det finnes mange ulike modeller/teorier og rammeverk for å forstå faktorer som bidrar til vellykket implementering. Det er stor grad av overlapp i hva som er de viktigste determinantene, selv om termer og kategoriseringer for å beskrive dette varierer. Oppsummert så handler det altså om:



- Kjennetegn ved intervensjonen, herunder styrke på evidens, hvor lett intervensjonen kan formidles og forstås, i hvilken grad intervensjonen er i overenstemmelse med organisasjonens mål og kultur og hvor lett den kan innpasses i eksisterende praksis.
- Kjennetegn ved kontekst, herunder kjennetegn ved sluttbrukerne (for eksempel type behov, grad av kompleksitet i behov), kjennetegn ved utøverne/de som skal ta i bruk intervensjonen (for eksempel kompetanse, holdninger og motivasjon, som tro på intervensjonen og på egne ferdigheter), kjennetegn ved organisasjonen (ledelse, ressurser, organisering, klima for endring, eksisterende praksiser og samhandlingsmønstre), og kjennetegn ved ytre setting og systemet som organisasjonen er en del av (for eksempel sosioøkonomiske kjennetegn, kommunestørrelse, næringsliv og frivillighet).
- Kjennetegn ved implementeringsprosessen, det vil si strategien eller andre virkemidler for å lette implementeringen (for eksempel ledelsesforankring, implementeringsteam, implementeringsplan og tilpasning til lokal kontekst, system for støtte, opplæring, veiledning og trening, og tilbakemelding).

Implementeringsstrategien skal sørge for tilpasning av kontekst til intervensjonen og intervensjon til kontekst, på bruker-/pårørendenivå, tjenesteutøver-, organisasjons- og systemnivå. For å oppnå personsentrert tilnærming i tjenestepraksis kreves også en persontilpasset implementering av piloten.

2 Design, metode og datamateriale

2.1 Problemstillinger for evalueringen

Piloten handler i stor grad om å få etablert strukturer og system for tidlig identifisering av brukere med behov for oppfølging, samt etablering av oppfølgingsteam som arbeidsform i alle tjenester og økt brukermedvirkning i tjenestene. Piloten skal bidra til en tydeliggjøring av koordinatorrollen og hva denne innebærer. I oppdragsdokumentene oppgav Helsedirektoratet følgende problemstillinger for evalueringen:

1. Undersøke effekten for brukere med store og sammensatte behov av de samlede tiltak som gjennomføres på funksjon, mestringsevne, opplevd kvalitet, forbruk av kommunale- og spesialisthelsetjenester.
2. Undersøke effekten av de samlede tiltakene på ressursbruk og økonomiske konsekvenser, og vridningseffekter for primær- og spesialisthelsetjeneste som er involvert i piloten.
3. Undersøke og beskrive erfaringen til de ulike aktørene i piloten ved iverksetting av tiltakene i piloten når det gjelder
 - brukerinvolvering av pasienter/brukere som tilbys oppfølgingsteam
 - om de rette pasientene/brukerne identifiseres
 - bruk av tverrfaglig kompetanse i alle faser av tjenesteforløpet
 - kommunens tilrettelegging av oppfølgingsteam som arbeidsform i tråd med strukturkravene i veileder
 - samhandling mellom aktører innenfor kommunens virksomhet
 - samhandling mellom aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten
 - vridningseffekter
 - bruk av verktøy for risikokartlegging.

2.2 Evalueringsdesign og empirisk tilnærming

For å undersøke effekter og erfaringer av piloten for ulike aktører, og for å forstå hva som bidrar til effektene og erfaringene som ulike aktører gjør seg, skal evalueringen både beskrive og analysere implementeringsprosessen og resultater i de seks pilotkommunene. I beskrivelsen av implementeringsprosessen tar vi utgangspunkt i *Quality Implementation Framework* (QIF) [69] som viser til kritiske steg i de ulike fasene av implementeringsprosessen. I tråd med *Context and Implementation of Complex Interventions* (CICI)-rammeverket, jfr. kapittel 1.9.3, har evalueringen tatt utgangspunkt i at implementering av veilederen skjer på flere nivå og involverer ulike aktører, henholdsvis tjenestemottakere (herunder pårørende), tjenesteutøvere og tjenestesystemet i pilotkommunene, som påvirkes av og påvirker implementeringen. Dette forstås og tilnærmes analytisk som et samspill med kjennetegn ved intervensjonen, implementeringsprosessen og indre setting og ytre kontekst. Som fremhevet i CICI-rammeverket påvirkes implementering av piloten av andre pågående prosjekter og intervensjoner, og vi vil peke på noen av disse i den grad dette har blitt pekt på eller fremhevet av aktørene. Det ligger i kompleksiteten i intervensjon at det ikke har vært mulig å gjøre en grundig analyse av samspill mellom samtidige prosjekter/intervensjoner.

2.2.1 Arbeidspakker

Aktørperspektivet gjenspeiles i organisering av arbeidet i tre hovedarbeidspakker, se Figur 2.1.



Figur 2.1 Organisering av evalueringen i arbeidspakker

Arbeidspakke 1 har fokus på tjenestemottakerne og tar for seg:

- pasient- og brukererfaringer med oppfølgingsteam, herunder bruker- og pårørendemedvirkning, hvordan koordinator, IP og samarbeid i team fungerer, faktorer som hemmer og fremmer god oppfølging
- hvordan brukernes helse og funksjon endres
- hvordan pasient og brukerforløp endres, herunder omfang og sammensetning av tjenestebruk. Har bruker- og pasientsammensetningen blitt endret, bidrar piloten til å utsette behov for tjenester og hindre sykehusinnleggelse.

Arbeidspakke 2 tar for seg tjenesteutøvernes erfaringer på individnivå og på et organisatorisk nivå og fokuserer på temaene:

- identifisering og utredning av behov, herunder hvordan rutiner for identifisering og melding av behov endres og fungerer, hvordan risikokartleggingsverktøyet fungerer, hvordan tverrfaglige utredninger av brukernes behov gjennomføres og hvordan brukermedvirkning sikres
- tverrfaglig teamarbeid, herunder hvordan det tverrfaglige teamarbeidet er organisert og blir gjennomført, hvordan koordinatorrollen og teamarbeidet oppleves, i hvilken grad kommunene har tilrettelagt for oppfølgingsteam som arbeidsform i tråd med strukturkravene i veilederen
- kompetanse, herunder hvordan tverrfaglig kompetanse utnyttes i oppfølging av brukerbehov og teamarbeid, hvordan pilotkommunene tilrettelegger for kompetanseutvikling, læring og veiledning, med spesielt oppmerksomhet på koordinatorrollen og tverrfaglig samarbeid.

Arbeidspakke 3 har et mer overordnet systemperspektiv og tar for seg:

- kommunenes tilrettelegging og styring når det gjelder implementeringen, herunder bakgrunn for deltakelse, forankring, hvordan kommunene tilrettelegger for gjennomføring av piloten og hva er sentrale faktorer som fremmer eller hemmer at kommunene lykkes
- risikobildet, herunder hvordan risikobildet ser ut når det gjelder omfang av personer med store sammensatte behov, og hvordan det endres gjennom pilotperioden, om risikokartleggingsverktøyet greier å identifisere personer med store og sammensatte behov, men som er svake etterspørrere, i hvilken grad det er overlapp mellom de som blir identifisert gjennom kartleggingsverktøyet og de som har tiltak (IP/koordinator)
- samfunnsøkonomisk analyse, herunder hvorvidt kommunenes ressursbruk til helse og omsorgstjenester endres, om bruken av spesialisthelsetjenester reduseres, om det er vridningseffekter mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og hva som er kritiske faktorer for gevinstrealisering.

Som en del av arbeidspakke 3 er det utarbeidet kommuneprofiler som fungerer som referansepunkt i analysearbeidet.

2.2.2 Empirisk tilnærming og metode

Opprinnelig ble det lagt opp til at man først gjennomførte en baseline-kartlegging ved oppstart, som skulle fungere som referanseramme for måling av resultat og effekter. I og med at implementeringen har tatt lenger tid enn forutsatt, og det derfor i begrenset grad er erfaring med arbeid etter nye rutiner og strukturer, er det ikke gjort en evaluering av effekt av helseutfall og tjenesteforløp på brukernivå, heller ikke av utvikling på systemnivå når det gjelder risiko og tjenestebruk. Evalueringen har hittil derfor hatt stor grad av fokus på prosesser knyttet til, og erfaringer med, implementeringen.

Vurdering av teamarbeid både fra tjenesteutøvernes side og fra bruker/pårørende, er basert på erfaringer med teamarbeid gjennom de tre årene med pilot. I og med at implementeringen har tatt tid vil det i mange tilfeller innebære at vi kartlegger erfaringer med team som var i virksomhet før piloten startet eller som er oppnevnt før alle nye rutiner og strukturer er på plass og som utøverne og brukerne refererte til som ansvarsgrupper. Noen team kan ha jobbet nært opp til intensjonene i veilederen også før piloten. I og med at lovverket rundt individuell plan og koordinator ligger til grunn for oppfølgingsteam, og koordinatorrollen har en sentral plass i piloten, har fokus i pilotkommunene både i rekruttering av informanter og prosess i stor grad, spesielt i de første årene, vært knyttet til team for personer som har oppnevnt koordinator. Gjennom prosjektperioden har det blitt mer oppmerksomhet på grupper som i liten grad har hatt individuell plan og koordinator, for eksempel blant eldre brukere og brukere som primært følges opp av de ordinære hjemmetjenestene. Disse kan ha andre koordineringsmekanismer. Å fange opp situasjon, herunder eksisterende koordineringsmekanismer, og utvikling i oppfølging av brukergrupper i pilotkommunene som tradisjonelt ikke har hatt individuell plan og koordinator vil være et viktig element i evalueringen i fortsettelsen.

Det benyttes både kvantitative og kvalitative metoder i evalueringen, herunder registerdataanalyser, kartlegginger og intervju for å besvare problemstillingene. Så langt i evalueringen har vi brukt intervju og spørreskjema-kartlegging. I siste fase av evalueringen skal det også benyttes registerdata for hele den norske befolkningen, som vil gjøre det mulig å evaluere eventuelle effekter av piloten på tjenestebruk på individnivå og i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Intervjuguider og spørreskjema har i stor grad tatt utgangspunkt i veilederen. Så langt har datamaterialet i evalueringen omfattet:

- Intervju med prosjektledere, ledere, koordinatore, fastleger og andre ansatte i ulike tjenester.
- Intervju med brukere og pårørende.
- Spørreskjemaundersøkelse blant ledere, koordinatore og teamdeltakere.
- Materiale innsamlet av Helsedirektoratet, i hovedsak rapportering fra pilotkommunene.

Vi har benyttet semi-strukturerte intervjuguider i gjennomføringen av intervjuene, både for å sikre at alle informantene snakker om alle tema, og for å ha et fleksibelt opplegg der vi åpner for å snakke om det informantene er opptatt av. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert. Det er gjort tematiske analyser der materialet enten har blitt tallkodet eller fargekodet.

2.2.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen har skjedd i flere runder. I tillegg til intervjuene har evaluator vært observatør ved flere anledninger siden oppstart av evalueringen tidlig høsten 2018. I september 2018 deltok vi på Helsedirektoratets første rundreise til pilotkommunene, der evalueringen ble presentert for de ansatte i pilotkommunene for første gang. Vi deltok også på oppstartsseminaret på Lillestrøm i oktober 2018, og på prosjektledersamling med Helsedirektoratet og prosessveiledere (Sopra Steria og Anne Grete Steinsvåg) i november 2018. I desember 2018/januar 2019, i oktober/november 2020 og i oktober/november 2021 gjennomførte vi digitale intervju med prosjektledere, og i flere tilfeller hele prosjektgruppen, i alle pilotkommunene, og vi deltok også på prosjektledersamlinger i 2019 og 2020. Den mest omfattende datainnsamlingen hittil i evalueringen ble gjort i 2019, da vi intervjuet 160 ansatte i tjenestene i tillegg til 38 brukere og pårørende (se tabeller i vedlegg 6.2.2). Det ble gjort nye brukerintervju i alle kommunene igjen i 2021, denne gangen med 31 brukere, hvorav fire ble intervjuet både i 2019 og 2021. Intervjuene med brukere i 2021 ble gjort på Teams. I tidsrommet mars til juni 2021 gjennomførte vi ti Teams-intervju med 11 fastleger i de seks pilotkommunene. I januar 2021 gjennomførte vi en spørreskjema-undersøkelse blant koordinatore, teammedlemmer og ledere.

Nedenfor gir vi en kort gjennomgang av datamaterialet som er samlet inn (i parentes har vi nummerert datamaterialet):

- Beskrivelsen av pilotens oppstartsfase baserer seg hovedsakelig på seks intervju med prosjektleder/prosjektgruppe, desember 2018 og januar 2019 (DM1).
- Kommunebesøk: kvalitative intervju med ledere, ansatte og brukere, vår og høst 2019 (DM2).
- Intervju med prosjektleder/prosjektgruppe, 4. kvartal 2020 (DM3).
- Spørreundersøkelse blant koordinatore, teammedlemmer og ledere om oppfølgingsteam, januar 2021 (DM4)
- Intervju med et utvalg fastleger, vår 2021(DM5).
- Bruker- og pårørendeintervju, vår og høst 2019 og 2021 (DM6).
- Intervju med prosjektleder/prosjektgruppe, 4. kvartal 2021 (DM7).

Datainnsamlingene er nærmere beskrevet i vedlegg 6.2.

2.3 Etikk

Evaluerings design og metodebruk som omhandler intervju, kartlegging og spørreundersøkelser på tjenestenivå ble søkt godkjent hos SINTEFs personvernombud, Norsk senter for forskningsdata (NSD), høsten 2018. NSD har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i tråd med personvernlovgivningen (ref. nr. 223190). Brukerstudien ble søkt forhåndsgodkjent hos REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) i september 2018. I november 2018 fikk vi vedtak fra REK om at komiteen oppfatter at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (ref. 2018/1902). For registerdatastudier som skal gjennomføres senere i evalueringsperioden, ble det også søkt REK som oppfattet at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde. REK innvilget fritak fra lovpålagt taushetsplikt (ref. 95710). NSD har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i tråd med personvernlovgivningen (ref.: 792404).

Vi sendte ut et informert samtykkeskjema med informasjon om prosjektet til prosjektlederne i piloten som skulle rekruttere informanter til intervju. Samtykkeskjema ble signert ved oppmøte til intervju. Det var presisert i informasjonsskjemaet at det var frivilling å delta på intervjuene, og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Intervjuene ble transkribert til tekst og anonymisert i analysefasen. For å ivareta informantenes anonymitet vil det i sitater gjengitt i denne rapporten ikke framgå hvilken kommune utsagnet kom fra.

3 Implementeringsprosess og status etter tre år: resultater og diskusjon

Resultatene hittil i evalueringen må ses i lys av at de seks pilotkommunene hadde svært ulike utgangspunkt for å implementere veilederen ved prosjektstart (se også kommuneprofiler med statistikk i vedlegg 6.1). Variasjonen i organisering, formaliserte rutiner og ansvarsfordeling når det gjaldt koordinering og oppfølging av brukere med store og sammensatte behov var stor, og denne variasjonen har preget hvor langt kommunene har kommet etter tre år i pilotprosjektet. I den ene enden møtte vi en kommune med gode formelle strukturer på plass, og som umiddelbart gikk i gang med en systematisk gjennomgang av eksisterende ansvarsgrupper med tanke på IP og kompetansesammensetning i teamet – og gjøre nødvendige endringer for å oppfylle kravene til oppfølgingsteam. I den andre enden fant vi kommuner med behov for å få etablert helt grunnleggende strukturer for melding av behov og koordinering av tjenester, før de kunne gå videre og jobbe konkret med oppfølgingsteam. Som drøftet i rapportens innledning, kan selv enkle intervensjoner ta tid å implementere, og man kan forvente minst tre til fem års implementeringsarbeid, før innholdet er integrert i organisasjonen [83]. Gitt den komplekse intervensjonen implementering av veilederen er, ispedd kommunesammenslåinger og pandemi med ekstraordinært press på helsetjenestene underveis i prosjektperioden, er det vanskelig å spore endringer på brukernivå i pilotkommunene (jf. resultatene i bruker- og pårørendestudien i kapittel 4). Å forlenge piloten med to år er i så måte et godt grep. Dette gir også kommunene mer tid til å jobbe med full implementering av piloten før overgang til ordinær drift. Ting har tatt tid, men som evaluator ser vi også at det har skjedd en tydelig modning, og mer samstemthet, i hvordan pilotprosjektlederne og deres samarbeidspartnere i kommunen forstår prosjektet, og formidler rundt det etter tre år. I dette kapitlet diskuterer vi hva som har hemmet og fremmet denne prosessen.

Vi strukturerer rapportens resultatdel rundt de fire resultatmålene i piloten, og diskuterer funnene på tvers av datakilder opp mot relevant implementeringslitteratur. Innledningsvis gir vi en beskrivelse og vurdering av implementeringsprosess ut fra rammeverk for vellykket implementeringsprosesser fra implementeringslitteraturen, jfr. kapittel 1.9.3. I hvert av delkapitlene presenterer vi læringspunkter og gode eksempler fra pilotkommunene, som kan være nyttige for andre kommuner som skal jobbe med å forbedre tjenesteleveringen slik at den blir mer i henhold til den nasjonale veilederen.

Evalueringen handler altså både om prosess og resultater. De tre årene i piloten har som nevnt i stor grad handlet om prosesser, og resultatmålene som er tema for denne rapporten er nært knyttet til prosess med å få på plass strukturer og rutiner. Det er derfor vanskelig å sette et klart skille mellom å beskrive og vurdere implementeringsprosessen, som er tema for delkapittel 3.1, og beskrivelse av status på resultatmålene og diskusjon av faktorer som har hemmet eller fremmet implementering, som er tema for de etterfølgende delkapitlene 3.2-3.5. Noe overlapp i tekst og vurdering, samt i læringspunkter, vil derfor forekomme.

3.1 Implementeringsprosessen

I beskrivelse av implementeringsprosessen tar vi utgangspunkt i *Quality Implementation Framework* (QIF) [69], jfr. kapittel 1.9.3.1, som lister opp fire faser og 14 kritiske steg i en implementeringsprosess som bidrar til vellykket implementering. Fase 1 og 2 i QIF tilsvarer *oppstarts- og planleggingsfasen* i Helsedirektoratets faseinndeling, jfr. kapittel 1.3, mens fase 3 og 4 tilsvarer *gjennomføringsfasen* i Helsedirektoratets inndeling. Drøftingen følger inndeling i fire faser, videre inndelt i avsnitt og fjorten punkter.

3.1.1 Fase 1 Innledende vurderinger angående setting

3.1.1.1 Strategi for egenvurdering

1. Vurdering av lokale behov og ressurser

Helsedirektoratet har gjennom utarbeidelse av veilederen foretatt vurdering av hvilke utfordringer som adresseres generelt, hvilke tiltak som best svarer på utfordringene og hvilke tjenester som omfattes. Utarbeidelse av veilederen er ett av flere tiltak i oppfølging av primærhelsemeldingen, Meld.St. nr. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste». Tiltakene i veilederen er forankret i eksisterende lov- og regelverk. Arbeidet med veilederen bygger på anerkjente studier og prinsipper og skjedde med innspill både fra brukergrupper og faglig ekspertise. Som vist i kapittel 1.9.2 er anbefalingene i veilederen i tråd med evidensbasert rammeverk for brukersentrerte tjenester.

Det lokale behovet og ressursene var vurdert av kommunene i og med søknad om deltakelse. De seks pilotkommunene hadde imidlertid forskjellige utgangspunkt og motivasjon for å melde seg på pilotprosjektet. For de fleste kom initiativet fra en del av organisasjonen, som for eksempel koordinerende enhet eller helsetjenesten. Det var også eksempel på at deltakelse hovedsakelig var initiert fra toppledelsen i kommunen. Motivasjonen for å delta var også noe ulik. For eksempel var en kommune allerede godt i gang og ville få enda større trøkk på arbeidet. En annen kommune ville blåse nytt liv i en tidligere satsing som hadde blitt liggende litt brakk. En tredje kommune hadde allerede gjort et større innsiktsarbeid med tanke på implementering av veilederen og hadde avdekket mangler i oppfølging av personer med behov for koordinerte tjenester blant annet knyttet til mangel på gode systemer for etablering og drift av ansvarsgrupper og svikt i samarbeid mellom tjenestene.

Det var et erkjent behov i kommunene for bedre oversikt over brukergruppen, for å fange opp behov tidligere, for bedre samarbeid mellom tjenestene og mellom tjenesteutøvere, inkludert bedre kollegastøtte og felles forståelse for hvordan man skal jobbe i en sak. Ofte var erkjennelsen at kvaliteten på oppfølgingen varierte mellom tjenester og brukergrupper, og at behovet for bedring gjaldt spesielt for noen brukergrupper. Flere av kommunene hadde i oppstartsfasen tydelige oppfatninger om hvilke spesifikke grupper som fikk for dårlig koordinert oppfølging i deres kommune. En kommune vurderte for eksempel at de hadde godt system for oppfølging av barn, men et mangelfullt system for oppfølging voksne. En annen kommune pekte spesielt på barn/unge og voksne i en familiesetting, som ikke passer inn i standard tjenestetilbud, som den største utfordringen, og ønsket å bli bedre til å skreddersy et tilbud som er bedre tilpasset både brukeren og familien. En tredje kommune pekte spesielt på psykisk helse og utenforskap og viktigheten av å tidlig forstå kompleksiteten i utfordringene.

Den forventede nytten som kommunene så med å delta i piloten, kan generelt sett deles inn i to tema: brukerne skal få større medvirkning i sitt eget tjenestetilbud og bli mer fornøyd med tjenestene, samt at tidligere innsats og forebygging skal redusere behovet for kommunale tjenester på sikt.

Som en del av innledende fase gjennomførte kommunene innsiktsarbeid i form av intervju av både tjenesteutøvere og brukere. Kommunene fikk drahjelp fra Helsedirektoratet, som engasjerte Sopra Steria til

å bistå med kunnskap om hvordan drive innsiktsarbeid, og som introduserte kommunene for verktøy for helseinnovasjon utviklet av Innomed²⁵. Flere av kommunene brukte verktøyet, men ikke alle. Kommunene uttrykte at dette kan være et håndgripelig verktøy å bruke, og at det dekker mange elementer av en innovasjon. Enkelte opplevde at språket som ble brukt i formidlingen av innsiktsarbeidet var litt vanskelig å forstå i starten. De fleste kommunene opplevde at innsiktsarbeidet var en nyttig måte å jobbe på for å bli kjent med behovet både hos tjenestemottakere og tjenesteutøvere. Noen var litt usikre på nytten av innsiktsarbeidet, og pekte på at de hadde snakket med brukere i 20 år, og at intervjuing sånn sett slett ikke var noe nytt for dem. Generelt kan man si at alle kommunene så behovet for økt brukermedvirkning, og de så på brukerintervjuene som ble gjort i innsiktsarbeidet som en god, men krevende måte å innhente brukererfaringer på. Det så ut til å være en felles erfaring blant kommunene at intervjuer er tidkrevende, at det er vanskelig å rekruttere informanter og at det også er tidkrevende å skrive ut og analysere intervjuene.

2. Vurdering av "passform" ("fit")

Veilederen er i utgangspunktet rettet mot kommunene og mot det som allerede er en av hovedoppgavene for kommunene. Slik sett er intervensjonen tilpasset settingen. Den overordnede hensikten med prosjektdeltakelse var også den samme for alle kommunene: skape smidigere og mer dynamiske team rundt den enkelte bruker med komplekse behov for hjelp, og å ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. Det vil si å operasjonalisere kravene og anbefalingene i veilederen på en god og effektiv måte. Alle kommunene uttrykte at de ønsket å jobbe etter intensjonene i veilederen: det som tidligere kunne være store og statiske ansvarsgrupper skal heller bli til mindre dynamiske oppfølgingsteam, som kan endre seg underveis med brukerens endrede behov. Kommunene hadde imidlertid ulikt utgangspunkt når det gjaldt i hvilken grad strukturene og rutinene som skal til for å etablere veilederen som innarbeidet arbeidsform var til stede før piloten startet. En av kommunene vurderte at strukturene som oppfølgingsteam skal bygges på allerede lå til rette fra tidligere arbeid i kommunen, og at de derfor ikke trengte å bygge ny struktur i kommunen for å implementere veilederen. Men også i denne kommunen var det behov for å jobbe med etablering av nye rutiner, mandat m.m.

3. Vurdering av kapasitet for endring ("readiness")

At organisasjonen har vilje og evne (ressurser, strukturer, kompetanse og motivasjon) til å skape endring er, som vist i kapittel 1.9.3, viktig for vellykket implementering. Kjennskap til veilederen og, ikke minst, god forståelse av intensjonene og anbefalingene i veilederen på alle nivå, fra prosjektledelse, via kommuneledelse og linjeledere, ut til tjenesteutøverne, er første kritiske faktor for vellykket implementering. Det varierte i hvilken grad dette var tilfelle i pilotkommunene i oppstartsfasen. Prosjektleder i en kommune hadde inntrykk av at veilederen var velkjent, men visste ikke om folk egentlig har tatt den inn over seg, og tenkte at veilederen nok er *«en av de blekkene man leser, men egentlig ikke tar innover seg hva som ligger til grunn»*. En kommunene, den samme som vurderte at de hadde strukturer på plass, var trygge på at de jobbet i tråd med veilederen, at de har gjort det i mange år, og at det som står der var forankret i planverket. Flere prosjektmedarbeidere var godt kjent med veilederen fra før fordi sentrale fagpersoner i kommunen hadde vært involvert i arbeidet til Helsedirektoratet. Mens noen prosjektledere synes veilederen er bra, at den inneholder mye relevant informasjon, og at den har blitt som et oppslagsverk for dem, mente andre at veilederen er ganske stor og omfattende, kanskje for stor og omfattende til at de bruker den som et arbeidsverktøy i det daglige.

Motivasjon til å ta veilederen i bruk, herunder opplevd nytte, er en annen kritisk faktor for implementering. En utfordring med å få implementert veilederen som ble pekt på i oppstartsfasen var at ikke alle tjenestene (herunder lederne) føler at veilederen angår dem. Det ble kommentert at veilederen er veldig *pasientfokuset* og rettet mot helse- og omsorgstjenesten, noe som kan virke fremmedgjørende for andre

²⁵ <https://innomed.no/veiviser>

tjenester, som for eksempel velferdstjenestene. Vedkommende som hadde denne kommentaren viste til møte med NAV og barnevernet som hadde "steilet" og sagt at nei, dette er ikke relevant for oss. Det ble erfart som en utfordring å få velferdstjenestene til å skjønne at de er en naturlig del av teamet for mange av de brukergruppene som er målgruppe for veilederen.

Kommunene var i utgangspunktet i ulik grad rigget for implementering av piloten. Det var stor forskjell mellom kommunene hvordan de hadde organisert utrednings- og tjenestetildelingsprosessen før piloten. Noen hadde egne enheter for tildeling, men som ikke nødvendigvis omfattet alle relevante tjenester, slik at tjenestetildeling ble besluttet av ulike instanser basert på type tjeneste og brukergrupper, andre hadde en mer løsere organisert tildelingsprosess. For noen var tildelingsorganisering allerede tett knyttet mot koordinerende enhet, mens andre ikke hadde koordinerende enhet på oppstartstidspunktet. Kommunene startet derfor ulikt og i noen kommuner hadde man en godt fungerende koordinerende enhet og hadde hatt det i lang tid. Når det gjaldt identifisering og melding av brukere med store og sammensatte behov, hadde de færreste kommunene rutiner på plass for hvordan kommunikasjonen skulle foregå og behov for oppfølgingsteam meldes. I alle kommunene var PLO-melding fastlegenes viktigste kommunikasjonsform med pleie- og omsorg og tildelingsenheten/koordinerende enhet da piloten startet. Flere av kommunene snakket om å revidere sine søknadsskjemaer inn til tjenestene, slik at man i større grad kan kartlegge funksjon og behov allerede i søknadsfasen.

Ingen av kommunene hadde full oversikt over kompetanse eller hadde kompetanseplaner i oppstartsfasen. Det virker i liten grad å være en ensartet og/eller systematisk måte å forholde seg til kompetanseplaner på i pilotkommunene. I flere av kommunene ble det diskutert at det er en utfordring å få de med minst utdanning til å ville ta utdanning eller videreutdanning.

Koordinator og individuell plan er rettigheter som ligger i lovverket. Dette er derfor tiltak som var kjent og i bruk før piloten. Alle kommunene brukte benevnelsen ansvarsgrupper som begrep på team rundt bruker som ble ledet av en koordinator. I hvilken grad ansvarsgruppene arbeidet i henhold til intensjonen i veilederen er ikke kjent, men kommunene var enige om at dette arbeidet kan gjøres smidigere hvis man setter sammen mindre og fleksible team som tilpasses brukerens behov her og nå. Fire av seks pilotkommuner brukte det skybaserte elektroniske verktøyet SamPro²⁶. SamPro er utviklet for å lette samarbeidet rundt blant annet individuelle planer, men flere viste til blandede erfaringer med verktøyet, herunder å få koordinatorene og samarbeidspartnere (for eksempel fastleger) til å bruke verktøyet. En informant viste til at SamPro tydeligvis var en "gordisk knute" i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglig og grundig kartlegging er en viktig del av en god utredning av behov. Dette var noe kommunene tidlig tok tak i og planla å styrke. I henhold til rammeverket for pilotprosjektet var valg av felles kartleggingsverktøy for måling av funksjon hos brukerne noe som skulle avklares i dialog med kommunene. I prosjektets oppstartfase ble det bestemt at IPLOS og "Hva er viktig for deg" (PSFS) er obligatoriske verktøy som skal brukes i pilotkommunene for å kartlegge og måle status og endring hos brukerne i målgruppen. Det har siden 2007 vært obligatorisk for kommunene å rapportere opplysninger til IPLOS-registeret. IPLOS inngår fra 2018 i Kommunalt pasient- og brukerregister. Basert på våre intervjuer med aktører i kommunene ser det ut som det var variasjoner med tanke på hvor ofte IPLOS-opplysningene oppdateres. Det var ingen av kommunene som mente IPLOS-opplysningene var optimalt oppdatert til enhver tid. Alle pilotkommunene

26 SamPro fra Visma kom på markedet i 2005. https://www.individplan.no/SamProUI/help/om_unique_sampro.htm Verktøyet er videreutviklet til Visma Fly Samspill, en mobiltilpasset videreutvikling av SamPro. Visma Fly Samspill er en løsning for plantypene IP (Individuell Plan), IOP (plantyper for skoleverket), IUP (barnehager) og BTI (stafettloggen). <https://www.visma.no/samhandlingssystem/samhandlingsverktoy/>. ACOS IP, som nå heter DIPS Samspill, er et annet elektronisk verktøy for Individuell plan som mange kommuner bruker.

var positive til å bruke PSFS, for å ivareta brukernes rett til medbestemmelse. Flere var bevisst på at brukermedvirkning er lovbestemt, og at det skal gjøres, men at det i varierende grad ble gjort systematisk i tjenestene. PSFS var i varierende grad i bruk i kommunene ved oppstart. Inntrykket var at dette ikke var systematisk og at det var et langt stykke igjen for å få gjennomført PSFS-kartlegging som etablert praksis.

3.1.1.2 *Beslutninger om lokal tilpasning*

4. Mulighet for tilpasning

Selv om målgruppen for oppfølgingsteam skal være alders- og diagnoseuavhengig ifølge veilederen, uttrykte enkelte kommuner ønske om å sette særlig fokus på utvalgte grupper i starten. Det ble fra Helsedirektoratets side understreket at kommunene skulle arbeide med å få på plass systemer som gjaldt for alle personer med behov for strukturert oppfølging.

Generelt var inntrykket at kommunene i oppstartsfasen av piloten brukte mye tid på å diskutere rutiner for identifisering og melding av behov til og fra koordinerende enhet og/eller tildelingskontor, herunder rutiner for tverrfaglig kartlegging av behov, og at de færreste kommunene hadde dette klart i oppstartsfasen. Alle var enige om at det må være et elektronisk system der fastlegene kan melde pasienter de ser er i målgruppen (PLO-meldinger ble hyppig nevnt som en mulighet), men hvordan øvrige tjenester og pasienten/-brukeren/pårørende selv kan melde om behov for oppfølgingsteam var uklart, og et tiltak som tilpasses lokal kontekst.

Inntrykket var at kommunene i oppstartsfasen hadde sine lokale tolkninger av piloten og tilpasning av implementeringsprosessen til lokal kontekst. I særlig grad gjaldt dette tolkning av "oppfølgingsteam" og når man hadde oppfølgingsteam på plass, om dette gjaldt innfasing av nye team eller også aktivt arbeide med eksisterende team.

3.1.1.3 *Strategier for kapasitetsbygging*

5. Oppnå "innsalg" og støtte fra viktige interessenter og å fremme et positivt organisasjonsklima

I rammedokumentet for piloten ble det framhevet at «Utviklingsarbeidet må ledes, forankres og gjennomføres slik at de eksisterende tjenestene arbeider godt sammen mot et felles mål». Alle seks pilotkommunene brukte mye tid i oppstartsfasen på forankring og planlegging av innsiktsarbeidet. Dette skriver vi også mer i detalj om under resultatmål 1 under. Flere påpekte at de var godt forankret oppover i systemet (også fordi søknaden om å bli pilot krevde forankring oppover²⁷), men at det er et stort og kontinuerlig arbeid å drive forankring nedover i organisasjonen. Slik vi oppfatter det er det noe variasjon i hvilken grad kommunene har klart å nå ut nedover i organisasjonen, her er man avhengig av å informere og motivere ledere og mellomledere i tjenestene. Noen kommuner stod midt opp i en kommunesammenslåingsprosess som gjorde forankringsarbeidet mer utfordrende. I hvilken grad dette påvirket arbeidet med implementering av piloten, og forankring også i kommunene man slo seg sammen med, varierte etter hvor tett de allerede samarbeidet, blant annet knyttet til interkommunale tjenester. Det ble også vist til viktigheten av at lederne går i front og selger inn – for å vise eierskap.

Forankring i organisasjonen ble gjort på flere måter, som for eksempel gjennom informasjonsmøter og workshops, og å informere på ulike samlinger og arrangement. Fokusgruppeintervju på tjenestenivå (innsiktsarbeid) har også vært benyttet til å informere om pilotprosjektet. Helsedirektoratet tilbød kommunene prosessveiledning og dette har kommunene vurdert som svært nyttig generelt i implementeringsprosessen, herunder til forankringsarbeid, og noen har valgt å kjøpe ekstra tid med prosessveileder. Flere av kommunene har kommentert at både forankringsarbeidet og innsiktsarbeidet er

27 Kommunene skulle i søknaden redegjøre for hvordan piloten er forankret og beskrive hvordan piloten skal ledes i kommunen. Søknaden skulle undertegnes av rådmannen eller den vedkommende har delegert myndigheten til.

ressurskrevende og tar mer tid enn de hadde sett for seg på forhånd. Det ble påpekt at forankringsarbeidet er en kontinuerlig jobb, der de ulike tjenestene må besøkes i flere runder. Det ble sett på som et stort arbeid å holde folk kontinuerlig informert. Man må også være bevisst på hvordan man selger inn prosjektet, det må ikke oppleves som "bare enda en ting å gjøre".

Spesialisthelsetjenesten er ofte involvert i oppfølging og behandling av brukerne, og innsalg av veilederen må også involvere spesialisthelsetjenesten. Alle pilotkommunene hadde innsalg mot (deler av) spesialisthelsetjenesten på ulike måter, eller planla for dette i oppstartsfasen, som for eksempel at representanter fra spesialisthelsetjenesten ble tatt inn i styringsgruppe eller utvidet styringsgruppe. Andre forankringstiltak var deltakelse fra spesialisthelsetjenestene på workshop, ulike informasjonsaktiviteter som å informere/ha møter med samhandlingssjefer/-enheter eller kliniksjefer ol., eller informere i andre samarbeidssammenhenger. Noen la opp til tett kontakt og involvering, og for eksempel involverte helseforetaket i innsiktsarbeidet og i samlinger arrangert av Helsedirektoratet. Hvor tett kommunene samhandlet med spesialisthelsetjenesten var i utgangspunktet ulikt, noen hadde et godt og tett samarbeid gjennom desentraliserte spesialisthelse-tjenester og gjennom andre etablerte samhandlingsmekanismer.

6. Bygge generell/organisatorisk kapasitet

Koordinerende enhet har en nøkkelrolle i piloten. Å sørge for en optimal struktur og arbeidsform i koordinerende enhet var derfor sentralt tema i oppstartsfasen. Alle kommunene involverte koordinerende enhet/tildelingskontor, enten i prosjektgruppe/arbeidsgruppe og/eller gjennom innsiktsarbeidet. Flere av kommunene har også valgt å omorganisere arbeidet i koordinerende enhet til å bli mer tverrfaglig – som et resultat av arbeidet med pilotprosjektet. Vi diskuterer koordinerende enhet som organisatorisk ressurs i kapittel 3.2.3.

Mens to av kommunene uttrykte at de var i gang med oppfølgingsteam i løpet av de første fire månedene etter oppstart, var det flere av kommunene som erfarte at det tok tid å implementere piloten, og de ønsket ikke å sette i gang med de første oppfølgingsteamene før alt var godt forankret, og rutiner og strukturer var på plass.

7. Rekruttere/forberede personell som skal bistå i implementering

Dette punktet handler om de som skal iverksette piloten, og om hvem som skal støtte tjenesteutøverne i implementeringen, og hvilke kvalifikasjoner som kreves og type rolle de skal spille. Det er ulikt hvordan prosjektmidlene har vært fordelt på frikjøp av prosjektleder og prosjektmedarbeidere for å jobbe med piloten. Flere prosjektledere ytret i oppstartsfasen ønske om å frikjøpe mer tid, fordi prosessen har vært mer tidkrevende enn antatt.

8. Effektiv opplæring av ansatte før implementering

Koordinatorrollen er av de viktigste funksjonene i oppfølging av brukere med store og sammensatt behov. Samtlige kommuner opplevde at ansatte vegret seg for å være koordinator, og at dette for mange ikke var en attraktiv rolle å ha. Koordinatorrollen og opplæring av koordinatører var derfor et viktig satsingsområde for pilotkommunene i starten. De fleste informantene i oppstartsintervjuene mente at målet må være å gjøre koordinatorrollen til en naturlig del av jobben i kommunale helse- og velferdstjenester (i motsetning til å profesjonalisere koordinatorrollen), men de beskrev også at det var en lang vei å gå. Vi skriver mer om koordinatorrollen i kapittel 3.4.1. Nødvendig opplæring i koordinatorrollen er avgjørende for om en tjenesteutøver bør gis en slik funksjon. Dette understøttes av brukerintervju som viser eksempel på at hverken bruker eller koordinator visste hva rollen gikk ut på, jfr. kapittel 4. Å sikre tydelig rammer for og forventninger til koordinatorrollen, samt å sikre nødvendig opplæring og støtte til koordinatorene er et ledelsesansvar. Funnene i evalueringen tyder på at dette varierer mellom og innad i kommunene. Erfaringer

med koordinatrollen fra koordinatorene selv drøftes nærmere i kapittel 3.4.1, mens brukererfaringer med koordinatrollen drøftes i kapittel 4.

Kommunene uttrykte at det var utfordrende å skulle holde alle relevante aktører i kommunen informert om, og oppdatert på, hva som skjer i piloten. Dette var en stor jobb som hadde tatt mye tid i oppstartsfasen og som også ble forventet å ta mye tid videre i pilotperioden. Særlig var dette utfordrende for de største kommunene, og i kommunene som jobbet med kommunesammenslåing fram mot 1. januar 2020. Pandemien satte også lenge en stopper for fysiske personalmøter o.l., noe som også har påvirket kommunikasjonsmulighetene.

3.1.2 Fase 2 Lage implementeringsstruktur

3.1.2.1 Strukturelle funksjoner for implementering

9. Sette sammen et implementeringsteam/prosjektgruppe

Alle kommunene har til en viss grad organisert piloten som prosjekter med prosjektledelse, prosjektmedarbeidere, eventuelt styringsgruppe og brukermedvirkning. En kommune vurderte ved oppstart at de ikke trengte å bygge nye strukturer for piloten, utenom frikjøp av prosjektledelse, som var sentralt plasserte ledere for koordinerende enhet og tildelingskontor, men bygge på eksisterende strukturer og samarbeid. Her var forankringen på rådmannsnivå (nå: kommunedirektørnivå) god. De etablerte derfor ikke en større prosjektgruppe, men hadde fokus på å integrere piloten i "normal drift" med vanlig tjenestevei i rådmannens stab. Denne kommunen har vært i forkant av de andre pilotkommunene når det gjelder alle steg i gjennomføringen, og har også villig delt erfaringer og inspirert flere av de øvrige kommunene. En annen kommune som etablerte en god struktur på implementeringsprosessen i oppstarten, med svært god forankring opp mot kommuneledelsen, opplevde at kommunesammenslåing, en utfordrende situasjon med fastlegemangel og flere bytter av prosjektledelse, påvirket framdriften i prosjektet.

Erfaring fra pilotkommunene viser altså at implementeringen ikke nødvendigvis må rigges som et stort "prosjekt". Hvis implementeringsteamet jobber i/veldig nært koordinerende enhet allerede, kan man lykkes godt uten en stor prosjektorganisasjon. Å trekke inn noen sentrale aktører i prosjektgruppa som får ansvar for spesielle oppgaver, er det spesielt én kommune som har lykkes godt med.

Helsedirektoratet anbefalte i rammedokumentet «at den/de som skal lede utviklingsarbeidet har god kjennskap og legitimitet i organisasjonen/kommunen, og at forbedringsarbeidet skjer som del av hele organisasjonens drift». Dette støttes av erfaringene fra piloten. Prosjektleder i pilotkommunene var i varierende grad med i prosess med å skrive søknad om å bli med i piloten, men det kan være krevende å lede en prosess hvis man ikke har vært tett på forarbeidene eller er tett knyttet til og har "eierskap" til saksfeltet, for eksempel arbeidet i koordinerende enhet. Pilotprosjektgruppene samarbeid med koordinerende enhet/tildelingsenheten (el.) har stått sentralt i alle kommunene. Fastleger og/eller kommuneoverleger har hatt sentrale roller i de fleste kommunene, enten i form av frikjøpte prosjektstillinger i piloten, eller i form av å være utnevnt som kontaktperson for prosjektet og/eller i installering og bruk Medrave.

Helsedirektoratet har spilt en toneangivende rolle som fasilitator og pådriver for implementeringen. Innledningsvis bidro Helsedirektoratet med informasjon om piloten i lokale møter med hver av pilotkommunene, arrangerte samlinger, opprettet felles digitalt samhandlingsrom, la til rette for opplæring i innsiktsarbeid og tilbød kommunene prosessveiledning gjennom ekstern innleid hjelp. Likevel ga flere kommuner uttrykk for at oppstartsfasen var preget av forvirring, både blant prosjektledere og prosjektgrupper i pilotkommunene og i Helsedirektoratet.



Tidlig i prosjektet var kommunene litt usikker på hva de kunne bruke prosessveilederen til, som trolig var knyttet til at de hadde behov for veiledning på mange ting. Dette kunne for eksempel være å få innspill/kunnskap om endringsledelse, hva man må "være litt obs på", ulike måter å jobbe på, hvordan man kan informere om prosjektet og samarbeid i selve arbeidsgruppa. Dette illustrerer at implementering av en så kompleks intervensjon som veilederen, er krevende og krever kompetanse på flere områder som kommunen (eller prosjektgruppa) ikke nødvendigvis besitter selv.

10. Lage en implementeringsplan

I søknaden til Helsedirektoratet om deltakelse måtte alle kommunene gi en beskrivelse av pilotprosjektet for sin kommune. Graden av detaljering, struktur og beskrivelse av plan for lokal implementering som ble skissert i søknaden varierte, det var også inntrykket når det gjaldt kommunenes videre planlegging av implementeringen. En del av planleggingen omfattet å lage plan for gevinstrealisering. Dette var utfordrende for kommunene og som ingen av kommunene hadde kommet i gang med i oppstartsfasen. Å tenke gevinstrealisering knyttet til et spesifikt prosjekt virket å være nytt for alle. Gevinsten nevnes av flere kommuner å være knyttet til forebygging og at brukerne får bedre og mer koordinerte tjenester på et tidlig tidspunkt. Men det var også bevissthet på at tidlig identifisering og oppfølging på kort sikt kan føre til økte kostnader hvis man oppdager mange som ikke fikk tjenester tidligere, men at det på sikt kan bli kostnadsbesparende. Det ble også pekt på at det er vanskelig å måle både kostnader og gevinster, siden både kostnadene og gevinstene er spredt på ulike tjenester og over tid, og at det er en utfordring å knytte utvikling på individnivå til at brukeren får tettere oppfølging: «*Men det er jo himla vanskelig å måle! Du kan jo telle dem, men man vet jo ikke om de får det bedre på grunn av tett oppfølging*».

3.1.3 Fase 3 Løpende struktur når implementeringen starter

3.1.3.1 Strategi for løpende implementeringsstøtte

11. Teknisk assistanse/veiledning/tilsyn

Kommunene har vært tett fulgt av Helsedirektoratet gjennom alle de tre årene piloten har pågått. Kommunene har fått prosessveiledning også etter oppstartsfasen, noe de har hatt stor nytte av. Kommunene har satt i gang en rekke tiltak for å støtte den fortløpende implementeringen. Dette gjelder blant annet støtte til koordinatorrollen. Kommunene har brukt ulike tilnærminger, som å lage nye rutiner for koordinatorrollen, lage planer og skriftlig veiledning for koordinatoropplæring og rekruttering, koordinator skole, arrangere workshops, tilby kurs i relevante tema, koordinator samlinger og å bruke "eksperter" (også kalt bedringsagenter i en kommune) som fungerer som mentorer eller "bisittere", som støtte for koordinatorene som har følt behov for det. Den fortløpende implementeringsstrategien som kommunene har fulgt, er drøftet nærmere i de etterfølgende delkapitlene.

12. Prosessevaluering

Helsedirektoratet har sørget for ekstern prosessevaluering, men det er viktig at også kommunene selv driver fortløpende evaluering av implementeringen. Dette kan ses i sammenheng med systemet for kontinuerlig forbedringsarbeid som kommunene skal gjøre i henhold til § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Det har, av ulike årsaker, som vi kommer tilbake til i de neste delkapitlene, tatt lenger tid enn forutsatt å få på plass strukturene og rutineene som planlagt i piloten, og implementere oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunene. I hvilken grad praksis i kommunene framover faktisk følger intensjonene i veilederen, er noe de fleste pilotkommunene pekte på ville være på agendaen i fortsettelsen.

13. Understøttende tilbakemeldingsmekanismer

Kommunene har i liten grad selv utviklet systematiske opplegg for måling og tilbakemelding, men Helsedirektoratet har krevd rapportering i et eget skjema hver annen måned, der prosjektlederne har hatt ansvar for å rapportere på framdrift og utvikling i blant annet antall aktive oppfølgingsteam inneværende

periode, fordelt på aldersgrupper og type brukergruppe (kognitiv svikt, psykisk helse/rus/psykososial utfordring, kroniske sykdommer/flere diagnoser), antall nye personer med mulig behov meldt fra fastlege, meldt fra øvrige tjenester, fra pårørende, antall personer kartlagt med PSFS i perioden og antall personer kartlagt med IPLOS i perioden. Denne rapporteringen gjenspeilte utfordringer med avgrensing/identifisering/tolkning av hva som er et oppfølgingsteam, kontra tidligere ansvarsgrupper (eller lignende), jfr. brukere som har individuell plan og/eller koordinator. For eksempel ba Helsedirektoratet kommunene rapportere antall oppfølgingsteam, med henvisning til individuell plan/koordinator i parentes. Noen kommuner rapporterte først veldig lave tall med oppfølgingsteam, men endret dette til å rapportere antall personer med individuell plan/koordinator for å få til en harmonisering med det andre kommuner rapporterte, som var antall brukere med individuell plan/koordinator. I tillegg har kommunene hatt månedlige møter med Helsedirektoratet der de har fortalt om utviklingen siden sist. Tilbakemeldinger gir grunnlag for refleksjon rundt resultater som kan bidra til læring og forbedringer, og kommunene kunne kanskje i større grad innhentet systematisk feedback fra egne tjenester. Gevinstrealisering var også noe pilotkommunene skulle drive aktivt med, men som få kommuner har fått til å operasjonalisere på en god måte.

3.1.4 Fase 4 Forbedre fremtidig bruk

14. Lære av erfaring

Kompleks intervensjon – mange tiltak på mange nivå – krevende å fortolke, formidle og implementere

Kommunene kom inn med veldig ulikt utgangspunkt, motivasjon for å delta og forforståelse for tematikken i piloten, og det var spesielt i oppstarten en del usikkerhet og forvirring rundt tolkning av begreper og tilnærminger. Implementeringen av veilederen er en kompleks intervensjon som omhandler mange tiltak på mange nivå, som er krevende både å formidle og forstå (fortolke). I implementeringslitteraturen er dette pekt på som en faktor som kan bidra til å hemme implementering, jfr. kapittel 1.9.3.2. Denne utfordringen ble erkjent av Helsedirektoratet som satte i gang mange tiltak for å bidra til en omforent forståelse av målsettingen med, og tiltak i, veilederen, inkludert felles arbeid med å utvikle en tjenestemodell "for forankring, organisering og samarbeid om identifisering og oppfølging av personer med behov for strukturert oppfølging og koordinering (på tvers og mellom nivåer i helse, omsorg og velferdstjenester)". Tjenestemodellen skal gi en beskrivelse av hva som gjøres i ulike steg i et oppfølgingsforløp/en brukerreise, hvilken instans som har ansvar/hvilke roller ulike aktører har, og hvordan samhandlingen på tvers foregår, og vise til rutiner, sjekklister og verktøy som skal brukes. Målet er for det første at tjenestemodellen kan bidra til å systematisere resultatene fra piloten og spre kunnskap til andre kommuner, og for det andre å bruke denne tjenestemodell-systematikken aktivt i forlengelsesperioden.

En utfordring med formidling av komplekse intervensjoner er at tiltakene er rettet mot ulike nivå og aktører, jfr. Tabell 3.1, og at standardisering av tiltak versus tilpasning av tiltak, er avhengig av nivået man betrakter.

På **systemnivå** handler piloten om å få på plass overordnede strukturer og rutiner, inkludert klare ansvars- og rollebeskrivelser, som sikrer at kommunen jobber systematisk og ensartet med tidlig identifisering, melding av behov, utredning av tiltak og tverrfaglig oppfølging, herunder at de som har behov for det får oppfølgingsteam. Dette er et ansvar som ligger til kommunenes ledelse. I Helsedirektoratets beskrivelse av piloten er dette presisert som følger: «Gjennom oppfølgingsteam som en integrert arbeidsform i alle tjenester er målet at alle pasienter/brukere i målgruppen, uavhengig av alder, diagnose og funksjon, skal få oppfølging tilpasset den enkelte. Når personer trenger koordinerte tjenester, skal dette sikres etter de samme prinsipper og arbeidsmåter uavhengig av hvor i organisasjonen den enkelte har det meste av sine tjenester fra». Dersom bruker ikke ønsker å ha individuell plan og koordinator i henhold til lovverket, må kommunen likevel ha rutiner som sikrer at bruker følges opp på en forsvarlig og god (brukersentrert) måte.

Tabell 3.1 Piloten retter seg mot ulike nivåer og skal oppnå ulike resultater på ulike nivåer.

Nivå	Tidlig identifisering av behov	Melde behov	Utredning av behov og valg av tiltak	Tverrfaglig oppfølging	Resultatmål
System	Overordnede strukturer ¹⁾ , rutiner, verktøy: Systematikk (jfr. Medrave)	Overordnede strukturer ¹⁾ , rutiner, verktøy: Meldeinstans (en vei inn)	Overordnede strukturer ¹⁾ , rutiner, verktøy: Koordinerende enhet – Enhetlig praksis og rutiner for tverrfaglig utredning (kartlegging, utredning og dokumentasjon av behov), brukerinvolvering, valg av tiltak (ev. oppnevne koordinator, og oppfølgingsteam) Skreddersy oppfølging i henhold til bruker sitt behov²⁾	Overordnede strukturer ¹⁾ , rutiner, verktøy: Retningslinjer, lederstøtte, ressurser, kompetanseplaner, opplæring, kultur og holdninger	Få på plass overordnede strukturer ¹⁾ , rutiner og verktøy (slik at man fanger opp behov tidlig og <u>alle</u> innbyggere med behov for tverrfaglig oppfølging får god persontilpasset oppfølging) Oppnå en brukerrettet kultur i organisasjonen
Tjenesteutøver	Observasjonskompetanse Bruk av risikokartleggingsverktøy	Melde/agere på observert behov (i samråd med bruker/pårørende)	Registrere behov (PSFS, IPLOS), legge plan sammen med bruker, etablere oppfølgingsteam	Koordinator³⁾ : holde tak i framdrift i henhold til plan, sikre nødvendig koordinering, oppfølging og evaluering. Andre : delta i oppfølgingsteam ved behov	Kompetanse og motivasjon til å jobbe i henhold til veileder (ta på seg koordinatorrolle, jobbe i team, jobbe brukersentrert)
Bruker/pårørende	Opplevd/erkjent behov	Melde behov	Informere om behov, delta aktiv i utforming av tjenesteplan, samtykke til tiltak	Følge opp avtaler, si fra om endringer, bidra til å evaluere tiltak mm.	Skreddersydd oppfølging i henhold til behov og ønsker (herunder å få hjelp til og motiveres til endring)

- 1) Strukturer omfatter en tydelig beskrivelse av hvordan ansvar og myndighet er fordelt, hvilke hovedoppgaver ulike enheter og aktører har, fordeling av autoritet, styringslinjer og hvordan oppgavene koordineres, herunder tydelige/avklarte roller og ansvar, delegert myndighet mv.
- 2) Behovet kan i noen tilfeller ikke være "full pakke" med individuell plan og oppfølgingsteam, men kanskje en kontaktperson som bidrar til å trygge personen eller pårørende og som lett kan kontaktes og som følger opp utviklingen.
- 3) Koordinator = den som følger opp bruker/pårørende.

På tjenesteutøvernivå handler piloten om at tjenesteutøverne skal settes i stand til å arbeide i henhold til intensjonene i veilederen, og dette handler mye om ledelse. Om å legge til rette for holdnings- og praksisendring, det vil si sørge for at intensjonene i veilederen etableres som felles visjon og arbeidsform, at man har riktig kompetanse på plass og en plan for dette, at man støtter opp under og myndiggjør koordinatoren, inkludert ressurser, tid, opplæring og veiledning. Det er imidlertid viktig at alle ansatte får nødvendig kompetanseheving, opplæring og veiledning for å jobbe brukersentrert, teambasert og ha motivasjon og kompetanse til å ta på seg koordinatorrollen. Å motivere ansatte, spesielt ufaglærte, til å gjennomføre kompetansehevende tiltak er en utfordring som flere pilotkommuner har pekt på. Å jobbe med hvordan man får dette til er en viktig oppgave med hensyn til implementering av veilederen på utøvernivå.

På brukernivå handler piloten om å skreddersy oppfølging til brukerens og pårørendes behov og ønsker.

På overordnet nivå er det derfor viktig at strukturer, rutiner og nødvendige verktøy (elektroniske eller andre) for koordinator, individuell plan og oppfølgingsteam er på plass. Det betyr imidlertid ikke at alle som følges opp har behov for "full pakke" med koordinator, individuell plan og oppfølgingsteam. Siden piloten i sitt navn fokuserer på oppfølgingsteam, er det lett å trekke slutning om at piloten på individnivå *kun* handler om oppfølgingsteam og om personer som har behov for koordinerte tjenester *i dag* (tolket som at flere tjenester er inne og jobber med brukeren). Arbeidet med piloten har vist at det kan være nok med en koordinator (kontaktperson/primærkontakt) som bidrar til å trygge personen eller pårørende og som lett kan kontaktes og som følger opp utviklingen. Dette kan spesielt være tilfelle i den første fasen av et oppfølgingsforløp. For noen er dette nok til at behov forebygges eller utsettes. Det er likevel viktig at det utarbeides en plan for oppfølging.

Utgangspunktet for tidlig innsats er at «*behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert innsats*», som det står i veilederen. På overordnet nivå handler derfor piloten om systematikk i arbeidet med å identifisere og melde behov, både blant de som allerede har tjenester og de som står i fare for å utvikle komplekse behov. På utøvernivå handler det om observasjonskompetanse og bruk av verktøy og melde behov i samråd med bruker. På brukernivå handler det om å få hjelp ved behov, etter eget ønske og tilpasset egen situasjon.

Dersom man legger til grunn en tolkning av veilederen basert på standardisert tilnærming på *individnivå*, med hensyn til definisjon av for eksempel koordinator, plan og oppfølgingsteam, står man i fare for å svekke implementeringen fordi man legger opp til en for rigid tilnærming av oppfølgingsbehov, og at personer som burde følges opp faller utenom. Flexibilitet i tiltak og tilnærming, skreddersydd til hver enkelt bruker – og pårørendes behov, er nøkkel til vellykket implementering av intensjonene i veilederen, som altså ikke bare handler om koordinering av tjenester, men også om å forebygge eller bremse videre utvikling av komplekse behov.

En kompliserende faktor i formidling av piloten nedover i organisasjonen er at flere av elementene allerede har vært i bruk i kommunene i lang tid. Individuell plan og koordinator er lovfestede rettigheter og arbeid i team (blant annet ansvarsgrupper) var en etablert arbeidsform også før piloten. I noen tilfeller (brukere/tjenesteområder) var kanskje de fleste elementene i oppfølgingsteam som arbeidsform allerede virksomme før piloten. Det var imidlertid variasjon i hvilken grad arbeidet i ansvarsgruppene skjedde i henhold til anbefalingene i veilederen. Det var også variasjon i om individuell plan og koordinator har vært brukt for alle i målgruppen eller om kommunene har avgrenset dette mot enkelte målgrupper som barn/unge og psykisk helse. For å få til endring må aktørene som skal iverksette tiltakene være motiverte. At intervensjonen ikke er klart avgrenset fra eksisterende praksis (koordinator, IP, team), representerer en utfordring i formidling av, og motivasjon for, i arbeid med piloten. Dette er viktig å ha i mente når man skal motivere ansatte til endring.

Konkurranse om oppmerksomhet, tid og ressurser, men også synergieffekter med andre prosjekter

Pilotprosjektet med implementering av veilederen har ikke foregått i isolasjon. Piloten skal gjennomføres på mange nivå og er en av mange "ting" som foregår, og som i mange tilfeller konkurrerer om oppmerksomhet, tid og ressurser. Pandemien er en slik faktor, kommunesammenslåinger er en annen. Pandemier er det vanskelig å forutsi og planlegge for på kort sikt. Kommunesammenslåing er det mulig å planlegge for, men det kompliserer implementeringsprosessen betraktelig, både fordi lederressurser beslaglegges til mye møtevirksomhet og planlegging og man skal forene potensielt enda flere ulike systemer, kulturer og arbeidspraksiser. Andre pågående prosjekter og prosesser kan konkurrere om oppmerksomhet eller motvirke en intervensjon, men kan også støtte opp om og forsterke implementeringen fordi det i mange tilfeller dreier seg om endring i samme retning, med samme intensjon, og bygger på mange av de samme elementene. En av pilotkommunene er pilotkommune også for primærhelseteam²⁸ og vurderte for eksempel at risikokartleggingsverktøyet var vel så viktig for dette prosjektet som for oppfølgingsteam-piloten.

Flere av kommunene har deltatt i Gode pasientforløp, som er et nasjonalt læringsnettverk i regi av KS som har som mål å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester, og som har spesielt fokus på bedre overgang mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester²⁹. Dette er organisert forbedringsarbeid som gir deltakerne teoretisk grunnlag og praktiske metoder og verktøy for endringsarbeid som har som mål å skape mer brukersentrerte tjenester, og som også tar utgangspunkt i "Hva er viktig for deg?"-tilnærming. Erfaringer fra bruk av denne tilnærmingen i gode pasientforløp har blitt tatt med inn i arbeidet med implementering i piloten. En av pilotkommunene samarbeider tett med helseforetak gjennom pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT), som er et fast tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer, som også har «hva er viktig for pasienten» som grunntanke. Gjennom PSHT var det allerede godt samarbeid om enkeltbrukere. PSHT er inne i en begrenset periode, gjør tverrfaglig utredning og henviser til koordinerende enhet hvis det er behov for videre tverrfaglig oppfølging.

Et annet eksempel på lignende modeller som er i bruk i pilotkommunene er BTI-Bedre Tverrfaglig Innsats³⁰. BTI er en samhandlingsmodell som skal sikre helhetlig og koordinert innsats overfor barn, unge og familier det er knyttet bekymringer til, og som skal hindre brudd i oppfølgingen. I likhet med oppfølgingsteam vektlegges koordinering av forløpet, der én aktør, stafettholderen, er ansvarlig for at den tverrfaglige samhandlingen dokumenteres i stafettloggen, som knytter brukeren, innsatsene, tjenestene og nivåene sammen. En av pilotkommunene som ikke har digital løsning for individuell plan og som har god erfaring med BTI og "stafettlogg", ønsker å bruke denne kompetansen og arbeidsmåten inn i arbeidet med piloten. De vurderer om BTI kan fungere som modell også for voksne, altså oppfølgingsteam etter BTI-modellen.

Selv om målsettingen og virkemidlene i nevnte, og andre, prosjekter eller arbeidsmodeller i stor grad er overlappende, er det en utfordring at piloten fort kan oppfattes som nok et prosjekt som introduserer enda flere begreper som bidrar til forvirring. Dette kommer i tillegg til tilnærmet "babelsk forvirring" omkring koordinatorbegrepet og teambegrepet. På samme måte som at samme benevnelse (koordinator) kan ha ulik funksjon (for eksempel individnivå versus systemnivå), kan samme funksjon (koordineringsmekanismer på individnivå) ha forskjellig navn (koordinator, stafettholder, primærkontakt). Begge deler bidrar til forvirring og kan lede oppmerksomhet bort om felles målsettinger. Det er derfor viktig, som påpekt av prosjektdeltakere, at kommunene har et bevisst forhold til dette implementeringsarbeidet.

28 <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

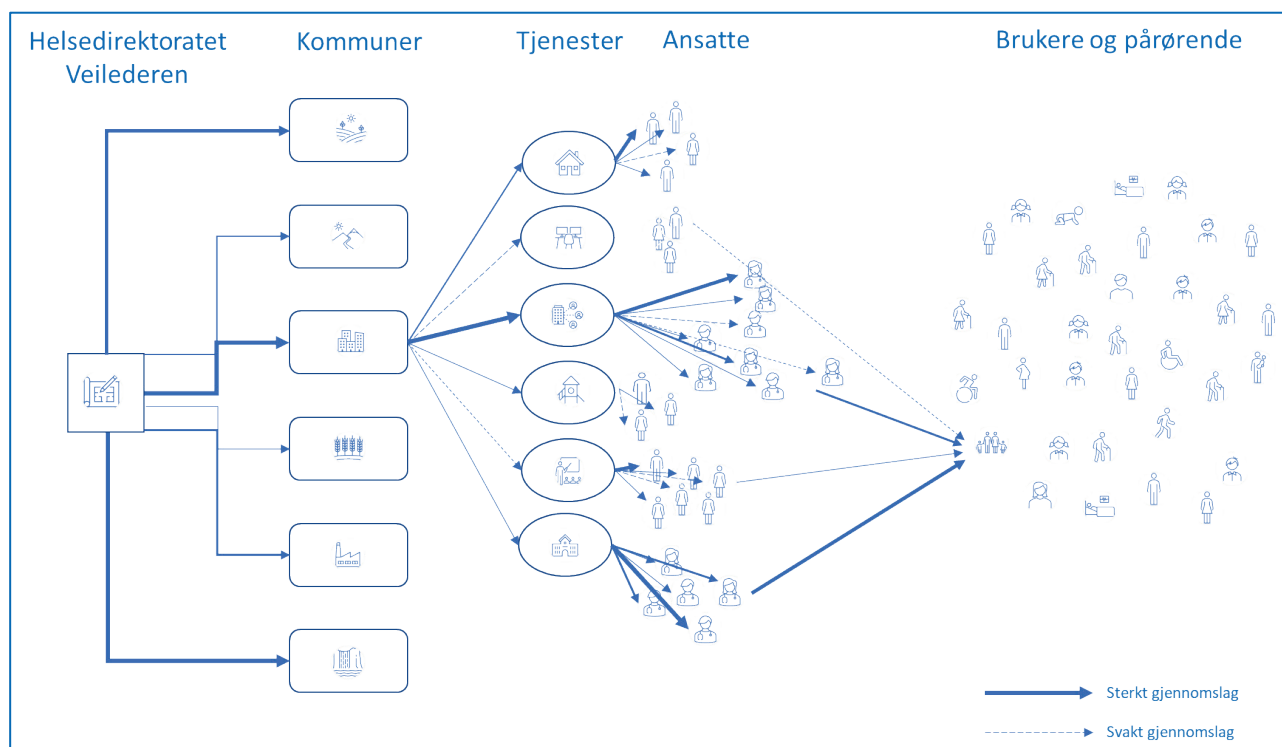
29 <https://www.ks.no/pasientforlop>

30 <https://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/BTI/>

Å nå ut til alle og få endret praksis overalt tar tid

Implementering er en del av et diffusjon-spredning-implementering kontinuum [68]: diffusjon er passiv, ikke-måltrettet og uplanlagt spredning av ny praksis (kommuner eller tjenesteutøvere endrer praksis basert på at de fanger opp forskningsresultater eller praksisendringer i andre land, andre kommuner, andre tjenestesteder, andre fagprofesjoner eller hos kollegaer); formidling er aktiv spredning av ny praksis til målgruppen ved hjelp av planlagte strategier (lage veileder, informere om og gjøre den tilgjengelig); og implementering er prosessen med å ta i bruk eller integrere ny praksis i en gitt setting (piloten). Endring av praksis vil trolig komme både som resultat av bevisste implementeringsstrategier og diffusjon gjennom kollegial læring. Det er en tidkrevende og kontinuerlig prosess å nå ut til alle relevante ansatte, i alle deler av organisasjonen og i spesialisthelsetjenesten, og komme dit hvor anbefalingene i veilederen er fullt ut etablert praksis. I implementeringslitteraturen vises det til at dette ofte tar to til fem år [71, 83]. Gitt at implementering av veilederen skal gjelde på tvers av mange brukergrupper og organisasjonsgrenser, er det sannsynlig at det tar enda lengre tid å få til full implementering, altså at veilederen er fullt ut etablert som praksis i alle deler av organisasjonen og hos samarbeidspartnere.

Figur 3.1 er et forsøk på å illustrere hvorfor implementeringen av veilederen som fullt ut etablert arbeidsform i kommunene kan ta ulik tid både mellom kommunene og innad i en kommune. Det vil være ulik grad av gjennomslag på ulike ledd, fra veilederen formidles av Helsedirektoratet (aktivt gjennom møter mv. eller passivt via dokumentet) til mottak av budskap av prosjektgruppe og øverste ledelse i kommunen, av ledere av ulike tjenester, av tjenesteutøvere og hvordan de omsetter dette i praksis.



Figur 3.1 Eksempel på variasjon på gjennomslag av intervensjonen.

Årsaken til at gjennomslaget varierer skyldes at kunnskapen om (kjennskap til innhold i veilederen og forforståelse om hva og hvordan) og holdningene til veilederen (aksept av målsetting og tiltak, forventning til resultat (vil det bidra til endring?), kompetanse og tro på egen egnethet, prosjekttrøtthet m.m.) kan variere,

som påvirker motivasjonen til å endre atferd, jfr. 1.9.3. Disse faktorene samspiller med kjennetegn ved tjenestesystemet som veilederen implementeres i, herunder tilgang til ressurser og kompetanser, andre pågående prosjekter, samarbeidsklima og organisasjonskultur, samt kjennetegn ved brukerne.

To av pilotkommunene blir ikke med videre

To av pilotkommunene, Asker og Steinkjer, søkte ikke om deltakelse i forlengelsen av piloten, og går ut av piloten etter 2021. De ga litt forskjellige begrunnelse for dette. Asker viste til stor belastning knyttet til kommunesammenslåing og pandemi. De tenker at prosjektet nå går over i ordinær drift. I Steinkjer har kommuneledelsen bestemt at de ikke går videre med piloten fordi de ønsker å få på plass flere grunnleggende strukturer, og fokusere fullt og helt på det. De opplever at det har vært for få positive effekter av piloten så langt, og det har vært særlig utfordrende å få fastlegene til å bli med videre. Kommunen er blant de som har hatt kommunesammenslåing og pandemiutfordringer, samtidig som det er fastlegemangel i kommunen. Steinkjer ser også for seg at det kanskje ikke blir den helt store forskjellen, at det med oppfølgingsteam ikke er noe som stopper, men at det er koordinerende enhet som drifter det videre. I begge kommunene er strukturer og prosedyrer for koordinerende enhet, oppfølgingsteam, mv. skriftliggjort og dokumentert og danner basis for videreføring i ordinær drift. Både Asker og Steinkjer har sagt seg villige til å stille til intervju i fortsettelsen av evalueringen, selv om de ikke går videre med piloten.

Nedenfor har vi oppsummert noen læringspunkter når det gjelder prosessen med å implementere veilederen i kommunene. Det er viktig å understreke at de seks kommunene ble fulgt tett av Helsedirektoratet, fikk midler til frikjøp av ressurser til prosjektledelse og implementering, fikk innføring i hvordan gjøre innsiktsarbeid og fikk prosessveiledning gjennom hele implementeringsperioden. Denne drahjelpen er ikke fritt tilgjengelig når andre kommuner skal jobbe systematisk med å implementere veilederen som arbeidsform.

3.1.5 Læringspunkter

- ✓ Veilederen handler om å fange opp (endring i) behov tidlig og å skreddersy oppfølging til bruker og pårørende sitt behov. Den forventede nytten som kommunene så med å delta i piloten handlet om at brukerne skal få større medvirkning i sitt eget tjenestetilbud og bli mer fornøyd med tjenestene, samt at tidligere innsats og forebygging skal redusere behovet for kommunale tjenester på sikt.
- ✓ Implementering av veilederen er et lederansvar og er en del av det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet som kommunene skal gjøre.
- ✓ Implementering av veilederen handler om tjenesteutvikling og forbedringsarbeid. Veilederen omhandler brukere som har behov for koordinering på tvers av tjenesteområder og sektorer. Litt avhengig av hvilket utgangspunkt man har i kommunen når det gjelder samarbeid om denne brukergruppen, så vil implementering av veilederen i hele organisasjonen kreve at noen har som ansvar og oppgave å lede arbeid med implementeringen. Det må ikke nødvendigvis rigges som et stort "prosjekt" med stor prosjektgruppe, men den/de som skal lede utviklingsarbeidet bør ha god kjennskap til og legitimitet i organisasjonen/kommunen. Arbeidet må være godt forankret i kommuneledelse og linjeledelse, slik at nødvendig endringsprosesser iverksettes og gjennomføres. Et godt grep er å benytte sentrale personer som jobber i/i nær tilknytning til Koordinerende enhet. Pass på at implementeringsgruppen ikke blir for sårbar for fravær, permisjoner og turnover.



- ✓ Bli kjent med lokale behov og ressurser, både hos brukerne og i egen organisasjon. En nyttig tilnærming er å gjøre systematisk innsiktsarbeid som del av løpende kvalitetsutvikling. Men dette er tidkrevende: sett av nok tid og ressurser.
- ✓ Kjenn egen organisasjon og lokal kontekst. Gjør en vurdering hvor i implementeringstrappa kommunen står fra start (på tvers av tjenester og sektorer) og vurderer som det er behov for lokale tilpasninger når det gjelder implementeringsprosessen, strukturer, rutiner mv.
- ✓ Lokal tilpasning i implementering av veilederen kan handle både om tilpasning av organisasjonen (strukturer og rutiner) til veileder og tilpasning av elementer i veileder til lokal kontekst. Vær bevisst på at tilpasninger som gjøres støtter intensjonen i veilederen. Å være rigid, for eksempel å sette krav om at det må være flere tjenester inne før man setter inn tiltak, kan bidra til at praksis ikke endres i henhold til intensjonen i veilederen. Å lage strukturer og rutiner som kun omhandler spesielle brukergrupper er ikke i henhold til intensjonen.
- ✓ Vurder hvor mye endringskapasitet som er i kommunen. Kjennskap til veilederen og god forståelse av intensjonene og anbefalingene i veilederen på alle nivå, fra kommuneledelse, prosjektledelse, linjeledere og ut til tjenesteutøverne, er første kritiske faktor for vellykket implementering. Intensjonene med endringsarbeidet må gjøres kjent for alle som arbeider i relevante tjenester, også utenfor helsesektoren. Det kan høres enkelt ut, men den brede målgruppen (*alle med store og sammensatte behov*) og involvering av flere sektorer, gjør dette til et stykke arbeid i seg selv. Her kan ulike formidlingsmetoder og -kanaler benyttes, tilpasset lokale forhold. Men forankring i lederlinjen er viktig.
- ✓ Informasjonen må tilpasses aktørnivå. Budskapet må føles relevant for alle typer tjenester, og enkel å forstå. Start med sluttbrukeren – målet er brukertilpasset oppfølging. Altså start formidling med hensikt, heller enn å starte med å fokusere på strukturer og elementer som delvis kan oppfattes som "keiserens nye klær". Det kan understrekes at dette for noen ikke er en ny praksis i arbeid med oppfølging av brukere, men at det er behov for systematikk og spredning i hele organisasjonen.
- ✓ Implementeringen må være godt forankring i alle ledd – intensjonen i veilederen må stadfestes som anerkjent praksis fra høyeste hold, og nedover i systemet. Husk innsalg også mot spesialisthelsetjenesten, f.eks. involvere i styringsgruppe, innsiktsarbeid og workshops. Veilederen bør være et naturlig tema for helsefellesskapet.
- ✓ Forankring er et omfattende, tidkrevende og kontinuerlig arbeid. Ofte konkurrer prosjektet om oppmerksomheten med andre endringsprosesser. Finn effektive metoder og arenaer.
- ✓ Skap motivasjon, bruk dedikerte personer og personer med høy anerkjennelse/faglig tyngde, men lederne må gå foran.
- ✓ Bygg generell/organisatorisk kapasitet. Koordinerende enhet skal ha en nøkkelrolle i piloten, og prosjektledelsen i implementeringen kan gjerne ligge her. Forbered nødvendige endringer av strukturer, rutiner, herunder elektronisk individuell plan hvis det skal brukes. Sørg for god oversikt over kompetansebehov.



- ✓ Sørg for nødvendig opplæring av ansatte før implementering. Forankring, både opp, men særlig nedover i organisasjonen, kommer til å ta mer tid enn man tror.
- ✓ Lag en implementeringsplan som evalueres og oppdateres kontinuerlig. Ha fokus på hva man ønsker å oppnå.
- ✓ Vurder behov for prosessveiledning dersom erfaring med å lede og gjennomføre større endringsprosesser mangler i prosjektgruppen.
- ✓ Sørg for prosessevaluering underveis, og ha et system for å innhente tilbakemeldinger både fra tjenestene og brukerne om hvordan det går. Systematiser fortløpende hva som fungerer og hva som ikke fungerer og hvorfor. Dette gir godt grunnlag for nødvendige justeringer.
- ✓ Lær av erfaring. Evaluer resultat, innhent erfaringer og vurderer hvilke mål man skal ha på lang sikt, både på systemnivå, tjenestenivå, tjenesteutøvernivå og brukernivå.

3.2 Resultatmål 1: Struktur som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene

Det første resultatmålet i piloten er å få på plass gode strukturer som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene, og er den delen av prosjektet pilotkommunene har jobbet mest med de tre første årene av prosjektperioden. Innledningsvis i prosjektet gjennomførte pilotkommunene innsiktsarbeid i form av intervju med brukere i forskjellige målgrupper, og ansatte og ledere i tjenestene, for å kartlegge endringsbehov i ulike deler av organisasjonen. Underveis har kommunene deltatt på samlinger med de øvrige pilotkommunene, der de blant annet har presentert organisering i egen kommune, hvordan de jobber med koordinert oppfølging, og planer- og utvikling i pilotprosjektet. Alle kommunene har, som nevnt over, rapportert på faste indikatorer til Helsedirektoratet underveis. I tillegg har alle kommunene mottatt individuell prosessveiledning flere ganger per år fra en erfaren veileder som kjenner kommunale helse- og omsorgstjenester godt (samme veileder i alle seks kommuner). Årlige intervju med prosjektlederne i piloten har vist at disse felles rammene for pilotprosjektet har bidratt til at kommunene har lært av hverandre, og tatt tak i mange av de samme elementene for å strukturere arbeidet i det innledende implementeringsarbeidet.

Strukturer som sikrer systematikk og kompetanse for koordinert oppfølging av brukere kan handle om alt fra organisering og arbeidsform i koordinerende enhet, til hvilke rutiner som gjelder for utarbeidelse av individuell plan og koordinatorkruttering, eller rutiner for bruk av PSFS ("Hva er viktig for deg?")-skjemaet og brukerinvolvering. De fleste pilotkommunene så tidlig et behov for å etablere, eller revidere, systemer og rutiner knyttet til melding av behov for utredning. Konkret kunne dette handle om å utvikle eller revidere søknads-/meldeskjema for tjenestebehovsutredning til kommunens koordinerende enhet (inkludert tilpasning slik at både andre tjenester, brukerne selv og pårørende kunne får én kanal inn), samt få på plass e-meldingssystem mellom fastlegene, øvrige tjenester og koordinerende enhet (PLO-/e-link-meldinger). Arbeidet kan eksemplifiseres basert på beskrivelse fra en av pilotkommunene:

Prosjektleder og en ansatt i koordinerende enhet har laget et system for hvordan ta imot henvendelser, og rutiner for hvordan koordinatorene skal arbeide, en verktøykasse med tips i forhold til bruk av velferdsteknologi, maler til bruk av IT-systemer, oversikt over sjekkpunkter i møtet, møtестruktur og møteledelse, samt kartleggingsskjema. De har også laget en helt ny opplæringsplan for koordinatorkruttering basert på tre moduler. Den første er e-læringskurset (Innføringskurs om individuell plan og koordinator) til Helsedirektoratet. Modul 2 er opplæring i ulike tema som å lage individuell plan, sette gode mål (lage konkrete mål som er målbare), møteledelse, brukermedvirkning m.m. Og modul 3 består av øvedager hvor man jobber seg gjennom case. De omtaler dette som en profesjonalisering av koordinatorkrollen, som styrker denne rollen hvis man klarer å gjennomføre tretrinnsmodellen. Tretrinnsmodellen ble laget på bakgrunn av tilbakemeldinger fra workshopene innledningsvis i prosjektet, der man ønsket seg øvedager med veiledning underveis.

Våre intervju med prosjektledelsen viser at i de fleste pilotkommunene tok det minst to år inn i prosjektperioden å lande en struktur de var fornøyde med. I én av kommunene brukte de mye (leder)ressurser på kommunesammenslåing og omfattende omorganisering av de kommunale tjenestene, noe som har bidratt til at ikke alle grunnleggende strukturer er på plass ennå. Dette har preget implementeringsprosessen negativt. En av de minste kommunene har hele tiden vært klar på at de ville bruke god tid til å etablere nødvendige formelle strukturer, før de skal jobbe mer aktivt med arbeidsmetodene i oppfølgingsteamene. De oppdaget at dette krevde et stort og kontinuerlig forankringsarbeid på tvers av sektorer og enheter i hele organisasjonen, som igjen har ført til at de har fått knyttet både NAV og utdanningssektoren tettere på helsetjenestene og koordinerende enhet på en systematisk måte. En annen bieffekt av dette endringsarbeidet var at de oppdaget mangler når det gjaldt

pasienter med utviklingshemming og deres kontakt med fastlegene. I løpet av det første året inn i piloten hadde de fått etablert rutiner for faste legevisitter i bofellesskap i kommunen, samt kompetanseheving når det gjaldt sårbarhetsfaktorer og diagnoser hos pasienter med utviklingshemming. Dette er et konkret eksempel på hvordan arbeidet med pilotprosjektet førte til endrede rutiner i helsetjenesten.

Vi har valgt å trekke fram forankring, ledelse og koordinerende enhets rolle knyttet til implementering av veilederen som tre sentrale elementer i arbeidet med å sikre systematikk og kompetanse i tjenestene, vi kommer nærmere inn på disse i det følgende.

3.2.1 Forankring

I en implementeringsprosess er det viktig å tidlig oppnå en felles forståelse av hva som skal endres (selve intervensjonen), hvorfor det er behov for endring, og hvordan målet skal nås. Det skal være lett å lære bort hva intervensjonen handler om. Dette omtalte vi i kapitlet om implementering og *Active Implementation Frameworks* (AIFs) som *brukbarhet* [70]. I forsøket på å oppnå en felles forståelse av hva veilederen og oppfølgingsteam handler om, har det vært viktig med en bred forankring av prosjektet på tvers av sektorer og tjenester. Med *forankring* forstår vi at sentrale aktører er sterkt involvert i behovet for, og gjennomføringen av, prosjektet – og at de føler en *forpliktelse* til å implementere veilederen [74]. Ifølge Roland [84] kan mangel på forpliktelse ofte gi sprik i arbeidet, og de ansatte kan miste troen på jobben de skal gjøre. God forankring, positive holdninger til endring, støtte fra ledelsen og kvalitet i opplæringen av de ansatte i det som skal implementeres, er faktorer som påvirker utvikling av forpliktelsen og hvorvidt man får til en kollektiv orientering [85]. Et godt eksempel fra evalueringen er en kommune som etter hvert så behov for å velge ut sju til åtte engasjerte enkeltansatte i organisasjonen som de utropte som "bedringsagenter". Disse var alle koordinatorene og har fått et særskilt ansvar for å sette seg inn i veilederen og formidle hvordan og hvorfor man skal jobbe i oppfølgingsteam. De tester også ut PSFS-skjema og andre verktøy som skal brukes i piloten. Prosjektgruppen i piloten var selv fornøyd med dette grepet, og hadde tro på at oppfølgingsteamtankegangen ville diffusere bedre nedover i organisasjonen enn om de bare informerte selv.

Forankring i søknadsfasen

I forbindelse med søknaden til Helsedirektoratet om å bli pilotkommune ble det stilt krav om forankring i kommuneledelsen og hos fastleger. Kommunene hadde valgt å forankre søknaden i ulike deler av kommunehelsetjenesten, noe som hadde betydning for hvordan prosjektgruppene ble satt sammen, og hvilke faggrupper som har fått være med å prege piloten gjennom deltakelse i prosjektgruppe og eventuell styringsgruppe. I et par av kommunene var også spesialisthelsetjenesten involvert innledningsvis, men pandemien hevet terskelen for å få til samarbeid om tjenesteutvikling i denne perioden. I en av de største kommunene var prosjektet initiert fra toppen av organisasjonen, der kommunaldirektør gjennom flere år hadde ønsket å jobbe for bedre flyt og samarbeid mellom tjenestene. Én av kommunene hadde jobbet systematisk sammen med fastlegene for å kartlegge brukergrupper med store og sammensatte behov over lengre tid, og sett et stort behov for å koordinere tjenestene bedre – særlig i tjenester for voksne. I en annen kommune var man i gang med såkalte pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) rundt utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og anså at oppfølgingsteam ville utfylle dette arbeidet. Her ble prosjektet godt forankret hos de personene som allerede hadde jobbet med samhandlingsteamene. To kommuner utpekte seg med motivasjon ut ifra det de selv beskrev som et godt arbeid de allerede gjorde, og som de ville ha mer trøkk på. En annen kommune ønsket videreføring av et tidligere satsingsområde som hadde ligget litt brakk en periode, og her var legene sterkt inne som prosjekteiere.

Forankringsarbeid som kontinuerlig prosess

Forankringsarbeidet i piloten har hovedsakelig skjedd gjennom at pilotprosjektledere har deltatt på personalmøter, ledermøter og lunsjmøter på tvers i organisasjonen for å fortelle om piloten og veilederen. Prosjektgruppene har også arrangert fagdager, workshops, kompetansehevingstilbud og



koordinatorveiledningstilbud som har blitt brukt som informasjonsarena for piloten. Det er lagt ned et stort forankringsarbeid i alle pilotkommuner, særlig det første halvannet året av prosjektperioden. Evalueringen viste imidlertid at det tok tid før de fleste pilotkommunene selv ordentlig forsto hva det var de skulle implementere, hvor de skulle starte, med hvilke brukergrupper og hvilke verktøy man skulle bruke når det gjaldt alt fra meldeskjema til koordinerende enhet og til tilpasninger av "Hva er viktig for deg?"-skjemaet. Veien ble litt til mens man gikk, med tett oppfølging av, og rapportering til, Helsedirektoratet, samlinger med andre pilotkommuner, individuell prosessveiledning (per kommune) og deltakelse i evalueringen (med de spørsmål det medførte).

Kommunene har gjennom hele prosjektperioden de første tre årene uttrykt at det har vært utfordrende å skulle holde alle relevante aktører i kommunen oppdatert på hva som skjer i piloten, og at dette har krevd mer arbeid enn de hadde forventet. Kommunesammenslåinger, nye stillinger og til dels høy turnover (særlig blant fastleger og kommuneledelse i flere av pilotkommunene) og pandemi, har gjort forankringsarbeidet i piloten mer krevende enn det ville vært i "normalår". Forankringsarbeidet i en implementering er en kontinuerlig prosess, og særlig i startfasen er det viktig å nå ut til de utøverne av intervensjonen som skal bidra til diffusjon nedover i organisasjonen, og særlig linjeledelsen. I tilfeller med høy turnover, mange nyansatte/vikarer og ved store omorganiseringer er det utfordrende. Det kan være et smart grep å sørge for noen forankrende mekanismer som ikke gjør informasjon om intervensjonen og implementeringen helt personavhengig. Å bruke begrepene i veilederen systematisk i offisielle dokumenter fra kommunen, samt i stillingsinstruksjer, nyansattopplæring, kurs og annen veiledning av ansatte vil gjøre forankringsprosessen mindre sårbar. Slik kan man skape diffusjon uten å nødvendigvis høre om intervensjonen direkte fra implementeringsteamet (prosjektgruppen). Et godt eksempel på viktigheten av forankring på toppledelsesnivå, er hvordan én av kommunene fikk rådmannen til å utvikle egne retningslinjer som inneholder klart definerte forpliktelser til å samarbeide for angitte tjenesteområder og delegert myndighet til koordinerende enhet til å peke på hvilken tjeneste som skal avgi koordinator. Erfaring fra piloten viser at dette virker forpliktende på alle sektorer til å samarbeide om brukere, herunder å ta på seg koordineringsansvaret. Prosjektlederen i denne kommunen beskrev det slik:

«Retningslinjer for NN kommune om samarbeid med bruker som har behov for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, koordinator og eventuelt individuell plan og der står det, hvem det gjelder for, det vil si hjelp for følgende tjenestelederne, det vil si at det er et lederansvar og der er det ramset opp alle tjenestene, litt om bakgrunn, at vi skal sikre systematisk og god praksis for tverrfaglig undersøkelse og behov for tjenester, plikt til å tilby koordinator. Ja, kommuneledelsen har det helhetlige ansvaret til å samordne, kommunen har plikt til koordinerende enhet. Så det er ganske mye sånn, den er skrevet litt sånn, format som det står i, som vi får i disse, hva heter det? Veilederne. Definisjoner og målgruppe for retningslinjer, altså disse her er jo liksom tatt fra, veilederen, ja overordnet om samarbeid og arbeidsfordeling, plikt til gjennomføring og forankring, håndtering av uenighet og at det gjelder fra 31. januar i 2020 med rådmannen som underskrift. Sånn at denne her slår, meningen med denne når vi lagde denne var at den skulle slå i hjel alle mulige unnskyldninger på hva som er disse her sine primære oppgaver. Denne fungerer, den bruker vi bare hvis det er noen som prøver å krangle på noe.»

For å oppnå fullskala implementering av en intervensjon er det en forutsetning at det har skjedd en faktisk *endring* i alle relevante deler av organisasjonen. Endringene kan foregå i større eller mindre grad, både på individ- og organisasjonsnivå, og deler av samme organisasjon kan endre seg i ulikt tempo [71, 85]. I flere av pilotkommunene var for eksempel tjenester til hhv. eldre, voksne og barn og unge kommet ulikt langt i å jobbe i henhold til veilederen, noe som gjorde at prosjektgruppene har måttet jobbe på flere nivå samtidig. De mest konkrete endringene i piloten etter tre år har i stor grad vært knyttet til endringer i formelle strukturer og rutiner, noe som også er lettere å måle utvikling i sammenliknet med effekter på brukernivå.

Det er også vårt inntrykk at en del gamle ansvarsgrupper har fungert etter intensjonen i veilederen, noe flere ansatte også har påpekt i intervjuene. Dette kan gjøre det vanskeligere å oppnå full forankring og forståelse for behovet for mer brukerfokuserede og dynamiske arbeidsmetoder hos koordinatorene og oppfølgingsteam-medlemmer.

Forankring hos fastlegene

Når det gjelder forankring hos fastlegene i den første fasen av prosjektet har utprøvingen av risikokartleggingsverktøyet Medrave i piloten bidratt til mye kommunikasjon mellom pilotprosjektgruppen, koordinerende enhet og fastlegene, men dette har i varierende grad bidratt til *forankring av prosjektet* i fastlegetjenestene. I kommuner der fastlegene har opplevd Medrave som nyttig i pilotsammenheng, kan vi si at Medrave har vært en forankrende mekanisme. I kommuner der de har hatt problemer med å få installert og brukt Medrave slik det var tenkt, kan verktøyet ha virket mot sin hensikt forankringsmessig. Spesielt én kommune hadde store problemer med installering over mange måneder, noe som gjorde at fastlegene ble lei. Én av kommunene som hadde gode erfaringer med bruk av Medrave fikk utarbeidet egne guider basert på om man hadde vært i kommunen lenge eller om man var vikar/eller ny som fastlege i kommunen, og hadde gode erfaringer med det i 2021.

I de første intervjuene (2019) virket det som at fastleger med lang fartstid fikk lite ut av Medrave-listene i oppfølgingsteamsammenheng (til tidlig identifisering), mens kommuner med mange vikarer så et potensiale for bruk i de tilfellene de fikk tid til opplæring av vikarene i Medrave. Medrave ble dessuten løftet fram som en svært viktig del av oppfølgingsteampiloten innledningsvis, noe som skapte høye forventninger til verktøyet hos alle parter. I særlig én av kommunene erfarte vi at fastlegene hadde helt andre forventninger til hvilke data verktøyet skulle baseres på, og at de ble skuffet. Ut over i prosjektperioden finner evalueringen at både Helsedirektoratet og pilotprosjektlederne har tonet ned fokuset på Medrave, og heller fokuserer på viktigheten av observasjonskompetanse i alle tjenester. En annen utfordring i første fase av prosjektet har vært at det i de fleste kommunene har tatt tid å komme i gang med de første konkrete oppfølgingsteamene, og fastlegene har uttrykt at det har vært utfordrende å skulle selge inn/motivere pasientene for oppfølgingsteam når de ikke helt selv vet hva det er de tilbyr.

I tidsrommet mars til juni 2021 gjennomførte vi ti Teams-intervju med 11 fastleger i de seks pilotkommunene. På dette tidspunktet mente fastlegene generelt sett at de har fått lite informasjon om prosjektet og lite oppfølging av sin egen deltakelse fra kommunene/prosjektledelsen den siste tiden. I en kommune mener legen at *«det har skjedd veldig lite, og at kommunen har vært veldig passiv»*. Legene som deltar i prosjektet har fått beskjed å sende inn oversikter over risikopasienter, men opplever at *«ingen har fulgt det opp, ingen har purret»*. Denne fastlegen hadde heller ikke blitt kalt inn til noe møte for de pasientene hen har meldt inn som kandidater til oppfølgingsteam.

Av de legene som har startet som fastlege i kommunen etter at pilotprosjektet startet, eller som har blitt en del av pilotprosjektet som resultat av kommunesammenslåing, er det få av de vi intervjuet som var særlig informert om prosjektet. En informant sa: *«Visste ikke at det var en greie – trodde det bare var slik vi jobbet. ... er sånn jeg hadde jobbet uansett»*. I en annen kommune mente informanten at det var lite regelmessig kontakt med "prosjektet oppfølgingsteam"/prosjektledelse, mens hovedkontakten gikk gjennom kommuneoverlegen som brakte informasjonen videre. Dette ble beskrevet som en grei løsning. I en kommune har legene hatt jevnlig besøk av prosjektleder, og en informant erkjenner at prosjektleder prøver å inkludere dem, men mener selv at *«det er begrenset hva vi kan bidra med – nye pasienter er det lite av. Det går på tomgang»*. En informant mener de får betalt for å gjøre svært lite³¹, og at det er ubehagelig. Det er en opplevelse av at det hadde vært bedre å få betalt time for time for de tingene man faktisk gjør. I en

31 Legene har mottatt tilskudd for å delta i piloten.

siste kommune forklarte en informant at det har vært mye utskifting på fastlegesiden, og prosjektet har vært lite frontet i legegruppa. Informanten opplever at oppfølgingsteam er «et sånt sideprosjekt som har pågått på siden av normal drift», at det er et "fremmed prosjekt".

Ut ifra intervjuene danner det seg altså et bilde av at mange av fastlegene/informantene etter tre år synes det er lite informasjon om prosjektet og at de ikke alltid erfarer at de er inkludert. Flere kom med noen ønsker; en etterlyser mer informasjon fra Helsedirektoratet, mens en ønsker å diskutere prosjektet på tvers av fastlegene som deltar i piloten. En annen ønsket seg informasjon og diskusjon med andre i kommunen, inkludert helse- og sosialsjef. Her ligger det implisitt ønske om å få vite mer om prosjektets forankring på ledernivå. En annen mente det er nødvendig at prosjektet diskuteres på tvers av alle kommunale instanser og faggrupper. En siste ønsket seg mer reklame for teamene. Informasjonen om teamene var ønsket på så lokalt nivå som mulig, for eksempel på ALU-møte. Denne fastlegen mente også at kommunen har så mange tilbud «at du må ha en fulltidsstilling for å følge med hva som skjer». Det tyder på et stadig behov for forankring og informasjon om hva oppfølgingsteam er, og hva fastlegenes rolle er i teamarbeidet.

Hva er nytt?

Et helhetsinntrykk etter intervju med ulike aktører i pilotkommunene (prosjektledere, fastleger, enhetsledere, koordinatore og kommuneledelse), er at en sentral årsak til at piloten har opplevdes utfordrende å forankre, er at mange av elementene i veilederen er noe både ledere og ansatte opplevde at de jobbet med allerede (f.eks. koordinering av ansvarsgrupper, tverrfaglig utredning, individuell plan). Det har vært utfordrende for prosjektgruppene å formidle hva som er nytt, og skape engasjement for det. Det har også vært en lang prosess for kommunene å finne ut av hvordan de skal implementere oppfølgingsteam for "nye" brukergrupper (f.eks. eldre). Dette bidrar til kompleksiteten i både intervensjonen og evalueringen. Prosjektlederne i de fleste pilotkommunene har i intervjuene uttrykt at de flere ganger har møtt på kommentarer fra både ledere og tjenestene i retning av "keiserens nye klær" når de har presentert piloten og elementer fra veilederen. Når det likevel er slik at alle pilotkommunene har definert områder/brukergrupper der de ikke jobber godt nok med brukerfokus og tidlig identifisering og koordinering (f.eks. eldre, psykisk helse, rus, barnevern), og flere av kommunene har funnet det nødvendig å endre på grunnleggende strukturer i organiseringen av f.eks. koordinerende enhet og koordinatoropplæring, kan det tyde på at det har vært utfordrende for pilotprosjektgruppene å formulere klart nok hva intervensjonen går ut på, og dermed klare å skape forpliktelse til gjennomføring nedover i organisasjonen. I surveyen vi gjennomførte vinteren 2021 var det få deltakere i oppfølgingsteam som oppga av de følte at teamene føltes som en ny måte å jobbe på. Gitt de mange målgruppene og ulike enhetene i kommunen som er nødvendig å forankre prosjektet hos, er det ikke overraskende at det er mye jobb å skulle få til en kollektiv orientering på tvers av alle relevante enheter³² i en såpass kompleks intervensjon som veilederen er.

I neste delkapittel tar vi for oss ledelsens betydning for strukturer som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene.

3.2.2 Ledelse

Å innføre oppfølgingsteam som arbeidsmetode i henhold til veilederen og gjøre veilederen kjent blant de ansatte, er først og fremst et lederansvar (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten). Ledere på alle nivå skal sikre systematikk i identifisering og utredning av behov hos kommunens innbyggere, eller pasienter i spesialisthelsetjenesten. Det er gjennom virksomhetslederne i kommunen at implementeringen av veilederen og oppfølgingsteam kan føre til full diffusjon av

32 For kommunen omfatter det enheter innen helse og omsorg (inkludert institusjonstjenester, hjemmetjenester, psykisk helse og rus, legetjenester mv.), oppvekst (inkludert barnevern, skole, PPT, barnehage mv.), NAV inkludert sosialtjenesten og eventuell flykning-/integreringstjenester.

intervensjonen ned til brukernivået, via koordinatorene og oppfølgingsteammedlemmene. Hvis lederne i kommunen har "internalisert" veilederen som måten å jobbe på, og stiller forventninger til sine ansatte om at "slik jobber vi i vår kommune", vil det være et godt utgangspunkt for å oppnå full implementering. Derfor er det svært viktig at implementeringen er godt forankret, og forstått, hos enhetslederne i kommunen. Som kompleks intervensjon vil implementeringsprosessen i seg selv kreve sterk prosjektledelse, gjerne i en prosjektgruppesom jobber tett sammen slik at framgang ikke blir veldig sårbart for permisjoner eller jobbskifter.

I Durlak og Dupre [74] er ledelse et av flere kjennetegn på *organisatorisk kapasitet*. Lederskap beskrives som den tredje hoveddriveren i implementeringsrammeverket AIFs (jf. kapittel 1.9.3), og handler om at lederne må bruke de rette, tilpassede strategiene for å adressere ulike typer utfordringer i implementeringsprosessen [86]. Veilederen understreker ledernes ansvar for at pasienter og brukere med behov for tjenester på flere områder får sitt behov avklart gjennom tverrfaglig utredning, og det sikres nødvendig og tilstrekkelig faglig breddekompetanse i utredningen. Det kan være behov for kompetanse fra sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten for å sikre helhetlig tilnærming, og her ser vi i vårt datamateriale at det særlig er utdanningssektoren, barnevern og NAV som er viktige samhandlingsaktører rundt brukere med store og sammensatte behov. Intervjuene våre viste at virksomhetsledere i disse tjenestene i liten grad kjente til veilederen, eller i liten grad oppfattet den som en veileder som angikk deres brukere. Pilotprosjektledere og de som rekrutterer koordinatorene ytret tydelig nødvendigheten av at alle tjenestene rundt en bruker må kunne stille seg disponible for å bidra i koordineringsarbeid, selv om "sørge-for"-ansvaret lå på helsesiden.

Diffusjon av intervensjonen på ledernivå

I evalueringen møter vi ledelse i flere dimensjoner; ledelse av piloten/prosjektgruppen (både fra Helsedirektoratets side og pilotprosjektledere), kommuneledelse, virksomhetsledelse (herunder ledelse av koordinerende enhet som er sentralt) og ledelse av oppfølgingsteam i form av å være koordinator. Alle ledernivåene i kommunen har et ansvar for å ha en struktur som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene i henhold til veilederen. Lederne vil også ha noe ulike roller i ulike deler av implementeringsfasen, jf. figuren fra Meyers mfl. [69] i kapittel 1.9.3 (Figur 1.2). Det har ofte betydning for engasjementet om initiativet til å gjennomføre et utviklingsarbeid kommer eksternt fra (f.eks. nasjonale myndigheter), eller om det kommer fra lederen/tjenestene selv [85]. I pilotprosjektet er det litt begge deler; veilederen er gjeldende for alle kommuner i hele landet, og sånn sett ligger det en eksternt forventning om implementering der fra nasjonale myndigheters side. De seks pilotkommunene ble plukket ut til å delta i implementering av oppfølgingsteam etter å ha valgt å aktivt søke om å få være pilot. Flere av pilotkommunene hadde også bidratt med ansatte i arbeidsgruppen som utarbeidet veilederen. Vi må derfor anta at disse kommunene hadde en indre motivasjon til å starte implementering av oppfølgingsteam, og at de som ble ansatt som prosjektledere for en såpass stor og kompleks implementering var godt motiverte. Det å være flere personer som jobber tett sammen i et implementeringsteam/prosjektgruppe, og ikke minst at enhetslederne går foran og fronter implementeringen, er å anbefale i en såpass kompleks intervensjon.

Vi intervjuet flere ledere i tjenester som er relevante for oppfølgingsteam i 2019. Da hadde lederne i liten grad inngående kunnskap om prosjektet. I surveyen som ble gjennomført i pilotkommunene vinteren 2021 (se vedlegg 6.3 for deskriptiv statistikk), spurte vi også om hvor godt ledere, koordinatorene og teammedlemmer kjente til pilotprosjektet. Totalt sett oppga en femtedel at de var godt kjent med prosjektet, ytterligere 36 prosent svarte at de var noe kjent med prosjektet, 23 prosent var litt kjent med prosjektet mens for 21 prosent var prosjektet helt ukjent. Pilotprosjektet var best kjent blant lederne (halvparten av lederne svarte "godt kjent") og minst blant teammedlemmer (64 prosent svarte ukjent eller lite kjent). Det var kun linjeledere til koordinatorene som var invitert til å delta i surveyen, og således kunne man forventet at enda flere var godt kjent med prosjektet blant lederne etter tre år med pilot. På den andre siden var det relativt få blant lederne som svarte at de var lite kjent eller ukjent med pilotprosjektet. Generelt

fant vi at det var forskjeller mellom kommuner når det gjaldt hvor godt de kjente til piloten, som delvis trolig har med kommunestørrelse å gjøre.

Ledelse av komplekse intervensjoner

Å lede implementering av en kompleks intervensjon som veilederen og oppfølgingsteam er, krever en tydelig leder som setter klare mål, selv er trygg på hva det er som skal endres og hvordan, og som tilrettelegger for læring i organisasjonen. Det trengs en leder som kan motivere sine ansatte og samarbeidspartnere ved å vise hvordan veilederen og oppfølgingsteam henger sammen med kommunens øvrige tjenester og mål. Implementeringslitteraturen løfter fram interne ildsjeler og leder-/administrativ støtte, positivt arbeidsklima, normer vedrørende endring og felles visjoner og åpenhet for å integrere ny praksis som andre kjennetegn ved organisatorisk kapasitet [86]. Som vi også har påpekt andre steder i dette kapitlet, har både pandemi og kommunesammenslåing i fire av seks kommuner bidratt til at den organisatoriske kapasiteten har vært svekket de to siste av tre år med pilot. Basert på intervju med ledere og ansatte i pilotkommunene, og intervju med prosessveileder i ulike år, og survey blant ledere, koordinatore og teammedlemmer i 2021, samt vår deltakelse på samlinger med pilotkommunene, er inntrykket at det tok lenger tid enn aktørene selv forventet å skape en felles forståelse på tvers av pilotkommunene for hva piloten egentlig skulle handle om. For eksempel når det gjaldt å skulle favne alle målgrupper, hvilken rolle individuell plan skulle ha, samt hvordan man skulle få til å måle gevinstrealisering. Da er det heller ikke underlig at piloten har tatt tid å forankre i resten av organisasjonen. Dessuten opplevde pilotprosjektlederne i sammenslåingskommunene merarbeid med "ny" forankring hos ny kommuneledelse etter sammenslåingen, og de har nok opplevd en ekstraordinær situasjon med tanke på tilgjengelighet i ledergruppene. En av prosjektlederne i en større kommune mente i 2020 at det kom til å ta fem til sju år før man kunne si at man har fått til reell endring i hele organisasjonen.

Forankring av veilederen og oppfølgingsteam som arbeidsmåte i skriftlige planer og retningslinjer som går ut fra kommuneledelsen er strukturskapende, og var, som nevnt over, noe flere kommuner som hadde god erfaring med. Skriftlige retningslinjer fra rådmannen når det gjaldt forventning om samhandling mellom helse- og utdanningssektoren, var også et godt eksempel på et rolleavklarende grep. Samtidig vektlegger implementeringslitteraturen at ledere må involvere de ansatte på en måte som gjør at de opplever prosjektet som relevant for seg selv, at det blir prioritert og er organisert slik at alle kan delta og har innflytelse på prosessen [85]. Her kan vi trekke fram pilotkommunenes bruk av samlinger, kurs og workshops med koordinatore underveis i pilotperioden, som de selv gir tilbakemelding om at har vært populære å delta på. Flere av kommunene har brukt prosessveilederen de har hatt tilgang til via prosjektet, til å holde innlegg for en større samling av ansatte i kommunen. De har vært svært fornøyd med å ha en prosessveileder å støtte seg til. Måling og feedback ved hjelp av understøttende tilbakemeldingsmekanismer ble også nevnt som kontekstfaktor i PARIHS-rammeverket, beskrevet i kapittel 1.9: Å legge til rette for jevnlig og adekvat feedback gjennom implementeringsprosessen er et kjennetegn ved fasilitering og en driver i implementeringen. Fra Helsedirektoratets side har det vært tett oppfølging av kommunene med krav om måling av ulike indikatorer for framdrift, mens vi i mindre grad har fanget opp at prosjektgruppene i kommunene har lagt til rette for feedback på implementeringen fra øvrig tjenesteapparat.

Veilederen gir konkrete forslag til hvordan ledere kan ta grep for å sikre identifisering og oppfølging av målgruppen [1]. Både i veilederen, og gjennom våre intervju med ansatte i tjenestene, understrekes det at oppfølgingsteam som konsept må forankres i kommuneledelsen – både oppover (kommunaldirektør/rådmann/helse- og omsorgssjef) og nedover i organisasjonen (virksomhetsledere). Koordinerende enhet må sikres et tydelig mandat og ha en tverrfaglig innretning, og dette er noe vi opplever at pilotkommunene har hatt fokus på i første del av prosjektet. Særlig var koordinatorene vi intervjuet opptatt av at ledelsen må gi de ansatte tid og rom i stillingen sin til å drive koordineringsarbeid i oppfølgingsteamet. Flere av de ansatte vi snakket med, spesielt de med lite kontortid i utgangspunktet, følte ikke at ledelsen anerkjente deres behov

for tid til å utføre koordinatortoppgaver. I neste delkapittel skriver vi om koordinerende enhets rolle knyttet til å skape struktur som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene

3.2.3 Koordinerende enhet som organisatorisk kapasitet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (koordinerende enhet) i kommunene er en hovedaktør i piloten, og har det overordnede "sørge for"-ansvaret for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Dette inkluderer initiering av individuell plan, og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatører (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §7-3, og vår beskrivelse av koordinerende enhet i kapittel 1.6.4). Ressurser og kompetanse i koordinerende enhet vil være avgjørende for kommunens *organisatoriske kapasitet* i forbindelse med implementering av veilederen og oppfølgingsteam. På samme måte som kommunene skal ha en koordinerende enhet, er dette også et krav i spesialisthelsetjenesten, og det ligger forventninger om at disse to samarbeider om pasienter med behov for koordinering. De nye helsefelleskapene skal nettopp fokusere på flere av målgruppene for oppfølgingsteam, og vi antar at veilederen og arbeidsmetodikken den beskriver er noe som integreres i arbeidet med helsefelleskapene framover³³.

I en norsk artikkel som studerte koordinerende enhet i sykehus, konkluderer Høyem mfl. [87] med at det i for liten grad har vært fokusert på strukturer, ressurser og støtte til koordinerende enhet og koordinatørrollen. Videre fant de stor variasjon i tilgangen til gode informasjonssystemer, tverrfaglig kompetanse og organiseringen av teamarbeid mellom sykehus. Dette er problemstillinger vi kjenner igjen i vårt datamateriale fra kommunene. I evalueringen har vi observert hvordan pilotkommunene har valgt å omstrukturere og/eller styrke sin koordinerende enhet i forbindelse med implementering av oppfølgingsteam. Hvis kommuner som ikke har vært med i piloten også viser seg å se samme behov, kan det bety en styrket posisjon for koordinerende enhet i kommunene på sikt når flere kommuner skal jobbe i henhold til veilederen.

Ulikt utgangspunktet

Alle pilotkommunene valgte tidlig å involvere koordinerende enhet i prosjektgruppen. I den av kommunene der pilotprosjektleder selv har vært organisert lengst unna koordinerende enhet, ytret vedkommende selv at det hadde vært en fordel for prosjektet å være ansatt i koordinerende enhet. Dette er et viktig læringspunkt for andre kommuner som skal jobbe med implementering av veilederen. I de fleste pilotkommunene har koordinerende enhet vært direkte involvert i utredning av nye brukere, og i flere tilfeller er ansatte/deltakere i koordinerende enhet også koordinatører i spesielt kompliserte saker. I første fase av prosjektet (2018/2019) viste våre intervju at det var stor variasjon mellom de seks pilotkommunene når det gjaldt:

- selve organiseringen av koordinerende enhet (koordinerende enhet) i kommunen (det varierte fra ingen operativ koordinerende enhet, til svært velfungerende koordinerende enhet),
- hvilken myndighet koordinerende enhet har
- hvor stor stillingsandel som utgjorde fast ansatte i koordinerende enhet (flere av pilotkommunene har valgt å øke denne),
- hvilken kompetanse/fagområder som var representert i koordinerende enhet (spesielt med tanke på om oppvekst/utdanning/barnevern/NAV var involvert, og hvilke enheter som møtte "fast" i koordinerende enhet),
- hvilke kanaler som ble brukt systematisk for å melde om en brukers behov til koordinerende enhet,
- hvordan utredningen ble gjennomført:
 - hvilke fagpersoner som ble involvert

33 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>

- hvor mye ansvar ansatte i koordinerende enhet tok i utredningsfasen og for koordinering
 - hvilke kartleggingsmetoder som ble brukt
 - på hvilken måte brukere og pårørende ble involvert,
- systemer og rutiner for rekruttering, opplæring og veiledning av koordinatører
 - systemer og rutiner for utarbeiding og oppdatering av individuell plan mv.

Samordning på tvers av pilotkommuner

Flere av kommunene har delt informasjons- og opplæringsmateriell med hverandre, og fått inspirasjon til hvordan koordinerende enhet kan organiseres. Sammensetningen av fagkompetanse i koordinerende enhet har vært et tema de fleste pilotkommunene gjorde nye vurderinger av sett i lys av veilederen, og hva de lærte om hvordan andre kommuner har rigget koordinerende enhet. I flere av kommunene inngår representanter fra tjenester som psykisk helse- og rusarbeid, NAV, barnevern og PPT, i tillegg til de mer tradisjonelle medisinske (re)habiliteringstjenestene innenfor fysioterapi og ergoterapi, ansatte i tiltak/boliger for funksjonshemmede, helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, kreft- eller demenskoordinatorer mv. De fleste pilotkommunene har hatt en lav stillingsprosent fast i koordinerende enhet, men samlet enhetsledere til faste møter ukentlig/hver 14. dag for å gjennomgå nye meldinger, fordele ansvar for koordinatørrekruttering og diskutere koordinering generelt. I noen av kommunene dro de også ut sammen på utredning i forbindelse med møtet i koordinerende enhet.

Sammenliknet med oppstartsfasen av piloten har flere av kommunene etter tre år i piloten flere tjenester inne i faste møter i koordinerende enhet, som dermed har blitt mer tverrfaglige i sine vurderinger av nye meldinger. Én av kommunene har også gjort en revurdering av brukermedvirkning inn i koordinerende enhet, og lar nå brukerne som kommer til koordinerende enhet for å legge fram saken sin selv bestemme hvilke tjenester de ønsker skal være til stede i møtet. Før piloten var det mer fastlagt hvilke tjenester som møtte brukeren i koordinerende enhet. Dette er et eksempel på en systemendring på overordnet nivå som både har fremmet brukermedvirkning, og gjort at koordinerende enhet framstår mer dynamisk og effektiv. I kommunen som ikke hadde en operativ koordinerende enhet ved prosjektstart mente fastlegene vi intervjuet at den mest positive effekten av pilotdeltakelse var å få etablert en ny organisasjonskultur med sterkere rammer rundt oppfølgingsarbeidet:

«Men kanskje kan dette oppfølgingsteamarbeidet være med på å skape en ny hensiktsmessig organisasjonskultur der man skaper rammer, at folk faktisk ser nytteverdien av rammer, at man er nødt til å forholde seg til det. Og det tror jeg, hvis dette prosjektet blir vellykket, så er det det som er den største positive effekten; at man endrer retning på, at dette er med på å endre retning på helse- og omsorgssektoren sin jobb mens vi forholder oss til de utfordringene som vi har, og kanskje det letter din hverdag på denne planleggingen og struktureringen».

Fastlege

KE som tilrettelegger for helhetlig koordinering

I veilederen går det fram at kommunen må sikre enhetlige rutiner og tydelig struktur for «veien inn til tjenestene» og tydelighet om hvem som har ansvar og myndighet til å innvilge tjenester. De fleste kommuner har lagt saksbehandling og delegert myndighet for tildeling av et stort omfang av helse- og omsorgstjenester til forvaltningsenhet/bestillerenhet, som skal sikre god utredning før de fatter vedtak. Selv om myndigheten oftest er avgrenset til helse- og omsorgstjenester, påpeker veilederen viktigheten av at enheten ser tjenester i sammenheng med tiltak fra andre sektorer, frivillige og spesialisthelsetjenesten. I starten av piloten var det uklart for kommunene om oppfølgingsteam skulle være en vedtaksbasert tjeneste eller ikke, men dette er ikke et krav i veilederen og de gikk bort fra dette. Flere av pilotkommunene har organisert koordinerende enhet sammen med forvaltnings-/bestillerenheten.

I den nasjonale veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator presiseres viktigheten av tydelig rolleavklaring og at det ikke legges urealistiske forventninger til koordinator. Koordinatoren må ha myndighet til å lede samarbeidsprosessen. Ifølge veilederen bør som hovedregel mandat til å innvilge tjenester ikke tillegges koordinator eller det øvrige i teamet, men evalueringen viser at det i små kommuner vil kunne overlappes. Det er ikke ressurser til noe annet. I småkommunene vil koordinerende enhet/tildelingskontor i større grad bidra inn i enkeltsaker. Koordinator må sikre at behov meldes videre til koordinerende enhet for nødvendig tverrfaglig vurdering. Det er naturlig at det tverrfaglige teamet bidrar med dokumentasjon i vurdering/revurdering av vedtak sammen med de som har myndighet til å innvilge tjenester, som eksempelvis forvaltningskontor/tildelingskontor. Surveyen vi gjennomførte vinteren 2021 viste at det har vært mest vanlig å bli oppnevnt til koordinator av koordinerende enhet/tildelingsenhet. Det var også like vanlig at koordinerende enhet opprettet selve oppfølgingsteamet, som at koordinatoren selv gjorde det. Et funn i evalueringen var at få eldre ble henvist til koordinerende enhet med tanke på å få etablert oppfølgingsteam, dette diskuteres nærmere i neste kapittel.

Oppsummert kan vi si at koordinerende enhet skal fungere som en velkoordinert blekksprut sentralt plassert i kommunen, med en arm med i alt som skjer av koordineringsarbeid rundt brukere med store og sammensatte behov. God kompetanse og personlig egnethet til å drive ledelse, nettverksarbeid (også mellom sektorer/nivå), tverrfaglig samarbeid og praktisk koordineringsarbeid, er egenskaper ansatte i koordinerende enhet bør ha. Eksempler på sentrale elementer for organisatorisk kapasitet og konkrete oppgaver som løses av koordinerende enhet slik det framgår av våre funn i evalueringen, presenteres i Tabell 3.2.

Tabell 3.2 Struktur og oppgaver i koordinerende enhet i kommunen.

Organisatorisk kapasitet og struktur	Oppgaver
God administrativ forankring	Aktivt ivareta brukermedvirkning
Tydelig ansvarsfordeling, klart mandat	Sørge for tverrfaglig utredning (PSFS-skjema, fagspesifikke verktøy/skjema)
Synlighet i organisasjonen (organisert høyt opp)	Koordinatorrekruttering direkte eller via enhetsledere (oppfølgingsteam, alle sektorer)
Nedfelte prosedyrer og rutiner	Koordinatoropplæring og -veiledning og beslutningsstøtte (IP, elektroniske samhandlingsverktøy, PSFS-skjema, motiverende intervju mv.)
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten	Kompetanseheving og fasilitering (koordinatortrening, kurs i møteledelse, møttestruktur)
Kompetanse, både faglig og på koordinering	Lede oppfølgingsteam som koordinator i komplekse saker
Samarbeid med andre sektorer bør formaliseres	

3.2.4 Læringspunkter

- ✓ Implementering av veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, *uavhengig av diagnose eller alder*, innebærer å gjennomføre en kompleks intervensjon på mange nivå, og vil kreve et sterkt og engasjert implementeringsteam. Det vil sannsynligvis ta flere år før man kan se resultater av

implementeringen på alle nivå i kommunen. Resultater i pilotkommunene etter tre år, tilsa at det var behov for forlengelse av prosjektperioden.

- ✓ Implementering av veilederen og oppfølgingsteam må forankres hos ledere i alle ledd av organisasjonen, på tvers av sektorer, nivå og tjenester. Fastleger/kommuneoverlege og virksomhetsledere i samarbeidende sektorer som utdanning/skole, barnevern og NAV bør inviteres med i implementeringsarbeidet på et tidlig tidspunkt slik at veilederen forankres godt på tvers av sektorer. Koordinatorrekruttering og koordinatorstøtte blir et viktig diskusjonstema.
- ✓ Det vil være behov for å drive kontinuerlig forankringsarbeid både oppover og nedover i organisasjonen helt til veilederen er implementert. Både toppledelse og linjeledelse må involveres over tid. Planlegg for dette. Implementeringsansvarlig bør også sørge for forankring i helsefelleskap, pasientforløp til og fra spesialisthelsetjenesten er også relevant for oppfølgingsteam.
- ✓ Avklar med samarbeidende sektorer at helse- og omsorgstjenestene kan ha hovedansvaret for brukeren, selv om en annen sektor stiller med koordinator. At kommuneledelsen formulerer en skriftlig retningslinje for hvordan tjenestene skal samarbeide om oppfølgingsteam, tydeliggjør forpliktelsen til å samarbeide..
- ✓ I forarbeidet til implementeringen; jobb systematisk med å kartlegge hvor nært opptil veilederen ulike deler av helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer (oppvekst/barnevern/NAV) allerede jobber. Enkelttjenester vil stå på ulike trinn i "implementeringstrappa", og jo bedre man klarer å tilpasse implementeringsprosessen den enkelte tjenestes utgangsnivå, jo mer nyttig vil endringsarbeidet oppleves for den enkelte ansatte.
- ✓ Start med å se på organiseringen av tjenestene og undersøk om kommunen har alle grunnleggende strukturer på plass for å jobbe i henhold til veilederen:
 - strukturer og verktøy som sikrer brukermedvirkning i alle ledd
 - en tverrfaglig sammensatt koordinerende enhet/bestillerkontor med et klart mandat og beslutningsmyndighet i kommunen,
 - rutiner og gode henvisningsskjema for melding av brukere (i alle målgrupper) som skal vurderes for oppfølgingsteam
 - e-meldingssystemer mellom fastleger, tjenestene og koordinerende enhet,
 - system for utarbeiding og jevnlig evaluering av individuell plan, PSFS og IPLOS
 - skriftlige retningslinjer med hensyn til ansvar og samarbeidsforpliktelser
 - oversikt over kompetanse, kompetanseplaner og tilbud om kontinuerlig kompetanseheving for koordinatorene og teammedlemmer
 - lag en oversikt over alle tjenester i kommunen som kan bli involvert i oppfølgingsteam – og distribuere til fastleger og tjenestene. Gjerne en nettbasert løsning som raskt kan oppdateres.
- ✓ Ledere på alle nivå må opparbeide en grunnleggende god forståelse for hva som skal implementeres, hvorfor det er viktig, *hva som er nytt* (/kan bli bedre) sammenliknet med hvordan tjenesten deres jobber i dag og hva deres rolle i implementeringen skal være. Viktige stikkord er:
 - inkludering av *alle* brukergrupper med store og sammensatte behov, *uavhengig av diagnose eller alder*, for individuell plan og oppfølgingsteam,
 - *bruker- og pårørendeinvolvering* og "Hva er viktig for deg?"-tankegang,
 - *koordinatorrolle (innhold, rammevilkår og støtte)*
 - *observasjonskompetanse* og

○ *dynamikk* i sammensetning av teamet over tid.

- ✓ Lag en implementeringsplan som evalueres underveis. Bruk gjerne en prosessveileder med god kjennskap til kommunenes helse- og omsorgstjenester og samarbeidende sektorer generelt.
- ✓ Tenk *verdi* (for samfunn, kommunen, tjenesteutøverne og brukerne) av å jobbe i henhold til veilederen, og let etter måter å måle utvikling (kvantitative mål og erfaringsinnhenting) systematisk over tid.
- ✓ Koordinerende enhet er helt sentral i implementering av veilederen. Resultatene fra evalueringen viser at implementeringsteamet med fordel kan være nært knyttet opp til koordinerende enhet, og at koordinerende enhet vil være en viktig kunnskapsbase for koordinatørarbeid, koordinatørstøtte- og veiledning, individuell plan og behovsutredning (inkludert sentrale utredningsverktøy og generelt god kjennskap til bredden i kommunens tilbud).
- ✓ Det kan være behov for egne spesialiserte stillinger for koordinatører som tar de mest komplekse sakene, men dette står ikke i motsetning til at alle som jobber i tjenestene potensielt kan bli koordinatør.
- ✓ Vurder om koordinatørrollen skal beskrives nærmere i stillingsinstruksjoner og stillingsutlysninger, dette er med å styre forventningene til arbeidsoppgavene.
- ✓ Det er et lederansvar å gi koordinatorene nok tid til å drive koordineringsarbeid. Snakk med koordinatorene om hva de trenger for å kunne gjøre jobben sin tilfredsstillende, og om det er noe de ønsker kompetanseheving på.
- ✓ Engasjer et utvalg personer med særlig personlig egnethet, sterk koordinatørkompetanse og god forståelse av hva intervensjonen/implementeringen innebærer, til å være "bedringsagenter" i organisasjonen. Bruk disse som koordinatørstøtte og inspirasjon for andre.
- ✓ Sats på god koordinatørutdanning og koordinatørstøtte, der kurs i møteledelse og møtestruktur har vist seg å være etterspurt hos koordinatører i pilotkommunene.
- ✓ Koordinatør, individuell plan og strukturert tverrfaglig oppfølging i team er ikke nytt, men å få en hel organisasjon til å jobbe brukerfokusert etter "Hva er viktig for deg?" handler om å få til en kulturrendring – det kan være kompleks øvelse. Vær forberedt på "keiserens nye klær"-tilbakemeldinger og ha konkrete svar og eksempler på hvor endringsbehovet ligger, hvor dere kan bli bedre.
- ✓ Noen tjenester, faggrupper og koordinatører vil være skikkelig gode fra før – lær av dem, bruk dem til støtte og veiledning av resten av organisasjonen – og på tvers av sektorer.

3.3 Resultatmål 2: Tidlig identifisering av personer med risiko for helse- og funksjonsfall

Det andre resultatmålet for implementering av oppfølgingsteam er at kommunene skal identifisere personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig. Det innebærer at tjenestene må ha kompetanse og verktøy og oppmerksomheten rettet mot å identifisere personer som står i fare for å utvikle store, sammensatte helseutfordringer. Også pårørende kan ha en rolle i å identifisere personer som har behov for koordinert oppfølging. I tillegg vil en tverrfaglig utredning være av betydning for å avdekke alle områder der en person kan ha behov for hjelp og oppfølging. Vi behandler derfor tverrfaglig utredning og PFSF i dette delkapitlet, selv om bruken av verktøyet og arbeidsmetodikken knyttet til PFSF naturligvis utspiller seg innenfor rammene av teamet, som tas opp i kapittel 3.4.

Arbeidet med tidlig identifisering og tverrfaglig utredning har vært tatt opp i intervjuene i alle faser av evalueringen. Når det gjelder identifisering av pasienter, har bruken og nytten av risikokartleggingsverktøyet Medrave hos fastlegene særlig vært debattert, men informanter fra alle deler av tjenestene har vært innom temaet. Når det gjelder tverrfaglig utredning og vurdering av brukerens hjelpebehov har PSFS blitt introdusert i pilotkommunene, og informantene har delt sine erfaringer rundt dette.

3.3.1 Tidlig identifisering

Tidlig identifisering av brukere med behov for strukturert tverrfaglig oppfølging dreier seg både om å identifisere behov hos nye brukere som ikke har tjenester fra før og endring i behov hos kjente brukere. Å være en tjenesteutøver som aktivt bidrar til tidlig identifisering av brukere, krever kunnskap om flere ting. Det krever for det første kunnskap om prosjektet ("Oppfølgingsteam") som sådan og målsetningen om å "komme tidlig inn". Det krever for det andre observasjonskompetanse som gjør en i stand til å avdekke behov tidlig, og det krever at det eksisterer systemer og rutiner for å melde inn pasienter og at man har kunnskap om hvordan de skal benyttes. Slik kunnskap og kompetanse kan knyttes til kjennetegn ved tjenesteutøverne, som innbefatter deres profesjonelle og individuelle tankesett, samt hvilke normer og interesser som sirkulerer i den enheten de arbeider i [74, 75].

Tidlig identifisering av brukere/pasienter skal ifølge veilederen potensielt sett skje alle steder i kommunen. Intervjuene i starten av pilotperioden viste imidlertid at flere hadde en oppfatning av at det særlig var fastlegene som skulle gjøre den tidlige identifiseringen ved hjelp av Medrave. Selv om det ble kommunisert fra flere hold at *alle* skulle identifisere, er vårt inntrykk at det likevel ble mye oppmerksomhet på fastlegenes rolle i tidlig identifisering, og at det reduserte oppmerksomheten på de andre tjenestene. Det ser altså ut som forståelsen av hvem som skulle gjøre den tidlige identifiseringen ikke helt nådde fram til alle tjenesteutøvere, til tross for at prosjektledelsen var bevisst på at alle skulle gjøre det. Fokuset på fastlegenes rolle kan også ha sammenheng med at bruken av Medrave som identifiseringsverktøy var "det nye" i piloten. For andre tjenester var det strengt tatt "business as usual", og for prosjektgruppene rundt om i kommunene var dette kanskje vanskeligere å kommunisere og et mer krevende budskap å nå fram med. Ettersom prosjektet har pågått i lengre tid, er vårt inntrykk at oppmerksomheten på fastlegenes rolle i tidlig identifisering har blitt mindre.

Intervjuene med tjenesteutøvere (altså ansatte utover prosjektledelsen) ble gjort våren 2019 og hovedbudskapet var at mange tjenester naturlig nok identifiserte, meldte inn og fulgte opp brukere med store og sammensatte behov, men at det var variasjon mellom hvor godt spesifikke grupper ble identifisert. Personer med utviklingshemming, barn og unge og personer med psykisk helse-problematikk, ble nevnt som grupper som i alle fall ble tidlig identifisert (hvilket ikke betyr at de får optimalt med oppfølging, tvert om for de to siste gruppene). Rutiner for melding var heller ikke på plass i alle kommuner. Flere av kommunene

snakket videre på dette tidlige tidspunktet om å revidere sine søknadsskjemaer inn til tjenestene, slik at de i større grad kunne kartlegge funksjon og behov allerede i søknadsfasen.

Fra oppstarten av piloten har altså kommunene jobbet med å etablere *rutiner* for å melde pasienter som er identifisert som kandidater for oppfølgingsteam. Våren 2021 oppsummerte vi at rutineene for identifisering og utredning av behov syntes å ha satt seg i løpet av 2020, og alle kommunene fikk meldt potensielle brukere til vurdering for oppfølgingsteam i løpet av året. Fastlegene melder via PLO-meldinger til kommunens koordinerende enhet, og det finnes søknadsskjema tilgjengelig på kommunenes nettsider som kan benyttes av andre tjenester, pårørende og brukere selv. Sånn sett kan vi si at en instrumentell/konkret del av oppfølging av brukere med store og sammensatte behov nå er nedfelt i rutiner i pilotkommunene. Sett fra implementeringslitteraturen betyr det at brukbarhet i intervensjonen og programintegritet styrkes betraktelig [86]. Uten et velfungerende system for å melde inn brukere, er det vanskelig å realisere målet om tidlig identifisering, og ikke minst følge opp de identifiserte brukerne. Alle kommunene hadde måter å melde brukere til koordinerende enhet/et tjenestekontor før prosjektet startet opp, og de fleste hadde utviklet rutiner rundt melding av brukere. Fastlegene har lang tradisjon for å melde via PLO-meldinger. Vi kan derfor tenke oss at det ikke skulle så store justeringer og presiseringer til før dette systemet var på plass, og at dette er av de enklere elementene å implementere i oppfølgingsteam. Samtidig, å ha et meldesystem er viktig, men ikke på noen måte tilstrekkelig, for å nå målet om at personer med risiko for helse- og funksjonsfall skal *identifiseres* tidlig.

Ut ifra intervjuene, ser det ut som noen brukergrupper identifiseres tidligere/lettere enn andre. Veilederen sier, som nevnt tidligere, at *alle* personer som har store og sammensatte behov, og som har behov for koordinerte tjenester, er i målgruppa for oppfølgingsteam. Målgruppa er altså alders- og diagnoseuavhengig, og veilederen eksemplifiserer også en rekke brukergrupper for å tydeliggjøre dette poenget. Likevel er det tydelig at kommunene har tilnærmet seg utfordringen med tidlig identifisering og avgrensning av målgrupper på ulike måter. Tidlig i prosjektperioden forklarte flere prosjektledere (ev. deltakere i prosjektgruppe) at de syntes det var lettere å starte med en eller flere definerte brukergrupper i stedet for å fokusere på alle. Hvilken gruppe som ble valgt hang typisk sammen med om gruppa var godt ivaretatt fra før eller ikke. I de første intervjuene vi gjorde med prosjektlederne fra desember 2018 til januar 2019 beskrev de hvilke/n målgruppe de særlig ville satse på. En kommune ønsket særlig å jobbe bedre med barn og unge, en annen trakk fram personer med psykiske vansker, mens en tredje fremhevet voksne generelt, siden barn og unge allerede ble systematisk fulgt opp. Kun en kommune sa eksplisitt at de ville jobbe med *alle personer* med store og sammensatte behov. Ettersom tiden har gått, ser det ut som alle kommunene har utvidet målgruppa de vil jobbe med. Tett oppfølging fra Helsedirektoratet bidro til en mer ensartet tilnærming. Det er viktig å presisere at alle prosjektmedlemmer vi har intervjuet har visst at målgruppa for oppfølgingsteam er alders- og diagnoseuavhengig. Mange har likevel argumentert for at når man skal implementere et tankesett og en arbeidsform som er såpass kompleks, har det vært hensiktsmessig å redusere kompleksiteten i starten ved å starte arbeidet målrettet mot noen utvalgte brukergrupper.

Hva kan forklare de ulike tilnærmingerne? Ser vi til implementeringslitteraturen, er det en forutsetning å ha kunnskap om intervensjonen [76] – det vil si at alle tjenesteutøvere i kommunen må ha fått informasjon om oppfølgingsteam, og om at alle målgrupper er aktuelle for et slikt team/en slik arbeidsmetodikk. Deretter må de vite hva de skal gjøre når de har identifisert en mulig kandidat for oppfølgingsteam. I forrige avsnitt pekte vi på at systemer for melding av brukere delvis allerede var på plass, og flere rutiner for melding kom til etter hvert, blant annet ble det gjort endringer i søknadsskjema. Det er altså andre forhold enn mangel på system som gjør at kommunene valgte å starte opp med å fokusere på utvalgte brukergrupper heller enn alle. Ut ifra QIF-rammeverket [69] handler fase 1 om å gjøre innledende vurderinger av settingen. Det handler blant annet om vurdere kapasitet og modenhet i organisasjonen, og å vurdere i hvilken grad intervensjonen passer med organisasjonens eksisterende arbeidspraksis. Vi kan derfor tolke fokuset på enkelte brukergrupper til at prosjektledelsen for det første vurderte at deler av organisasjonen ikke hadde

verken kapasitet eller kompetanse til å jobbe aktivt med tidlig identifisering. For det andre er tidlig identifisering og melding til et oppfølgingsteam en mer fremmed praksis i noen tjenester enn i andre, for eksempel i hjemmetjenesten. Det kan derfor ha vært en argumentasjon for å velge ut akkurat de brukergruppene som ble valgt ut.

Selv om de fleste brukergrupper per i dag kan sies å være vurdert som relevante for oppfølgingsteam i kommunene, er gruppa eldre hjemmeboende fortsatt lite representert blant de som får tilbud om det. Dette på tross av at Helsedirektoratet har snakket mye om at denne gruppa må få mer oppmerksomhet, og at mange eldre hjemmeboende kan trenge et oppfølgingsteam. Hva kan det skyldes at kommunene i så liten grad identifiserer og tilbyr oppfølgingsteam til dem? Evalueringen har ikke noe entydig svar på det, men mange informanter (fastleger, prosjektledelse og ansatte i hjemmetjenestene) har forklart at de opplever at kontakten mellom fastleger og hjemmesykepleien rundt denne brukergruppa er jevn og generelt sett god. Hjemmeboende kan også ha en primærkontakt, som fungerer som brukerens faste kontaktpunkt mot tjenestene. Sett slik kan kommunene oppleve at eldre hjemmeboende får ivaretatt sine behov uten at de trenger å tilbys et oppfølgingsteam. Vi kan forstå dette i lys av Meyer m.fl. sin [69] idé om "fit" mellom intervensjonen og behov i kommunen. Det kan være slik at et oppfølgingsteam og rutiner rundt dette oppleves som unødig omfattende, og at tjenesteutøverne vurderer at eldre ivaretas tilfredsstillende slik det er. Det kan også skyldes at det er liten tradisjon og kultur for å danne diagnoseuavhengige team rundt en bruker. Mange eldre er jo i målgruppa for demensteam og oppfølging av kreftkoordinator/kreftsykepleier, men dette er diagnosespesifikk oppfølging. En forklaring på at eldre i liten grad blir vurdert (og får) oppfølgingsteam kan derfor handle om kultur og om endringsvilje i hjemmetjenestene (jf. [72]). Sistnevnte kan igjen forstås ut ifra at hjemmetjenesten er en tjeneste som er presset på kapasitet, og der det jobber forholdsvis mange ufaglærte. I en av pilotkommunene har de imidlertid ganske enkelt omdøpt hjemmeboendes primærkontakt til koordinator, og de øvrige tjenestene brukeren har kontakt med utover hjemmesykepleien, utgjør brukerens oppfølgingsteam. Hjemmesykepleien og fastlegen har allerede en tett kontakt, og utgjør slik sett allerede et lite team, forklarte kommunen. Å utforme en mer strukturert og systematisk oppfølging av brukeren, kan altså starte i det små.

3.3.2 Medrave til bruk for tidlig identifisering

Risikokartleggingsverktøyet Medrave ble innført som en slags pilot i piloten for å teste ut om verktøyet kunne bidra til å identifisere pasienter på fastlegens liste som trenger bedre strukturert, tverrfaglig oppfølging. Som påpekt over, framsto det i den første fasen av piloten, at Medraves betydning for tidlig identifisering fikk uforholdsmessig mye oppmerksomhet blant kommunene. Samtidig var det ikke unaturlig, siden det tross alt er første gang i Norge at fastleger tester ut et risikokartleggingsverktøy. I senere tid har også UNN startet å teste ut Medrave, men i evalueringen har vi per i dag ikke innhentet innsikt om deres erfaringer.

Etter den første intervjurunden med prosjektgruppene (desember 2018 til januar 2019) oppsummerte vi deres tanker om, og forventninger til, Medrave slik: Fastlegene virker å være godt inkludert i prosjektet, noe den konkrete installasjonen av Medrave også bidrar til. Det har vært en del tekniske problemer med installering av Medrave, særlig i en kommune, men ultimo mars 2019 virker alle kommunene å ha installert programmet på de fleste av kontorene til fastlegene som skal være med i piloten. Av de som har prøvd ut risikokartleggingsverktøyet, er det få som har fått seg noen overraskelser. De aller fleste oppdager pasienter som de visste hadde store hjelpebehov fra før. Kommuner med høy grad av vikarbruk ser at Medrave kan være ekstra nyttig for vikarlegene. I tillegg framkom det i den første intervjurunden med prosjektgruppene at det å gi fastlegene gratis tilgang til Medrave også ble oppfattet som en måte å forankre prosjektet hos legene.

I perioden mai til juni 2021 intervjuet vi fastleger i alle pilotkommunene, og de fleste av dem var nå kritiske til nytten av Medrave for å identifisere pasienter med behov for oppfølgingsteam. Et fåtall mente at programmet er særlig nyttig for leger som er lite kjent med lista si (nyansatte/vikarer, etc.). Men generelt var det en holdning at Medrave hadde blitt solgt inn med forventninger som det ikke tilfredsstillende. Det er særlig treffsikkerheten til Medrave-algoritmen som debatteres blant legene. Klarer programmet å identifisere de som er i målgruppa til oppfølgingsteam? Gitt at Medrave baserer seg utelukkende på informasjon som finnes i pasientjournalen, betyr det for det første at det er kritisk at informasjonen i journalen er oppdatert og korrekt. Selv om dette er tilfelle, mener mange at algoritmen ikke treffer godt nok. Blant annet ble det pekt på at de som er sjelden hos fastlegen ikke blir fanget opp fordi det da er sparsomt med opplysninger som kan bidra til identifikasjon. De som er dårlige etterspørrere, for eksempel unge med psykiske plager, vil derfor ikke bli identifisert. De fleste fastlegene hadde vanskelig for å se at risikokartleggingsmodulen kan brukes til å løse problemet med dårlige etterspørrere, men én av legene mente at man kunne kombinere informasjon om diagnoser med tid fra siste konsultasjon, og dermed dekke om det var noen med alvorlig sykdom som ikke hadde vært hos fastlegen på ei stund.

Fastlegenes rolle i tidlig identifisering — og da særlig bruken av Medrave, er interessant å diskutere ut ifra implementeringslitteraturen. Litt brutalt kan man si at implementeringen av Medrave slett ikke har vært vellykket, og det har trolig mange årsaker. Men før vi går nærmere inn på det, er det viktig å understreke at fastlegene alltid har hatt – og fortsatt har — en rolle i å identifisere og melde pasienter som har behov for flere tjenester til kommunen.

Når det gjelder innsalget av Medrave til fastlegene, tyder intervjuene på at i alle fall en del leger har gått inn i prosjektet med en feil forventning om hva Medrave faktisk kan bidra med. Som evaluatorer kom vi inn i prosjektet etter oppstart, og vi kjenner ikke detaljert til forhistorien om valget av Medrave og vurderingen av verktøyets nytte fra de som besluttet at det skulle testes ut i piloten. Det kan imidlertid se ut som kommunikasjonen fra prosjektledelse/prosjekteier/leverandør til fastlegene omkring hva verktøyet kan gjøre ikke har vært god nok, altså at evidensen og brukbarheten ved (elementer av) intervensjonen ikke har framkommet tydelig [72]. Ettersom de fleste legene ikke har opplevd at verktøyet gir dem noe særlig ekstra (utover arbeid), vil barrierer som mangel på motivasjon og manglende tro på resultater medvirke til mindre bruk, og kanskje enda mindre nytte [76]. Vi vil også stille spørsmål ved legenes muligheter til å påvirke utviklingen av risikokartleggingsverktøyet. Det ville vært gunstig for legenes engasjement og for videreutvikling av verktøyet at legene fikk spille inn erfaringer og endringsønsker, og at disse ble tatt hensyn til i nye versjoner. Tilpasning til tjenesteutøvers preferanser, praksis og behov vil øke sannsynligheten for en vellykket implementering [74]. I tillegg har mange leger opplevd tekniske problemer med Medrave, noe som i lengre perioder har gjort det umulig å bruke verktøyet. Det er selvfølgelig en stor barriere for å få testet ut verktøyet og brukt det i tidlig identifisering [74, 76]. Som nevnt over, er det leger som ikke er kjent med lista si som opplever størst nytte av verktøyet. Ut ifra implementeringslitteraturen, er opplevd nytte av en intervensjon en viktig determinant for vellykket implementering [72]. I en kommune har de laget forskjellig informasjon om Medrave til henholdsvis erfarne og uerfarne leger. Tilpasset informasjon kan være hensiktsmessig og bidra til bedre forståelse av hva verktøyet kan bidra med.

3.3.3 Utredning av behov: observasjonskompetanse og PSFS

Både i prosessen med tidlig identifisering og i den videre utredningen av behov, er observasjonskompetanse hos tjenesteutøverne som møter brukeren viktig. Observasjonskompetanse betyr at man evner å oppdage endring i helsetilstand og funksjonsnivå så raskt som mulig, for deretter å sette inn nødvendige tiltak (herunder oppfølgingsteam). Det finnes flere verktøy som kan hjelpe til med å gjøre treffsikre observasjoner, for eksempel ABCDE og NEWS.³⁴ Videre skal alle pilotkommunene bruke PSFS som hjelp i et systematisk

34 Observasjonskompetanse - Helsebiblioteket.no

utredningsarbeid. PSFS skal sikre brukermedvirkning i tildelingsprosessen og i videre oppfølging. Skjemaet bidrar til å sette mål og utvikle tiltak for å nå målene³⁵

Oppmerksomheten på observasjonskompetanse har økt betraktelig, slik vi oppfatter det, gjennom prosjektperioden. I de første intervjuene med prosjektgruppa (2018-2019), og med en lang rekke tjenesteutøvere i kommunen i 2019, var det lite eksplisitt snakk om observasjonskompetanse, selv om temaet kompetanse og oppmerksomhet på å identifisere behov var temaer som vi tok opp – og som ble snakket om. I de siste intervjuene med prosjektgruppene (høsten 2020 og høsten 2021) kan det oppsummert se ut som kommunene jobber mer målrettet med å øke observasjonskompetansen hos de ansatte. Erfaringer med PSFS har videre vært et tema alle kommunene har snakket om.

Helsedirektoratet og pilotkommunene besluttet at pilotkommunene skulle ta i bruk PSFS for brukere med oppfølgingsteam, og prosjektlederne måtte etter hvert – som en del av statusrapporteringen til Helsedirektoratet – oppgi hvor mange ganger skjemaet er brukt. Oppmerksomheten på PSFS fra Helsedirektoratet ser ut ifra intervjuene tydelig å ha gjort at kommunene startet å reflektere rundt bruken, utarbeide rutiner og starte med opplæring av ansatte. I rapporteringen som omfattet perioden 2019 til tidlig 2020, rapporterte imidlertid ingen kommuner at de hadde brukt PSFS til å kartlegge brukerne. I et internt notat som oppsummerte intervjuene høsten 2019 beskrev vi at informantene snakket betraktelig mer om PSFS og "Hva er viktig for deg?" i intervjuene sammenliknet med våren 2019, uten at vi trengte å spørre direkte om det. Kommunene hadde kommet ulikt med implementering av skjemaet i organisasjonen, og på intervjutidspunktet lot det til å gjenstå en god del arbeid før skjemaet brukes systematisk på alle brukere med oppfølgingsteam. Dette gjenspeilet seg også i rapporteringen.

Utover 2020 arrangerte kommunene forskjellige typer kurs, hvorav noen støttet opp under bruk av PSFS. Det har omfattet e-læringskurs, webinarer og podkurs, siden pandemien har forhindret at folk kunne møtes fysisk. I surveyen som koordinatorene og ledere svarte på våren 2020, svarte om lag fire av ti av koordinatorene (38 prosent), at de hadde deltatt på kurs i "hva er viktig for deg?/PSFS". Det vil si at flertallet på det tidspunktet *ikke* hadde fått noen spesifikk opplæring i bruken av PSFS. Noen av kommunene hadde imidlertid kurs om observasjonskompetanse og identifisering, samt om motiverende intervju senere i 2020 (etter at surveyen var gjennomført), så vi kan anta at kunnskapen om bruk av PSFS er økende.

Når informantene har snakket om PSFS, er det flere temaer som blir tatt opp. For det første mener flere informanter at PSFS ikke er et skjema som egner seg for alle brukere med store og sammensatte behov, men at det må utvises skjønn for hvem det skal brukes på. For det andre problematiserer noen informanter tidspunktet for når skjemaet skal brukes. Flere i tjenestene mener at PSFS ikke er et skjema de ønsker å ta fram på første møte med brukeren, men at det er en fordel å kjenne brukeren en stund før man gjør kartleggingen og setter målene. Et tredje tema er overlapp og mulig erstatning av PSFS med spørsmål som uansett stilles til brukere som har IP/SamPro. Flere informanter opplever at det er de samme spørsmålene som stilles ved hjelp av PSFS og i arbeidet med en individuell plan. Det kan gjøre at PSFS oppleves overflødig for de som allerede har individuell plan, at man gjentar spørsmål som allerede er stilt som kan oppleves frustrerende for bruker/pårørende. Et fjerde punkt er det forskjellige utgangspunktet tjenesteutøverne har for å ta i bruk PSFS. Intervjuene viste at noen ansattgrupper er mer vant til – og dermed har mer kompetanse på – å jobbe i tråd med en "hva er viktig for deg?"-tankegang. For andre grupper er dette mer fremmed, forklarte flere informanter. Vi tolker det slik at det for en del grupper vil kreves både en kulturendring og en grundig opplæring før de kan starte med PSFS. En annen tilbakemelding som prosjektledere har fått er knyttet til at PSFS-skjemaet det er tungvint å bruke, det er ikke digitalt, det må scannes, hvor skal det lagres?

35 Hva er viktig for deg?-skjema (Pasientspesifikk funksjonsskala - PSFS) - FHI

En pilotkommunene viste til at det var mye positiv tilbakemelding om aktivitetshjulet, men at det var mer utfordrende å sette dette inn i en aktivitetsplan, å velge ut aktiviteter og evaluere dem.

PSFS er altså per desember 2021 ikke tatt systematisk i bruk i pilotkommunene, og vi ser fra intervjuene at kommunene er i en fase med opplæring og utvikling av rutiner med påfølgende justeringer av dem. Vi ser også at kommunene gjør sine lokale tilpasninger i bruken. I en kommune som har kommet forholdsvis langt i arbeidet med PSFS har de for eksempel pilotert skjemaet på brukere, tatt med seg tilbakemeldinger og justert det. De har laget lokale varianter av skjemaet, med smilefjesskala i svarkategoriene hvis man møter barn og unge eller andre som har vanskelig for å uttrykke seg. I en annen kommune har de valgt å sende ut PSFS-skjemaet i posten til brukerne, med en forklaring på hvordan det skal brukes, og at de skal fylle ut med visse mellomrom slik at kommunen kan oppdage endringer. Oppsummert ser vi at mottakelsen av PSFS blant ansatte har vært noe blandet, slik det framkommer i intervjuer med prosjektgruppene. Litt optimistisk tolket kan vi si at det ser ut som det er en avventende positiv holdning til skjemaet og arbeidsmetodikken. Men det framkommer også meninger som «*Det der kan vi bare ikke bruke tid på*» og at det er «*meningsløst*» å bruke fordi man likevel kjenner brukeren så godt. Den største utfordringen slik bildet tegner seg fra datamaterialet vårt, er likevel å få PSFS systematisk implementert for alle brukere med behov for oppfølgingsteam. Dit er det svært langt fram.

Når det gjelder fastlegene har temaet PFSF også vært tatt opp i intervjuer, men det har ikke hatt samme oppmerksomhet som hos prosjektledelsen. Intervjuene tyder på at fastlegene anvender en PSFS-tankegang, men de fyller ikke ut skjema. Vi har lite data på dette temaet, men det kan se ut som det er en utbredt tilnærming å være spørrende og undersøke hva som er viktig hos pasienten. Men det er tvilsomt om dette er et resultat av pilotprosjektet.

Temaet "observasjonskompetanse" har, som nevnt over, blitt tatt hyppigere opp i de siste intervjuene enn i de første. Det er tydelig at dette er et begrep som også har blitt satt mer på dagsorden. Det blir gjerne satt i sammenheng med bruken av PSFS. Vår forståelse er at det er viktig at denne ferdigheten styrkes, og at det er mange som trenger trening i dette. Noen prosjektgrupper forteller at kommunen har tatt i bruk NEWS og/eller ABCDE som kartleggingsinstrument. Boksen under viser et godt eksempel — hentet fra intervju med en prosjektgruppe i oktober 2021 — på betydningen av observasjonskompetanse.

«...vi har lagt PSFS, altså «hva er viktig for deg?» i, ikke i det første møte med pasienten, men litt tidlig i det første møte med pasienten, og det er jo litt interessante funn man får, som går på observasjonskompetanse. Det siste eksemplet [brukeren] hadde, var det å pusse sølvtøyet, at sølvtøyet var fint. Det er jo kjempeinteressant, fordi da skal du være ganske drevne på observasjonskompetanse for å tenke, hvorfor er det nå blitt viktig for deg at sølvtøyet nå er fint, var det lettere å pusse det før, har det skjedd noe med hendene dine, grepet ditt og så videre, og så videre? Det er egentlig veldig, veldig interessant og det er egentlig ganske vanskelig.»

Videre skal vi konsentrere oss om implementeringen av PSFS, og hvordan vi kan forstå den prosessen. Sett fra kommunenes synspunkt kommer kravet om å ta i bruk PSFS ovenfra. Det kan i utgangspunktet bety utfordringer, fordi de som har bestemt ovenfra ikke godt nok kjenner til aktørenes behov, preferanser og muligheter for å innføre tiltaket i praksis [76]. Kort sagt kan det bli dårlig "fit" mellom intensjoner og hva kommunene kan gjøre i praksis (ibid.). I dette tilfellet hadde alle kommunene meldt inn til Helsedirektoratet i forkant om hvilke kartleggingskjemaer de benyttet og om PSFS var et av dem. De færreste brukte PSFS fra før, men i en kommune var det noen deler av tjenesten som brukte det. PSFS er tilsynelatende et enkelt skjema, men når informantene snakker om hvordan de jobber for å innføre det, er det ikke så enkelt likevel. Dette samsvarer med Olsen m.fl. [88] sin studie som fremhever at å stille spørsmålet "hva er viktig for deg?"

krever kunnskap og kompetanse hos helsepersonell. I deres studie undersøkte de bruken av PSFS knyttet til eldre brukere som flyttet mellom tjenestenivåer. De fant at for å klare å bruke en "hva er viktig for deg"-tilnærming til brukerne, var det nødvendig at helsepersonell hadde kunnskap om hvordan, når og hvor man skulle stille spørsmålet/ha samtalen. Vi ser fra vårt materiale at kommunene jobber med akkurat disse tingene. Flere kurser sine ansatte i metodikken, som er et viktig skritt på veien mot kompetanse til å gjennomføre PSFS-skjemaet og samtalen. Videre ser vi at kommunene prøver seg på litt forskjellige tilnærminger til når og hvor ofte PSFS skal brukes. Ingen av kommunene opplever det som rett fram og enkelt å bruke PSFS.

Kommunene har foreløpig ikke holdt på veldig lenge med implementeringen av PSFS i oppfølgingsteam. Det kan delvis forklare hvorfor innføringen har kommet kort. All implementering av nye tiltak er tidkrevende, selv forholdsvis enkle tiltak [83]. I dette tilfellet er det i tillegg snakk om å innføre et instrument og en arbeidsmåte som krever ganske mye kompetanse og justering av arbeidspraksis for å få det til [88]. I tillegg skal det gjøres i alle deler av tjenestene og for alle brukergrupper som skal ha oppfølgingsteam. Selv om PSFS ikke har blitt tatt systematisk i bruk i tjenestene, er det fra et implementeringsperspektiv verdt å merke seg at ansatte og prosjektledelse er mer bevisst på det, snakker mer om det og jobber med å modne organisasjonen til å ta det i bruk. Slike aktiviteter kan ses på som et uttrykk for egenrederingsstrategier og muligheter for lokal tilpasning i egen organisasjon, elementer som beskrives som fase 1 i *The Quality Implementation Framework* [69]. Fordi instrumentet framstår som enkelt, kan man undervurdere kommunenes behov for å forberede og modne organisasjonen på å ta det i bruk. Intervjuene, støttet av implementeringsteorien, viser likevel at dette er et nødvendig første skritt i en implementering, og at kommunene i skrivende stund ikke har kommet lenger enn til fase 1 i implementeringen av PSFS.

Intervjuene viste at flere tjenesteutøvere mener at skjemaet ikke kan brukes for alle brukere, og at det i visse tilfeller oppleves unyttig. Noen informanter uttrykker rett og slett motstand mot å ta i bruk PSFS. Slike holdninger og oppfatninger vil kunne utgjøre en stor barriere mot fullskala implementering. Kjennetegn og holdninger hos utøverne som skal ta i bruk en ny intervensjon kan fungere både som hemmere og fremmere for implementering [67, 74]. For eksempel er manglende tro på resultater/effekter en viktig hemmer, som springer ut fra aktørenes forventninger [76]. I pilotkommunene – og i andre kommuner som vil innføre PSFS – må prosjektgruppa forholde seg til manglende motivasjon og kanskje til og med motstand. Lokale tilpasninger, og ikke minst å vise at PSFS er nyttig, vil kunne hjelpe på en slik barriere.

3.3.4 Læringspunkter

- ✓ Fastlegene har en viktig rolle i å identifisere pasienter som kan ha nytte av oppfølgingsteam, men pasienter som sjelden er hos legen vil vanskelig bli identifisert her.
- ✓ Alle deler av tjenestene må følgelig ha som ansvar å identifisere brukere med store og sammensatte behov.
- ✓ Risikokartleggingsverktøyet Medrave kan være nyttig for leger som ikke er kjent med lista si, men mindre nyttig for leger som kjenner lista godt.
- ✓ Medrave bør betraktes som et støtteverktøy for identifisering, og ikke et verktøy som i seg selv kan identifisere brukere som har behov for oppfølgingsteam.



- ✓ Kommunene må ha, og gjøre kjent for alle ansatte, hva som er rutiner for hvordan man kan melde brukere som kan trenge oppfølgingsteam.
- ✓ Hva er viktig for deg? /PSFS framstår som et enkelt spørsmål, men er det ikke. Arbeidsmetodikken knyttet til PSFS krever kompetanse hos de ansatte, og det kreves trolig tilpasning av skjemaet til forskjellige brukergrupper.
- ✓ Kommuner kan innføre oppfølgingsteam uten at PSFS innføres systematisk, men kartlegging av livsområder og en sterk grad av brukerinvolvering, må da ivaretas på annet vis.

3.4 Resultatmål 3: Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform på tvers av virksomhet, sektor og nivå

Det tredje resultatmålet i piloten er at kommunene skal ha implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå. I ordet "strukturert" ligger det at arbeidet skal være systematisk når det gjelder brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid over tid, det skal utformes en plan for oppfølgingen med mål, delmål og tiltak, og både mål og tiltak skal evalueres underveis. I kapittel 7 i veilederen gis en detaljert beskrivelse av hva som må være på plass i et oppfølgingsteam.

I dette kapitlet drøfter vi hva som har hemmet og fremmet implementeringsprosessen i pilotkommunene når det gjelder å innføre strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsmetode. Tiden det har tatt før prosjektgruppene selv har sagt at de er "i gang" med oppfølgingsteam, har variert fra noen måneder inn i prosjektperioden til nesten tre år. I vår survey blant ledere, koordinatore og deltakere i oppfølgingsteam vinteren 2021, skåret ledere klart bedre enn koordinatore og teamdeltakere på opplevde forbedringer på en rekke indikatorer i tjenestene i prosjektperioden (se Figur 6.39 i vedlegg). Koordinatore skåret også i gjennomsnitt bedre enn teamdeltakere, og vi tolker dette som at det fortsatt vil ta tid før oppfølgingsteam oppleves som en bedre måte å jobbe på for tjenesteutøverne som deltar i teamene.

En kompliserende faktor for både implementeringen og evalueringen er at det som skal implementeres (oppfølgingsteam) ikke nødvendigvis skiller seg så mye fra slik man har jobbet med velfungerende ansvarsgrupper tidligere. Brukererfaringene som drøftes i kapittel 4 sammen med inntrykk fra intervju med ansatte og prosjektgruppene i pilotkommunene viser at praksis når det gjelder arbeidsform i ansvarsgruppene varierer mye. Noen ansvarsgrupper har fungert godt mens andre har vært store og lite dynamiske. Brukermedvirkning, koordinering, tverrfaglighet og samhandling har vært satsingsområder fra myndighetenes side i mange år. Det vil være viktig å jobbe systematisk med å kartlegge hvor nært opptil veilederen ulike deler av helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer (oppvekst/barnevern/NAV) allerede jobber, før man går i gang med implementeringen. Enkelttjenester vil stå på ulike trinn i "implementeringstrappa", og jo bedre man klarer å tilpasse implementeringsprosessen den enkelte tjenestes utgangsnivå, jo mer nyttig vil endringsarbeidet oppleves for den enkelte ansatte.

Vi drøfter her teamarbeid og koordinering sett fra kommunenes side (prosjektleder, prosjektgruppe, ledere og tjenesteutøvere, herunder ansatte som innehar koordinatroller, ansatte som deltar i teamarbeid og fastleger). Brukerne og pårørendes erfaringer med koordinering, inkludert erfaringer med koordinator, individuell plan og oppfølgingsteam/ansvarsgrupper er beskrevet i kapittel 4.

3.4.1 Koordinatorrollen

Når en person er utredet og funnet å ha behov for oppfølgingsteam og/eller koordinator³⁶ utnevner enten koordinerende enhet en koordinator direkte, eller gir enhetsledere i oppdrag å peke ut en koordinator i sin enhet. Gangen i dette gjøres litt ulikt mellom kommuner, men også mellom saker innad i en kommune. I veilederen er det beskrevet hvordan en koordinator ifølge lovverket skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Bevissthet om å være pasientens og brukerens koordinator, og ikke primært en ryddeaktør i "systemet" vektlegges. Det er også understreket at pasient og brukers ønske skal vektlegges ved valg av koordinator, og vi opplever at pilotkommunene forsøker å tilrettelegge for dette i de tilfellene brukeren selv ytrer ønske om en spesiell person (i surveyen finner vi at rundt 30 prosent av koordinatorene hadde opplevd

36 Man kan ha koordinator uten at man nødvendigvis har oppfølgingsteam.

at brukeren selv foreslo dem). Det vi i mindre grad kan si noe om, er hvorvidt alle brukere (eller pårørende) systematisk gjøres oppmerksom på at de har et slikt valg. Brukererfaringene som vises i kapittel 4 viser eksempler på at det ikke alltid er tilfelle. I små kommuner er det naturlig nok mer utfordrende å få til et reelt valg enn i store kommuner, da det er et begrenset antall ansatte tilgjengelig for koordinering i hver enkelt tjeneste.

Durlak og Dupre [74] har *utøverkjennetegn* som en hovedgruppe av faktorer som påvirker implementeringen. Koordinatoren er en slik sentral *utøver* i oppfølgingsteamet. Forfatterne peker på viktigheten av opplevd behov for intervensjonen, opplevd nytte av intervensjonen, selvurdert evne til å gjøre det som er forventet og å ha nødvendige ferdigheter (ibid.). Ettersom koordinatoren er den som skal lede oppfølgingsteamet, er det viktig at vedkommende forstår hva det innebærer å jobbe i henhold til intensjonene i veilederen, og kan formidle denne kunnskapen videre til teamdeltakerne. Av 93 koordinatorene som svarte på vår survey i pilotkommunene (2021), var det 24 prosent som oppga at de kjente godt til pilotprosjektet, mens 40 prosent svarte "noe kjent". Evalueringen finner at det er behov for å forankre veilederen og piloten bedre på koordinatornivå de to siste årene i prosjektperioden, og sørge for at koordinatorene ikke bare får opplæring i praktiske metoder for koordinering, men også *forstår* hva det vil si å jobbe i henhold til veilederen og, siden praksis har variert mye, hvordan oppfølgingsteam kan skille seg fra det å jobbe i tilsvarende team tidligere. I kapittel 4 kan vi lese om et tilfelle der personen som var utpekt som koordinatoren ikke selv visste hva rollen innebar. Koordinatoren kan være en viktig aktør for å få til både en holdnings- og kulturendring mer i tråd med veilederen der brukeren, og brukerens behov, alltid skal være i sentrum. Det gjenstår en del jobb i de fleste kommunene før andre sektorer som utdanning, barnevern og NAV er en naturlig del av koordinatorporteføljen, men det finnes tiltak som kan hjelpe på rekrutteringen fra disse sektorene, noe vi kommer inn på i avsnittene under.

Koordinatorrekruttering

Det mest vanlige (ifølge vår survey i 2021) var at koordinerende enhet eller tildelingsenheten i kommunen oppnevnte koordinator. Rundt én tredjedel av koordinatorene oppga at brukeren selv foreslo vedkommende som koordinator, og omtrent like mange ble foreslått av lederen sin. I de tre første årene av prosjektperioden har kommunene rapportert at det har vært utfordrende å rekruttere koordinatorene. Dette gjelder i alle enheter, men spesielt tjenester utenfor helse- og omsorg (oppvekstsektoren, barnevern og NAV). En styrer i en barnehage vi intervjuet i 2019 så for eksempel ikke for seg at noen i skole eller barnehage skulle være koordinator, gitt at det nærmest må være «*en heltidsjobb å være en koordinator*». Gjennom intervjuene fikk vi høre mange historier om hvordan ansatte vegrer seg for å være koordinator, og om tjenester (og ledere) som ikke vil ta på seg koordineringsansvar. En holdning flere av enhetslederne ble møtt med når de forsøkte å rekruttere koordinatorene var «*skal vi gjøre det i tillegg til alt annet?*», og at koordinatorene opplevde at de ikke fikk satt av tid fra ledelsen til å utføre selve koordineringsjobben (telefoner, e-meldinger, møtebooking, bruk av elektroniske samhandlingsverktøy mv.).

Samtidig har vi i intervjuene eksempler på at selv om en ansatt får satt av tid til koordinering, passer det ikke alltid inn i turnus og i den praktiske hverdagen. For eksempel kan det hende at koordinator ikke får tak i brukeren den dagen hun/han skal jobbe med planen. En koordinator forteller at det kan bli utfordrende å få tid til koordinering når framgang avhenger av at både bruker, koordinator (som kanskje jobber turnus) og de samarbeidende tjenestene skal ha tid samtidig:

«Min leder har vært fin og sagt at "dere får de og de og de dagene til å koordinere", god tid, lagt til rette for det. Men - så er det ikke mulig å få tak i bruker denne den dagen. For det er ikke noe svar. Men det kan bli i morgen - men da går jeg i turnus, ikke sant? Så det er sånne praktiske ting - selv om det er godt forankret, så er det litt lykketreff om det går an å koordinere den dagen. For noen ganger så blir ting utsatt; "nei vi har ikke bestemt oss ennå, vi må vente lite granne til, og så kan vi snakkes om det på fredag." Jeg er ikke på jobb da, ikke sant!».

I intervju med prosjektgruppene i pilotkommunene mente flere at prosjektet har skapt større aksept blant enhetsledere for at ansatte skal være koordinator, og at lederne selv i noen tilfeller kan ha vært en flaskehals for rekruttering av koordinator. God kommunikasjon mellom koordinerende enhet og enhetslederne blir viktig i så måte, og her synes pilotprosjektet å ha skapt en arena for informasjonsutveksling og bedre kjennskap til hverandres roller. Lederstøtte til koordinatorene må ikke undervurderes, og vil kunne være av stor betydning for både koordinatorenes holdninger til å ta på seg rollen, og den faktiske utøvelsen av rollen. I surveyen vi gjennomførte vinteren 2021 svarte en tredjedel av lederne at det var lett å rekruttere koordinatorene, mens resten opplevde det som krevende i en eller annen grad. Hele 28 prosent mente det som oftest, eller alltid, var vanskelig å rekruttere koordinator.

Videre kom det tilbakemeldinger i intervjuene om at en del koordinatorene opplevde å mangle kompetanse på møteledelse, og det å skulle delegere oppgaver og ansvar til andre. I surveyen (2021) var det imidlertid bare ti prosent av koordinatorene som oppgav at manglende kompetanse var en årsak de hadde brukt for å takke nei til å være koordinator. Den hyppigste årsaken til å takke nei var at de ikke var "den rette", men at det fantes andre som var bedre egnet. Tidsmangel kom på andreplass med 18 prosent. Når vi spurte koordinatorene om hvordan de alt i alt vurderte sin rolle, var det 17 prosent som var svært komfortabel med å være koordinator, 49 prosent syntes det stort sett gikk greit, mens de resterende 34 prosentene helst så at de slapp, eller var direkte ukomfortabel med koordinatorrollen. Vår spørreundersøkelse er for liten til å kunne slå fast at dette er representativt for alle norske kommuner, men hvis over en tredjedel av koordinatorene ikke er helt komfortable med å være koordinator, er det stort forbedringspotensial for å jobbe med trygging av koordinatorene. Opplæring og veiledning av koordinatorene er som nevnt i kapittel 1.6.4 og 3.2.3 en lovpålagt rolle for Koordinerende enhet.

Spesialiserte koordinatorstillinger

En viktig diskusjon som kom opp tidlig i pilotprosjektet var bruken av mer spesialiserte koordinatorstillinger som kun jobbet som koordinator, og dermed kunne ta et større antall saker. Fordelen ved dette slik kommunene framstilte det, var at de kunne ha enkeltpersoner med god personlig egnethet som koordinator, og som får såpass mye mengdetrening i koordinatorrollen at de blir veldig godt kjent med kommunens tjenester, koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, planverktøy for individuell plan osv. De kunne også være ressurspersoner for andre fagpersoner i tjenestene som også er koordinator. Ulempen ved en slik spesialisering kan være at koordinatortjenesten blir veldig sårbar for fravær, og at man kanskje ikke får trent det øvrige personalet godt nok på de komplekse sakene.

I starten av pilotperioden oppfattet vi at det ble en slags enighet blant pilotkommunene om at spesialiserte koordinatorene i egne stillinger ikke var veien å gå. Helsedirektoratet anbefalte heller ikke en slik løsning, og ønsker heller en profesjonalisering av rollen i form av at alle som er koordinator blir tilbudt kompetansehevede tiltak. Men ettersom antall oppfølgingsteam har vokst i løpet av perioden, tyder de sist gjennomførte intervjuene med pilotprosjektledere høsten 2021 på at noen av kommunene har begynt å tenke i retning av mer koordinatorspesialisering igjen. Én av kommunene har begynt å bruke kreftkoordinator til å ta flere saker for andre diagnosegrupper. En annen pilotprosjektleder fortalte at de i budsjettforslaget for 2022 har fremmet forslag om at fire personer skal ansettes i to 100 prosent-stillinger som koordinatorene, slik at de jobber 50 prosent som koordinator og 50 prosent i sine "vanlige" stillinger (fysioterapeut, sykepleier mv.). Samtidig har de fokus på at stillingene må bekles av minst fire koordinatorene for at det ikke skal bli for sårbart, samtidig som det må være koordinatorene ute i tjenestene også. De fire er tenkt å ta hånd om de mest komplekse sakene, som de særlig ser blant barn og unge som ikke er utredet ennå. At kommunene har "spesialiserte koordinatorene" betyr altså ikke at de har lagt bort intensjonen om

at koordinatoren er blant tjenesteutøverne. Spesialiserte koordinatorene har gått inn i spesielt krevende saker og i noen tilfeller kun i oppstartsfasen til "ting" er på plass.

Koordinator versus primærkontakt eller kontaktperson

Utover i prosjektperioden har det blitt økt fokus på eldre sitt behov for koordinator og oppfølgingsteam (mye grunnet trykk på dette fra Helsedirektoratets side). I samtlige pilotkommuner så man at eldre i liten grad har hatt individuell plan, koordinator og/eller oppfølgingsteam tidligere. Men mange eldre tjenstemottakere har en såkalt primærkontakt (særlig i hjemmetjenesten/sykehjem), som har ansvar for både pårørendekontakt og koordinering av tjenester. I hvilken grad primærkontakten fyller rollen som koordinator for brukere med behov for koordinert oppfølging vil trolig variere. I intervju med tjenestene, pilotprosjektledere og fastlegene, virker mange av de ansatte å være fornøyd med primærkontaktordningen. Mange av de med primærkontakt har trolig heller ikke behov for omfattende tverrfaglig koordinering. Tre år inn i pilotprosjektperioden er det fortsatt uavklart om primærkontakt for de med behov for tverrfaglig koordinering omgjøres til koordinator. Et par av kommunene har også opplevd å få meldinger om personer som utredes for oppfølgingsteam, men der resultatet har vært at det har vært nok med bare en kontaktperson vedkommende kan henvende seg til. At det å få et telefonnummer til noen har vært nok til å trygge brukeren. I henhold til litteraturen om programintegritet versus tilpasning, er funksjon viktigere enn form for at intensjonene i veilederen sikres [77, 78, 80].

Et annet godt eksempel på dette fikk vi fra en av de minste kommunene i piloten, som selv sier at de ikke har vært så streng på hvem som skal få vurdering til oppfølgingsteam. De har vektlagt at det skal være pasientens egne oppfatninger av situasjonen som sier noe om vedkommende trenger oppfølging eller ikke. At det kan være en subjektiv opplevelse at man trenger hjelp, og at kommunen derfor ønsker å ha lav terskel for å gjøre en tverrfaglig utredning. Så får man vurdere om det kanskje bare trengs en koordinator, og ikke nødvendigvis et helt team, som prosjektleder sa. De har bl.a. fått meldt en pasient via fastlegen til oppfølgingsteam som ikke hadde noen tjenester fra før, men som opplevde at livet var kaos en periode. Å få en koordinator i kommunen var tilstrekkelig for å roe situasjonen. Sitatet under er fra intervju med en pilotprosjektleder (2021):

«Det de sier på koordinerende enhet, det er at det har kommet noen henvendelser som de har stussa litt på for at det er for eksempel ingen som har, det har kommet henvendelser ifra legene på noen som ikke har noen kommunale tjenester, men likevel meldes det inn behov for koordinator, og liksom «hva gjør vi da?» For da er det jo noen pasienter de har inne hos seg som sliter med veldig mye forskjellig, og de vet liksom ikke helt hvor de skal begynne å nøste hen, kanskje ikke. De har ikke noen støttekontakt per nå, de har ikke noe hjemmetjeneste eller noe medisintdeling eller, nei. Så der har jo koordinerende enhet sagt at de tar en tverrfaglig vurdering, og så er det ikke sikkert at det er koordinator som blir løsningen, men de blir på en måte litt kjent med brukeren, tross alt. Så vet jeg nå at de avtaler mer at «tar kontakt, har han på blokka og tar kontakt igjen om ei stund» eller «hvordan det går», for en samtale i det minste.»

I intervju med prosjektledere høsten 2021 merket vi at flere var opptatt av at det må kunne være en gradering av oppfølging fra kommunen – ikke bare enten koordinator/oppfølgingsteam eller ingenting. Dette indikerer at det skjer en utvikling blant kommunene i retning av en mer fleksibel tilnærming til oppfølging, som må tolkes å være i tråd med intensjonen i veilederen om individuelt tilpasset oppfølging.

En annen diskusjon hva angår ulike varianter av koordinator, er at det har blitt lovpålagt med egne barnekoordinatorer fra 2021 (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §7-2 a), og flere av pilotkommunene sier nå at de vil jobbe etter BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats). BTI virker på mange måter å sammenfalle med oppfølgingsteam for barn, og er bygget på samme prinsipper for tverrfaglig oppfølging. Dette er også noe som kan påvirke koordinator- og teambegrepsbruken, og er noe evalueringen vil følge med på videre.

Koordinatoropplæring

Mens noen kommuner allerede drev systematisk koordinatoropplæring, og hadde grunnleggende strukturer for tverrfaglig utredning og oppfølging på plass før piloten, var det andre kommuner som i liten grad hadde drevet systematisk koordinatoropplæring. Flere av pilotkommunene har hatt såkalt koordinatorskole både før piloten og underveis. I én av kommunene hadde de "åpen dag" med jevne mellomrom, slik at koordinatorene kunne komme og jobbe med planer og koordinering, mens ansatte i koordinerende enhet var tilgjengelig for support. I regi av prosjektgruppene i piloten har alle kommunene hatt workshops eller samlinger for koordinatorene der man har gjennomgått koordinatorrollen, lovverk, møteledelse, bruk av elektroniske planverktøy, individuell plan osv. Koordinatoropplæring har vært et viktig satsingsområde i alle pilotkommunene etter at de ble med i prosjektet, men her har begrensede muligheter for fysiske samlinger under pandemien forsinket dette arbeidet, og gjort at det siste året ble preget av digitale kurs. Flere av pilotprosjektlederne nevnte blant annet innføringskurset om individuell plan og koordinator som Helsedirektoratet har utviklet. Kurset går over to timer og består av tre moduler med både teori og praktiske oppgaver³⁷. Kurs i motiverende intervju har også vært gjennomført i flere kommuner i løpet av pandemien, og ble av to pilotprosjektledere pekt på som nyttig i lys av bruken av "Hva er viktig for deg?"-skjemaet³⁸.

Hva hemmer og fremmer engasjerte koordinatorene for oppfølgingsteam?

Surveyen vinteren 2021 viste at hver fjerde koordinator hadde tidligere takket nei til å være koordinator og nær halvparten hadde opplevd å ha lyst til å takke nei. Surveyen viste også at flertallet av koordinatorene vurderte at de i stor eller svært stor grad har kompetanse i form av personlig egenskaper (74 prosent), utdanning (69 prosent) og erfaring (59 prosent) for å utøve koordinatorrollen. Litt over halvparten vurderte også at de hadde tilgjengelige verktøy for å utføre oppgaven (58 prosent) og støtte fra sin leder (54 prosent). Men, og kun 22 prosent opplevde i stor grad å ha nok tid til å fylle rollen.

Hvordan kan man så henses med individuell motstand og lav interesse for å ta på seg koordinatoroppgaver? Én av koordinatorene stilte spørsmål ved om det i det hele tatt går an å si nei til å være koordinator. Hun forteller at hun «ble litt overrasket når man snakker om at det er mange som ikke har lyst til å være – men det er en lovpålagt oppgave, så jeg tenker: "Er det noe man kan velge?». En virksomhetsleder beskrev hvordan interessen for å bli koordinator generelt sett er liten i kommunen, men hvordan de jobber for å "selge det inn" som noe de ansatte kan vokse på. God koordinering setter innbyggerne i stand til å mestre eget liv, slik at det kan frigjøres tid til de brukerne som ikke klarer det. Hun fortalte at kommunen gjerne først spør ansatte om å ta på seg koordinatoroppgaven. Dersom ingen melder seg, blir oppgaven presentert som noe de ansatte *må* gjøre, altså at det er en ordinær del av arbeidsoppgavene deres. En annen informant i samme kommune, mente at det å være koordinator er en del av jobben som man bare må forvente at man skal drive på med. Hun forklarer at de ikke har stillingsbeskrivelser i hennes enhet, men at de har delegasjonsbestemmelser som sier noe om hvem som har hvilket ansvar og hvem som skal gjøre hva, og det blir forventet at det gjelder koordinator også. Å inkludere koordinatorrollen i stillingsbeskrivelser og utlyste stillinger kan være et lurt grep fra ledelsens side, for å skape forventning om at dette er noe som ligger i jobben. Samtidig bør man være lydhør for at kanskje ikke alle personligheter eger seg til å lede oppfølgingsteam, og personlig egnethet er et tema som koordinatorene selv også løfter fram som en barriere (se under). Manglende selvtillit, tro på egne evner eller personlig egnethet, er barrierer for implementering som også er framhevet i litteraturen [76].

I surveyen gjennomført vinteren 2021 ga vi koordinatorene anledning til å skrive i fritekst hva de liker best og dårligst ved å være koordinator. Hyppig nevnte tema på plussiden er oppsummert i boksen nedenfor, og illustrert ved et sitat av en engasjert koordinator i en av pilotkommunene.

37 <https://laeringsplattformen.difi.no/kurs/983544622/innforingskurs-om-individuell-plan-og-koordinator>

38 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

- Samarbeidet med andre tjenester, teamopplevelse.
- Få oversikt over hele situasjonen til brukeren.
- Bidra til brukermedvirkning og myndiggjøring.
- Hjelp brukeren og de pårørende.
- Selvutviklende.
- Naturlig del av jobben.

«Svært meningsfullt å kunne bidra til at sårbare mennesker og deira pårørende får oppleve grundigare samtalar, kartlegging, meir koordinerte og målretta tiltak. Oppleve at dei, til trass for svært krevjande livssituasjonar, finn rom for ro, større tryggleik, oversikt, oppnår betre kjensle av å bli sett, forstått og gitt nødvendig plass til seg og sine utfordringar, håp og mål. Nesten like viktig i arbeidet er det å oppleve at eksisterande tenestene, kollegaer, opplever større mening, motivasjon, pågangsmot og felles innsikt. Det gir mening å bidra til auka trivsel på arbeidsplassane, større oppleving av felles innsats, tette fallgruver/ "hål" i samarbeidet».

De hyppigste temaene som ble trukket fram som det koordinatorene liker minst ved rollen, er oppsummert i boksen nedenfor. Tidspress og manglende allokering av tid til å være koordinator er den enkeltårsaken som oftest oppgis som det man minst liker ved å være koordinator. Usikkerhet i rollen, utfordringer når det gjelder å lede teammøter og manglende opplæring, er også blant faktorene som de liker minst. Det er også problematisk at koordinatorrollen ikke er tydelig definert og avklart, og at man kan stå i situasjoner hvor man har flere roller overfor brukeren. Det ligger til lederansvaret at alle disse faktorene kommer på plass. Gitt at pilotkommunene skal ha jobbet med dette, kan dette tyde på at det fortsatt gjenstår arbeid opp mot enhetslederne før koordinatorene opplever at de har nok tid (og gode nok verktøy) til å løse oppgavene.

- Tidspress og manglende allokering av tid.
- Utfordringer med samarbeid.
- Ikke gode nok verktøy.
- Utilstrekkelighet og usikkerhet i rollen.
- Møteledelse.
- Mangler opplæring.
- Personlig egnethet.
- Uavklart rolle.
- Rolleblending.
- Plassering av koordinatorrollen.

En koordinator nevnte bekymringen for at dette kan gå utover kvalitet i arbeidet og rettigheter til brukeren: «Tidsbruken. Følelsen av utilstrekkelighet når en får oppgaver fordi man er koordinator, men føler ikke man har kompetanse til å gjøre denne oppgaven. Ansvar som ligger i å hjelpe familier som ikke på egen hånd klarer/har mulighet til å finne frem i mylderet av lovverk og rettigheter. Redselen for at en familie går glipp av viktig hjelp/støtte fordi jeg som koordinator ikke kan nok. Koordinatorrollen kommer oppå alle andre oppgaver, man gjør det ikke ofte nok til å bli skikkelig god på det».

3.4.2 Tverrfaglig teamsammensetning og dynamikk

Ifølge vår survey blant koordinatorene i pilotkommunene, var det omtrent like vanlig at koordinator selv oppnevnte/etablerte oppfølgingsteamet, som at koordinerende enhet gjorde det. I noen få tilfeller er det koordinatorens leder, eller brukerens fastlege, som etablerer oppfølgingsteamene. Det tverrfaglige teamet

vil, avhengig av brukerens alder og behov, typisk bestå av ansatte fra helse- og omsorgstjenestene (inkludert spesialisthelsetjenesten ved behov), fastleger, NAV, oppvekst (skole/barnehage, PPT) og/eller barnevern [89]. Oppfølgingsteamet kan også bestå av kun to fagprofesjoner hvis det er behovet (f.eks. fastlege og sykepleiere). Av de 93 koordinatorene som besvarte vår survey, var den største kategorien sykepleiere (23 prosent) etterfulgt av vernepleiere (18 prosent) og helsesykepleiere (13 prosent). De fleste koordinatorene og oppfølgingsteammedlemmer som besvarte vår survey (N = 172) hadde utdanning på høyskole- eller universitetsnivå, bare henholdsvis fem og 11 prosent hadde utdanning på lavere nivå. Tre av fire koordinatorene hadde høyskole- eller universitetsutdanning på lavere grad, mens om lag halvparten av teammedlemmene hadde dette utdanningsnivået. Det er ingen krav om at fastlegen *må* inngå i oppfølgingsteamet, men fastlegen har alltid det medisinskfaglige koordineringsansvaret for alle pasienter på sin liste og skal koordinere legemiddelbehandling og henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Vi skriver mer om fastlegens rolle i oppfølgingsteam i et eget delkapittel under.

Oppfølgingsteamet skal være *dynamisk* i den forstand at det skal endre fagsammensetning over tid hvis brukerens behov endrer seg og at hvem som deltar i møter og møtehyppighet varierer med behov. I tillegg til økt brukerfokus, bedre struktur og bredere målgrupper, er det særlig dynamikken i oppfølgingsteamene som skal skille gammel og ny måte å jobbe på. Både for koordinatorene og teammedlemmer kan det være uvant at teamsammensetningen kan endre seg over tid. En pilotprosjektleder vi intervjuet fortalte om koordinatorene som hadde opplevd at enkelte oppfølgingsteammedlemmer ble fornærmet for ikke å ha blitt invitert med på alle oppfølgingsteammøter. Dette er en problemstilling koordinatorene må være forberedt på å møte, og som sannsynligvis kan forebygges ved å avklare forventninger tidlig, og reflektere åpent rundt hvordan man skal operasjonalisere dynamikken i oppfølgingsteamet. I implementeringssammenheng er også oppfølgingsteamdeltakerne å regne som *utøvere*. De må oppleve både behov for, og nytte av, at veilederen implementeres, samt ha de nødvendige ferdighetene for at implementeringen skal ha effekt helt ned på brukernivå [74].

Skarli [90] gjorde en dokumentstudie av rapporter fra 19 kommunale prosjekt som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet for å utvikle tilbud til bruker med nevrologiske tilstander. Han ville undersøke hvordan kommuner gjennom en brukerorientering i offentlige tjenesteinnovasjoner tilrettelegger for brukernes mestring og verdiskaping. Et av funnene i studien er at de fleste kommuner omtaler forhold som angår samordnede og helhetlige tjenester. Tverrfaglighet, sammenhengende behandlingsløp og samarbeid med både interne og eksterne aktører er det som oftest ble trukket frem i dokumentene. Selv om tilbudene i kommunene er av ulik karakter og stiller ulike krav til faglig sammensetning og tilnærming, poengteres tverrfaglig kompetanse spesielt (ibid.). Behovet for tverrfaglig kompetanse begrunnes gjerne med brukernes sammensatte sykdomsbilde og varierende funksjonsnivå. Hyppig samarbeid på tvers av enheter i kommunene begrunnes med behovet for tverrfaglighet i tjenestene. Samtidig har kommunene fått økt ansvar for nye (og mer alvorlig syke) brukergrupper, og ser et behov for mer spesialisert kompetanse i tjenestene, gjerne med koordinatorene som er mer spisset på diagnose (kreftkoordinator, demenskoordinator osv.). Dette er et interessant funn i lys av strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam, som retter seg mot alle brukergrupper uavhengig av diagnose. I en av pilotkommunene hadde de med hell, ifølge pilotprosjektleder, begynt å bruke kreftkoordinator i kommunen til å koordinere diagnoseuavhengige oppfølgingsteam. Hvordan det eventuelt oppleves forskjellig å skulle koordinere slike team basert på en spesifikk diagnose, kontra diagnoseuavhengige team, er noe vi planlegger å undersøke videre i evalueringen.

3.4.3 Oppfølgingsteam i praksis

I kapittel 7 i veilederen gis en utfyllende casebeskrivelse av en konkret strukturert arbeidsprosess gjennom oppfølgingsteam for "Per". Vi gir en kortversjon av casebeskrivelsen her for å illustrere hvordan veilederen sier at en optimal oppfølgingsteamprosess kan rigges.

Per oppsøker sin fastlege, får avdekket behov for flere tjenester, og fastlegen melder behovet til kommunens bestillerkontor, der også koordinerende enhet er organisert. Bestillerkontoret kaller inn til utredningssamtale med både fastlegen og Per, og gjennom tverrfaglig utredning med fokus på hva som er viktig for Per, fatter bestillerkontoret til slutt vedtak om tjenester. Per ønsker ergoterapeuten i kommunen som koordinator, noe Koordinerende enhet sørger for at går i orden. Utredningen avdekket behov for tverrfaglig kompetanse fra sykepleier, ergoterapeut, sosionom, fysioterapeut, NAV og fastlegen, som er de som nå utgjør Pers oppfølgingsteam. I et første møte starter Per og koordinatoren arbeidet med å lage en individuell plan. De avklarer hvordan Per ønsker at møtene skal foregå framover, og hvor lang første planperiode skal være (to mnd.). Han ønsker ikke pårørende med foreløpig, samtykker til at alle i teamet kan delta på et første møte, men deretter vil han bare ha med de som er relevante avhengig av sak. Etter møtet skriver Per og koordinatoren en oppsummering og oppdaterer den individuelle planen. Dette sendes til teamet med kort frist til å komme med korrigeringer. Nå er oppfølgingsteamet i gang! En uke før planperiodens utløp avholdes et evalueringsmøte på fastlegekontoret, der nye mål og planperiode fastsettes (tre mnd.), og teamets sammensetning gjennomgås. Det skal inkluderes en logoped i teamet framover.

Beskrivelsen over kunne vært av en velfungerende ansvarsgruppe i tiden før piloten. Koordinatorer som har fått til både aktiv bruk av individuell plan, reell brukerinvolvering med fokus på hva som er viktig for brukeren, systematikk i oppfølging og evaluering — i tillegg til dynamikk i faggruppa over tid — trenger ikke gjøre så mye annet enn å fortsette det gode arbeidet i oppfølgingsteam, jfr. kapittel 4. Men det vil også finnes team der potensialet for forbedring på disse punktene er stort, og der det trengs en kulturendring i hele organisasjonen, også jfr. brukererfaringer i kapittel 4. Satt på spissen kan man si at veilederen ikke er fullt implementert før alle som følger opp personer med store og sammensatte behov har internalisert denne måten å jobbe på, og tatt i bruk verktøyene som anbefales på en systematisk måte (se også kapittel 3.3 om resultatmål 2, tidlig identifisering). Mange av koordinatorene som besvarte vår survey er veldig fornøyd med hvordan oppfølgingsteamene deres fungerer, samtidig som de sier at det ikke føles som en ny måte å jobbe på.

Utfordringen både for evalueringen og pilotprosjektgruppa i kommunen blir da å måle hvor nært eller fjernt oppfølgingsteamene er "det optimale oppfølgingsteamet" (som caset over). Særlig når hva som er det optimale teamet, og optimale arbeidsmåten, vil variere med hver enkelt brukers behov og ønsker, og den til enhver tid tilgjengelige kompetanse i kommunen. Brukererfaringene beskrevet i kapittel 4 viser at det er store forskjeller i hvordan teamene rundt brukerne fungerer. Som en deltaker i en prosjektgruppe sa: «*Der tror jeg faktisk at det handler også om kultur i dem ulike tjenestene innad i en kommune, fordi jeg kan oppleve at det er større forskjell på det teamet jeg selv har jobbet og enkelte team i kommunen enn tilsvarende tjeneste i den nye kommunen som er slått sammen*».

De senere årene har det kommet en del forskning som er kritisk til New Public Management-tankegangen i tjenesteproduksjon på grunn av mangel på dynamikk og brukerinvolvering [91]. Skarli [90] skriver om en alternativ offentlig tjenestelogikk i sin artikkel "*Sammensatte behov og store variasjoner*", der fokuset er at verdi blir samprodusert av offentlige tjenesteytere og brukere. Omsorg er ikke noe som gis fra en ansatt til en bruker, men noe som samskapes i interaksjonen mellom dem. Han viser også til Askheim [92] med sin forståelse av brukeren som en «*fullverdig og kompetent samfunnsborger og medprodusent, og likeverdig bidragsyter med en komplementær kompetanse til tjenesteyterne*». Slik vi ser det, er det denne type verdiskapning praktisering av optimale oppfølgingsteam som arbeidsmetode skal bidra til.

Som beskrevet i kapitlet om implementeringsteori, kan behovet for tilpasning av intervensjonen ligge på systemnivå, organisasjonsnivå, tjenestutøvernivå og bruker-/pasientnivå. I operasjonaliseringen av oppfølgingsteam har vi også sett hvordan en stor kommune med en stor kompleks organisasjon, og mange

ansatte og brukere, har andre behov for tilpasning enn mindre kommuner med en enkel og oversiktlig organisasjon. Behovet for tilpasning kan variere med personlige egenskaper og kompetanse på utøvernivå, og det kan være forskjellig for ulike brukere etter grad av kompleksitet i behov eller livssituasjon. Implementeringsstrategier er viktig for å sikre at implementeringen er godt tilpasset lokal kontekst. Som vi også har beskrevet tidligere var det stort variasjon i hvordan oppfølgingsteamene "oppsto" i kommunene. Mens noen kommuner nesten umiddelbart gikk i gang med å endre navn fra ansvarsgruppe til oppfølgingsteam på alle ansvarsgrupper, valgte andre å starte i det små med innrulling av oppfølgingsteam kun for nye brukere. Minst én av kommunene (mellomstor) startet full gjennomgang av alle ansvarsgruppene for å tilpasse dem intensjonen i veilederen, og dette virker å ha vært en god strategi, som gjorde at de tidlig følte at de var ordentlig i gang med oppfølgingsteam. Vi har i det følgende tatt utgangspunkt i en beskrivelse av hvordan de grep oppfølgingsteamarbeidet an i en av de mest folkerike kommunene som deltar i piloten. Vi eksemplifiserer også med tilbakemelding fra tjenestene på hvordan det har opplevdes å jobbe med oppfølgingsteam i praksis.

Å komme i gang med oppfølgingsteam

Denne folkerike kommunen valgte tidlig i piloten å døpe om ansvarsgrupper til oppfølgingsteam, men oppgir at de ikke hadde kapasitet til å gå gjennom flere hundre gamle ansvarsgrupper for å sikre at alle jobbet etter intensjonen i piloten. De har hatt mest fokus på at koordinerende enhet og koordinatorene for nye brukere som innrulleres skal bruke oppfølgingsteam som begrep, og jobbe mer brukerfokuset og dynamisk i henhold til veilederen. Prosjektlederen mener det suksessivt vil bli en overgang til nye oppfølgingsteam når mange nok koordinatorene for de gamle ansvarsgruppene gradvis blir koordinator for nye oppfølgingsteam og kan ta med seg metodikken til de allerede etablerte gruppene. Hun mener det vil ta fem til sju år før man har nådd full implementering i en såpass stor kommune. Hun eksemplifiserer den nye tankegangen ved å trekke fram en koordinator i fysioterapitjenesten for barn som hadde fem koordinatorsaker gående, og som uttrykte at hun nå hadde fått endret tenkemåten. Vedkommende har sagt at det var dette hun hadde savna, endring fra *«den evinnelige ansvarsgruppa som bare surra og gikk og ingenting skjedde på en måte»*. Hun hadde også uttrykt at hun hadde fått opplæring i oppfølgingsteam for én ny sak, som hun så skulle ta med seg metodikken til i de fire andre ansvarsgruppene hun hadde.

Prosjektleder sier at ansvarsgruppebegrepet helt sikkert brukes ennå fordi de ikke har kommet langt nok med implementeringen (gjelder intervjuene både i 2020 og 2021), og at det har vært forvirring rundt hva som er nytt fra tidligere. De som er nærmest å tenke oppfølgingsteam i henhold til veilederen mener prosjektlederen er de som jobber i habiliterings-/rehabiliteringsavdelingen (fysioterapitjenesten), der det er en del saker. Her har det vært lettere å selge inn oppfølgingsteam, som virker å være en naturlig måte å tenke på for de ansatte der. De blir fort enige om hvem som skal inn hvor og hvordan de skal jobbe. Dette med at noen faggrupper jobber mer i henhold til veilederen enn andre, var noe vi møtte gjennomgående i alle pilotkommunene. Vernepleiere og ergoterapeuter blir ofte trukket fram som faggrupper som får mye kompetanse på koordinering i utdannelsen sin, noe de også bekreftet i intervjuene. Her kan det ligge et uutnyttet potensial for diffusjon ved å aktivt bruke disse faggruppene til kunnskapsspredning til andre faggrupper i kommunen om hvordan de praktiserer koordinering av oppfølgingsteam. Den av kommunene som har tatt i bruk bedringsagenter (beskrevet i kapittel 3.2 og 3.3), har fulgt en slik tankegang. De booster forankringsprosessen i implementeringen, og kan bidra til trygging av andre koordinatorene.

Videre fortalte prosjektlederen i en stor kommune om hvordan de har jobbet med å sikre "teamfølelse" når de har hatt kompetansehevingstiltak for koordinatorene, og fokus på at brukeren skal få oppleve å ha mer kontroll over egen situasjon. De har også vært opptatt av at de som er med i møtet, også må kunne fatte beslutninger. Prosjektleder mener man må ha gode koordinatorene som tør å "skrelle ned" møtet til bare de mest nødvendige deltakerne. Hun eksemplifiserer med en mann som i lengre tid har hatt ansvarsgruppe, og der dette har vært en stor gruppe med ti-tolv personer til stede hver gang. Mannen har alvorlig psykisk

helseutfordring, stemmer i hodet, og når noen spør ham om noe i møtet så tar det tre-fire minutter til han har diskutert ferdig med alle oppi hodet sitt. Da mener koordinatoren at det er uhensiktsmessig med så mange møtedeltakere. Påførende ønsket også å kutte ned antall møtedeltakere, og tross motstand i teamet fikk koordinatoren til slutt kuttet ned på antall møtedeltakere. I et møte de avholdt med kun fire personer til stede, og der alle hadde god tid og ikke syntes det var pinlig å vente tre minutter før brukeren kunne svare, ble brukerens stemme mye tydeligere, og fastlegen uttrykte etter møtet at det var det beste møtet han hadde vært med på.

Prosjektleder viser også til eksempel hvor endret arbeidsform bidrar til styrket brukermedvirkning og mer fornøyd bruker/påførende:

«Ja, vi har jo spurt noen og en sak som vi har brukt en del, når vi skal forklare hva vi legger i modellen, er jo en som har hatt ansvarsgruppekoordinator før, som vi egentlig startet hele greien og begynte med tverrfaglig oppfølgingsteam. Hun sier jo at det hun opplever som den største endringen er at før så ble hun fortalt hva hun skulle gjøre, nå er hun med i selve prosessen selv og hun er til og med inne og styrer en del av sine møter selv. For henne så er det akkurat det å bli mer selvstendig og være en del av teamet da, har vært, så har det også vært noen foreldre, jeg ser på [...], jeg, noen foreldrepar som har vært igjennom mange år, vært veldig misfornøyde med kommunen og misfornøyde med koordinatorene sine og i det hele tatt. Der har vi også på en måte startet det og nå er de kjempefornøyde, «fordi nå har vi møtene når vi trenger det og så ringer vi bare rundt og så ordner ting seg» de føler at det er mye framgang der også.»

I boksen under har vi tatt med et annet eksempel på hvordan implementering av veilederen og oppfølgingsteam har ført til konkret endring i oppfølgingen av en bruker:

«Men det er jo en annen ting som jeg har observert, det var jo dette her med at når man jobber på den måten at de er, de kan ta kontakt ved behov som det var snakk om. Det var også sånn at jeg ringte jo tilbake fordi jeg var bekymret, fordi jeg hørte ikke noe, jeg synes det var litt sånn, hva har skjedd har de koblet seg helt av? Så ringte jeg og lurte på om det gikk greit eller om det var noe som jeg måtte være inne på. «Nei, dette her fungerer så fint, jeg ringer på når jeg har behov for det, jeg, så det er bare positivt at det er stille» sa han og da ble jeg sånn, «[Ler] Ok, det er riktig det, det er positivt at det er stille», men jeg er vant til at folk ringte meg ned fordi det var ingenting som fungerte og så plutselig så ble det helt stille og da var det sånn «Nå skal vi ha et møte snart, i forhold til at det er oppstart i forhold til høsten og sånn.» «Ja, men det går ganske greit, kan vi ikke bare på det møtet» og da tok dem helt regi selv, han ville nå bare drøfte dette her å få laget det, fordi «Jeg har bare behov for dem og de og de i møte.» Det har aldri skjedd før, men da har det skjedd en endring og det viser jo at det går an å snu en gammel ansvarsgruppe til et tankesett av tverrfaglig oppfølgingsteam ved at dem da faktisk får lov til å være med, altså at dem styrer selv, at dem sier hva dem har behov for og hva dem ønsker å ha et møte om.»

Brukergrupper med oppfølgingsteam

I surveyen spurte vi koordinatorene og teammedlemmer om hvilke brukergrupper de var henholdsvis koordinator eller teamdeltaker for. Her var det mulig å krysse av for flere grupper, ettersom hver koordinator kan koordinere flere team. Den hyppigst nevnte gruppen blant koordinatorene er voksne uføre (44 prosent). Denne gruppen var det kun 30 prosent av teamdeltakere som krysset av for, mens barn er den hyppigst nevnte brukergruppen blant teamdeltakere (42 prosent). Dette var også en hyppig nevnt gruppe blant koordinatorene (37 prosent). Det var en større andel av respondentene blant teamdeltakerne som var med i team for ungdom (35 prosent) enn blant koordinatorene (20 prosent). Det var få, færre enn ti prosent både

blant koordinatorene og teammedlemmer, som hadde krysset for alderspensjonist/eldre person, noe som bekrefter inntrykket av at oppfølgingsteam i liten grad brukes i de eldste målgruppene.

Vi spurte videre om hvilke helseutfordringer brukerne har. De tre største brukergruppene som rapporteres av koordinatorene er personer med utviklingshemming (45 prosent), personer med psykisk helse/rus/psykososiale utfordringer (44 prosent) og funksjonsnedsettelse (41 prosent). Blant teamdeltakerne svarer mer enn halvparten at de er med i team for brukere med funksjonsnedsettelse. Det er også en høyere andel som har krysset for gruppen barn, unge og familier som følges opp av barnevernet blant teammedlemmer enn blant koordinatorene (24 prosent vs. 13 prosent). 11 prosent (av de 87 som har besvart spørsmålet) var koordinator for personer med flerkulturell bakgrunn.

Hva kjennetegner team som fungerer godt?

Mens datainnsamlingene i 2019 og 2020 var preget av at det fortsatt var få konkrete erfaringer med de "nye" oppfølgingsteamene, brukte vi surveyen i 2021 til å hente mer kunnskap om hvordan teamarbeidet fungerer (dette er ikke avgrenset til de som har fått "oppfølgingsteam", men inkluderer teamarbeid i "ansvarsgrupper"), slik koordinatorene og teammedlemmene selv opplever det. Vi ba dem også vurdere hva som er de viktigste årsakene til at teamet/gruppen fungerer godt ut fra deres synspunkt. Dette ble gjort ved å liste opp et sett med påstander om teamarbeidet som de så skulle angi graden av enighet/uenighet i på en skala fra 1 (helt uenig) til 10 (helt enig), se Figur 6.33 i vedlegg. Surveyen viste at rundt 80 prosent (litt mer blant koordinatorene, litt mindre blant teammedlemmer) oppga at de var medlem av et team de syntes fungerte godt. Dette betyr imidlertid ikke at 80 prosent av teamene fungerer godt, siden de typisk er koordinatorene for, eller medlem av, flere team. Generelt skåret respondentene påstandene om teamarbeidet høyt for team de mente fungerte godt. Det respondentene skåret høyest på var:

- "Sammensetning av teamet svarer godt til brukerens behov" (8.4)
- "Vi anerkjenner hverandres kompetanse" (8.4)
- "Det er passe antall deltakere i teamet" (8.2)
- "Alle får brukt sin kompetanse til brukerens beste" (8.1)
- "Det brukes ikke tid på uenigheter om ressurser og ansvar" (8.0)
- "Det som avtales blir fulgt opp av de ansatte" (8.0).

Det var signifikant forskjell i vurdering (gjennomsnittsskår) mellom koordinatorene og teammedlemmer på følgende faktorer, der disse tre ble vurdert som viktigere av koordinatorene³⁹:

- "Brukermedvirkningen er god (det tas utgangspunkt i bruker sine behov og mål, bruker er aktiv, og er fornøyd med prosessen)"
- "Teammedlemmer skiftes ut ettersom brukerens behov endres"
- "Det som avtales med brukeren/pårørende blir fulgt opp av brukeren/pårørende selv".

Vi spurte om samarbeid med fastlegen for teamet som de syntes fungerte godt. Over halvparten svarer at fastlegen deltar i teammøter på regelmessig basis eller deltar ved behov. Hver fjerde (teamdeltaker), eller hver femte (koordinator), svarte at fastlegen deltar ikke i teammøtet, men konsulteres/informeres ved behov. Det er også noen som svarer at fastlegen i liten grad er aktiv part i arbeidet rundt brukeren selv om det hadde vært behov for det.

Hva kjennetegner team som fungerer dårlig?

39 Disse tre var signifikant forskjellig i de to gruppene med bruk av tosidig t-test med fem prosent signifikansnivå. Senker vi kravet til ti prosent-nivå, ble påstanden "Det brukes ikke tid på uenigheter om ressurser og ansvar" vurdert som viktigere av koordinator enn teamdeltaker.

Vi spurte også koordinatorene og teammedlemmene om de var med i team som de syntes fungerte dårlig med tanke på brukerens behov, for deretter å be dem vurdere hva som var de viktigste årsakene til det. Her listet vi opp et sett med påstander som de så skulle angi graden av enighet/uenighet i på en skala fra 1 (helt uenig) til 10 (helt enig), se Figur 6.36 i vedlegg.

Flertallet oppga at de ikke var med i team som fungerte dårlig. En høyere andel blant teammedlemmer (37 prosent) enn blant koordinatorene (25 prosent) oppga at de var med i (minst ett) team som fungerte dårlig. Det var større spredning i gjennomsnittsskår på de faktorene som er listet opp i vurdering av team som vurderes å fungere dårlig, sammenliknet med team som fungerte bra. Gjennomsnittsskåren varierte fra 2.7 til 7.2. De faktorene som er skåret høyest, altså som flest syntes var viktig for at teamet fungerer dårlig var:

- *"Det er ikke en felles forståelse av (ikke tydelig avklarte) roller, forventinger og oppgaver"* (7.2)
- *"Det er ikke en felles forståelse av verdier og mål (for eksempel mht. brukermedvirkning)"* (7.0)
- *"Informasjonsutveksling fungerer ikke"* (6.7)
- *"Måloppnåelse, behov og mål evalueres, revurderes og revideres ikke regelmessig"* (6.7)
- *"Struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering er ikke avklart og akseptert av alle"* (6.6).

Det var altså ikke nødvendigvis de samme faktorer som ble vurdert viktig for team som fungerer godt og de som vurderes å fungere dårlig. Vi fant ikke signifikante forskjeller mellom koordinatorene og teamdeltakere i gjennomsnittsskår, men det må bemerkes at det er relativt få som har svart at de er med i team som fungerer dårlig (18-20 personer i hver kategori).

Vi spurte også om samarbeid med fastlegen for teamet som de syntes fungerte dårlig. For disse var det mindre vanlig at fastlegen deltok i teammøter enten regelmessig eller ved behov (rundt 40 prosent).

Dynamiske team

Budskapet om at de nye oppfølgingsteamene skal være dynamisk – og ikke ha for mange deltakere til enhver tid, ser til en viss grad ut til å ha nådd ut til de ansatte. I en av pilotkommunene hadde de bestemt seg for at oppfølgingsteamet maksimalt kunne ha rundt seks medlemmer, men slik hadde det også vært før de endret navn fra ansvarsgruppe. De tok heller mindre samarbeidsmøter underveis ved behov. Hittil i evalueringen har vi for lite data på hvor dynamiske de nye oppfølgingsteamene er, men om to år vil vi kunne spørre koordinatorene og teammedlemmene igjen hvordan dynamikken har fungert. Flere av fastlegene var opptatt av at man ikke måtte koble på flere tjenester enn nødvendig for flere brukere enn nødvendig, etter at de hadde fått informasjon om at de i større grad måtte vurdere om eldre personer kunne ha nytte av koordinator. I den ene kommunen uttrykte fastlegene at de var bekymret for om de kommunale tjenestene faktisk hadde kapasitet til å jobbe så tverrfaglig som målet er. I en annen kommune, der primærkontakt var blitt omdøpt til koordinator, var en av fastlegene bekymret for det samme, og for at det skulle bli for mange koordinatorene. «*Hvem skal koordinere koordinatorene?*», spurte han retorisk. Videre var han opptatt av at oppfølgingsteamarbeidet også er arbeid som foregår mellom møtene med brukeren. Dette er et viktig poeng; koordinatoren skal tilrettelegge for samhandling mellom brukeren og de andre aktørene i teamet *underveis*, ikke bare i møtene.

Oppfølgingsteam og individuell plan

Det er anslått at målgruppen for individuell plan i kommunene utgjør omtrent to til tre prosent av befolkningen [93]. Mens andelen som faktisk har individuell plan er betydelig lavere, og den har ikke økt de siste årene (har ligget på ca. 0,6 prosent i de siste undersøkelsene). I intervju med pilotprosjektgrupper, koordinerende enhet og koordinatorene, bekrefter samtlige av de seks pilotkommunene at de kan bli bedre på individuell plan. Flere har laget sine egne varianter av individuell plan (som gjerne kan variere mellom tjenester innad i en kommune), og det varierer om de bruker elektroniske verktøy eller papirplan. En av kommunene hadde integrert den individuelle planen i journalsystemet, og opplevde at det da ble mye

lettere å oppdatere den. I en av de andre kommunene hadde de opplevd både politisk og administrativt trykk på å styrke arbeidet med individuell plan, og tenkte at pilotprosjektet skulle hjelpe dem med å bli bedre på det. Blant annet ville de komme til livs det de omtalte som mytene om hvor komplisert individuell plan er. Her trakk de fram veilederen som en kompliserende faktor, som de mente hadde for kompleks framstilling av hva som kreves for å utarbeide planen:

«(...) for hvis du skal sette deg ned og gjøre alt som står i veilederen for individuell plan, så gir du opp, fordi det er, virker så komplekst, men hvis du skjønner hensikten, og gjør det, og det er jo det vi ønsker, vi ønsker jo bare at det skal være forutsigbart for den det gjelder, og koordinert og ha en sammenheng, og det tenker jeg, litt som jeg har oppfattet det, så gjenstår det jo å se da hva vi får til ut av ... det er i hvert fall intensjonen».

Pilotprosjektleder

Etisk kompetanse og taushetsplikt som barriere for tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenestene, og kanskje særlig når andre sektorer som barnevern og NAV er involvert, kan skape etiske utfordringer i det praktiske oppfølgingsteamarbeidet. I Karlsen mfl. [94] presenteres resultater fra en evaluering av et nasjonalt prosjekt på etisk kompetanseheving i helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunene. Her viser de til flere studier som finner at etikkrefleksjon i tjenestene bidrar til større forståelse for andres perspektiv, større grad av etisk bevissthet, mer uformell kommunikasjon om etiske spørsmål og flere og bedre løsninger i håndtering av etiske utfordringer (ibid.). De fant ingen studier hvor pasienter/brukere er spurt om de opplever at etikkrefleksjon bidrar til økt tjenestekvalitet. Evalueringen av det nasjonale prosjektet viste at ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste opplevde etikksatsingen som et viktig bidrag til kvalitetsutvikling og kompetanseheving, for å håndtere etiske utfordringer på en bedre måte, og ser ut til å ha stor betydning for yrkesutøvelsen og for arbeidsmiljøet.

Veilederen nevner etikk og kommunikasjon som noe det må sikres opplæring og veiledning i, knyttet til brukermedvirkning. Etikk-kompetanse har oss bekjent i liten grad vært diskutert systematisk i forbindelse med piloten, ut over at samtykkeinnhenting for informasjonsdeling fra brukere og pårørende er noe vi har oppfattet at pilotkommunene er bevisste på.

I tverrfaglig oppfølgingsteamarbeid vil bruker/pårørende og de ansatte potensielt stå overfor mange komplekse etiske utfordringer, særlig knyttet til informasjonsflyt. Jo mindre kommune man bor i, jo mer sårbar kan det nok også oppleves å skulle oppgi sensitiv informasjon – enten man er bruker, pårørende eller ansatt. Særlig innenfor barnevern har flere av de minste kommunene i piloten løst dette med interkommunale samarbeid, slik at brukerne i mindre grad skal måtte møte naboen eller tanta i tjenesten. Taushetsplikten ble trukket fram som en utfordring for det tverrfaglige samarbeidet i nesten samtlige av de seks pilotkommunene – både mellom NAV, barnevern og helse- og omsorgstjenestene, men også internt i helse- og omsorgstjenestene. Flere av fastlegene var også kritiske til informasjonsflyten som bredt tverrfaglig sammensatte oppfølgingsteam fører med seg. En av fastlegene mente sågar at han ville tenkt seg nøye om før han takket ja til oppfølgingsteam fordi så mange ulike instanser ville få tilgang til sensitiv informasjon. Dette kan tyde på at pilotkommunene vil ha nytte av å ha felles etikk-refleksjoner rundt samtykke og deling av informasjon på tvers av fagene (og inkludert fastlegene) knyttet til oppfølgingsteamarbeidet, og dette med viktigheten av å innhente samtykke fra brukeren ble nevnt av flere.

3.4.4 Fastlegenes rolle i oppfølgingsteam

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste jfr. fastlegeforskriften §19. I dette ligger det også at fastlegene skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere, og at medisinske problemstillinger kan løses raskt i oppfølgingsteamet. Veilederen anbefaler at selv om fastlegen inngår i det tverrfaglige oppfølgingsteamet rundt enkeltpasienter, bør samarbeidet mellom de øvrige i

oppfølgingsteamet og fastlegen formaliseres. En slik avtale kan konkretiseres på rutinenivå og omhandle utveksling av meldinger, struktur for møter og konsultasjoner, informasjonsutveksling mv. I kapittel 3.3 beskrev vi fastlegenes rolle når det gjelder identifisering av mulige brukere for oppfølgingsteam, både gjennom deres observasjonskompetanse og gjennom bruk av risikokartleggingsverktøyet Medrave. I dette delkapitlet skal vi se nærmere på hvordan fastlegens rolle i oppfølgingsteamet blir oppfattet, og hvordan fastlegene selv ønsker å bidra i oppfølgingsteam. Vi tar også med noen erfaringer fra implementeringen i dette kapitlet, da vi tenker det kan være nyttig med tanke på fastlegeinvolvering i kommuner som skal i gang med implementering av veilederen på sikt.

En generell erfaring i evalueringen er at fastlegene i de fleste kommunene var mer "på" i prosjektets oppstartsfasen (da man holdt på med installering og utprøving av Medrave på fastlegekontorene), enn de har vært det siste halvannet året av prosjektperioden. Pandemien kan sikkert ta noe av, men ikke all, skylden for det. Det er viktig at kommuner som skal implementere veilederen gjør en god jobb innledningsvis med å avklare felles forventninger til hvilken rolle fastlegene ønsker og bør å ha i dette arbeidet, og hvilke forventninger andre faggrupper i teamene har til fastlegene.

Fastlegene vil inviteres med i oppfølgingsteamet

Nesten alle fastlegene vi intervjuet i pilotkommune – både i 2019 og i 2021, hadde kjennskap til prosjektet, men i varierende grad – noen satt i pilotprosjektgruppa og kjente hele prosessen godt, enkelte hadde vært med i forarbeid til søknaden om å bli pilot, mens andre hadde fått informasjon på lunsjmøter eller i forbindelse med installering av Medrave på legekantoret. Ikke alle legene vi intervjuet hadde fått med seg at man hadde endret benevnelse fra ansvarsgruppe til oppfølgingsteam, men alle hadde erfaring med ansvarsgrupper fra tidligere. Mens det i noen kommuner kom meldinger om enkelte pasienter fra fastlegene til vurdering for oppfølgingsteam i 2019 (gjærne i forbindelse med testing av Medrave), var det veldig få som hadde konkret erfaring med oppfølgingsteammøter da vi besøkte kommunene i 2019. I intervjuene våren 2021 var det mange av legene som hadde meldt én eller flere pasienter til oppfølgingsteam, og flere som hadde deltatt på oppfølgingsteammøter. Fra Helsedirektoratets side ble det i 2021 koblet på en fastlege i implementeringsgruppa sentralt for å sørge for å ivareta fastlegeperspektivet i piloten. Det var et klart ønske fra fastlegene i intervjuene om å inviteres med i oppfølgingsteamet, og innkalles til møter der det var aktuelt med fastlegekompetanse (med ønske om klar agenda, der de kanskje ikke trengte å være i hele møtet).

Det var også en klar forventning fra legene om å få informasjon fra koordinator når et oppfølgingsteam for deres pasient er formelt opprettet (særleg når det var de selv som hadde henvist pasienten til oppfølgingsteam), å bli invitert til første møte, og å inviteres med i det videre arbeidet etter behov. I den første datainnsamlingen med ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene møtte vi paradokset om at fastlegene sa at de ønsket å bli invitert med i oppfølgingsteammøtene slik at de selv kan vurdere hva de kan delta på, mens flere av koordinatorne og ansatte i tjenestene sa at de nærmest hadde sluttet å invitere fastlegene fordi de uansett ikke har tid, og ikke møter. Andre la møtene til fastlegekontoret hvis de skulle ha håp om å få med fastlegen. Det var stor variasjon i hvor systematisk fastlegene ble involvert i oppfølgingsteam (f.eks. om det var rutine å melde fra når teamet var opprettet).

Kommunikasjon med fastlegene i oppfølgingsteamet

Alle pilotkommunene bestemte seg tidlig for at kommunikasjonen mellom fastlegekontoret og koordinerende enhet om brukere som kan vurderes for oppfølgingsteam, skal gå via PLO-meldinger eller andre former for e-meldinger. Dette er en løsning alle parter er tilfredse med, selv om flere av fastlegene sier at de ikke rekke å lese alle meldingene som kommer, og at det derfor kan ta dagevis å gi svar. Det har tidligere vært gjort studier som viser at e-meldinger mellom fastlege og hjemmetjenestene har økt både effektiviteten og informasjonsutvekslingen mellom disse tjenestene (særleg rundt legemiddel-

kommunikasjon), men at fastlegene i en tidlig fase ved innføring av e-meldinger var skeptiske til effektiviteten [95].

På spørsmål om, og hvordan, fastlegene får tilbakemelding på meldinger de har sendt om vurdering for oppfølgingsteam, var det varierte erfaringer. Flere av fastlegene fra flere av kommunene mente det tok for lang tid fra de sendte en melding, til de hørte noe tilbake fra koordinerende enhet, og enkelte hadde meldt pasienter og deretter ikke hørt noe i det hele tatt. Én av fastlegene hadde fått beskjed om at pasienten måtte ha behov for minst to tjenester for å få oppfølgingsteam. I én av kommunene var det relativt mange pasienter som hadde fått koordinator, men fastlegene hadde inntrykk av at man ikke hadde kommet i gang med koordinert oppfølging i team. Det var en sterk forventning blant fastlegene vi intervjuet, om at de relativt raskt bør få tilbakemelding fra koordinerende enhet når det er tatt en avgjørelse i koordinerende enhet om pasienter de selv har meldt, uavhengig av om det endte med å bli et team eller ikke. Det var også en forventning om å få beskjed hvis det oppnevnes oppfølgingsteam/koordinator for deres pasienter uten at det er fastlegene selv som har tatt initiativet.

Den største utfordringen fastlegene pekte på i våre intervju, var kommunikasjonen med andre etater som de ikke kan sende e-meldinger til. Særlig NAV nevnes som en stor kommunikasjonsutfordring fra flere av fastlegekontorene vi snakket med. Man kommer ikke gjennom til rette vedkommende, og de ringer ikke tilbake. En av fastlegene som etterlyste bedre kommunikasjonslinjer med andre etater, hadde også opplevd at det var gjennomført fire ansvarsgruppemøter om et barn, uten at fastlegen hadde vært invitert.

Andre sektors involvering når ansvarsgrupper blir til oppfølgingsteam

I en av kommunene kom det fram at de kviet seg for å endre benevnelsen fra ansvarsgrupper til oppfølgingsteam for de yngste målgruppene, fordi de da fryktet at skole-/utdanningssektoren, som tidligere hadde stått for det meste av innkalling og "koordinering" av ansvarsgrupper for barn og unge, ville lempe alt koordineringsansvar over på helsesektoren. Inntrykket var at utdanningssektoren ikke ønsket å ta på seg å stille med koordinator når det blir flere helsetjenester involvert i teamet. En av fastlegene vi intervjuet pekte også på at ansatte i private virksomheter som kommunen kjøper heldøgns omsorg fra (f.eks. innenfor psykisk helse og rus) bør kunne pålegges koordinatoransvar, all den tid dette er personer som har tett kontakt med pasientene over tid. Dette er to problemstillinger som vi ikke møtte hos de andre profesjonene som ble intervjuet, men som er viktige innspill å ta med seg videre i evalueringen.

God erfaring med koordinator som følger opp koordinatorene

En utfordring som ble trukket fram av en annen fastlege var hyppig utskifting av koordinator for samme pasient, slik at man ikke fikk kontinuitet og møtte nye personer i hvert møte. Andre hadde gode erfaringer med koordinatorene som fungerte godt, og i én av kommunene understreket legene at det fungerte veldig godt å ha en overordnet koordinator som fulgte opp andre koordinatorene. Dette var en ny funksjon som hadde oppstått som følge av prosjektet, slik de oppfattet det. Én av fastlegene fortalte at i deres kommune var det fast praksis at koordinatoren selv tok kontakt med fastlegene for å informere om at oppfølgingsteamet var etablert, og for å gå gjennom hva som hadde blitt gjort for pasienten tidligere, og hva som nå var planlagt. Dette opplevdes som veldig positivt fra legens side. Flere av fastlegene hadde opplevd at pasienten ikke ønsket oppfølgingsteam, og fortalte at det kunne være vanskelig å "selge det inn" til pasientene fordi det opplevdes diffust hva det kunne komme til å innebære for pasienten.

Under gir vi eksempler på to case fastlegene fortalte om at ordningen tilpasses individuelle behov:



En av fastlegene fortalte at han nylig var blitt involvert i et oppfølgingsteam til en pasient i 70-årene som fikk hjerneslag og ble halvsidig lam, og som har vært på flere rehabiliteringsopphold, men der både ektefelle og fastlege opplevde at det trengtes mer strukturert oppfølging for å få vedkommende i mer aktivitet. Det hadde så blitt satt sammen et team med fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, psykiatrisk sykepleier og fastlege, der fastlege sendte PLO-melding til koordinerende enhet og ønsket at de skulle dra hjem til pasienten for å gjøre en utredning av behovet. Fastlegen har mottatt epikriser både fra fysioterapeut og ergoterapeut, og pasienten ble karakterisert som "inne i oppfølgingsteam-folden", som fastlegen kalte det. Fastlegen var usikker på om pasienten har fått utnevnt en koordinator, men teammedlemmene var på plass, og fastlegen hadde tiltro til at dette kom til å bli en god løsning for pasienten.

I en annen kommune hadde en av fastlegene erfaring med å ha meldt en pasient til koordinerende enhet for vurdering for oppfølgingsteam, der det ble gjort utredning hjemme hos pasienten og konkludert med at vedkommende foreløpig ikke trengte et helt team, men at det holdt at én person fra kommunen fulgte opp vedkommende. Dette ble understreket fra fastleger i to av kommunene; viktigheten av å finne ut hva pasientene trenger, og ikke koble på for mange fra start uten at behovet er godt nok utredet. For en del pasienter vil det holde at én ansatt følger opp.

Oppfølgingsteam, fastleger og eldre

De fleste oppfølgingsteamene våre informanter blant fastlegene var i kontakt med, gjaldt barn og unge og personer med psykisk utviklingshemming og voksne med psykisk helse- og/eller rusproblematikk. I én av kommunene hadde imidlertid en fastlege fått en liste over sine oppfølgingsteam, og der var ikke personer med utviklingshemming som bor i bolig eller har BPA inkludert, og fastlegen skjønnte ikke hvorfor. De færreste fastlegene hadde konkrete erfaringer med oppfølgingsteam for eldre pasienter og pasienter som mottok hjemmetjenester, men vi sitter igjen med et klart inntrykk av at mange fastleger opplever god kommunikasjon med hjemmetjenesten i kommunen. Dette er en tjeneste de ofte har kontakt med flere ganger per dag, og de gir inntrykk av at koordineringen rundt disse pasientene er god, sett fra deres ståsted. I én av kommunene har de definert at alle med hjemmetjenester også skal ha oppfølgingsteam, fordi de mener hjemmetjenester er en indikasjon på at pasienten er sårbar og trenger strukturert oppfølging. Det kom også et eksempel på fastlegedeltakelse i et oppfølgingsteam for en person med alvorlig og sjelden diagnose, og der de hadde god erfaring med at spesialisthelsetjenesten deltok i veiledning av kommunens ansatte i oppfølgingsteamet.

Bedre tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid

I minst tre av pilotkommunene fortalte fastlegene uoppfordret at det i løpet av pilotprosjektet var kommet på plass bedre tilbud rettet mot mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Særlig i en av sammenslåingskommunene var psykisk helse- og rusarbeidet mye bedre, og en av legene uttalte at: «*psykiatritjenesten er revolusjonert ... de kan dra hjem til folk, det var ikke sånn her for fem år siden*». Én av legene som opplevde dette, sa også at de hadde fått mer fokus på individuell plan for denne gruppa de siste par årene.

3.4.5 Kompetanse i oppfølgingsteamet

Tverrfaglig samarbeid skal være den grunnleggende metodikken i oppfølgingsteamene – både i utredningen av behov, planlegging- og gjennomføring av tiltak og i evalueringen av tiltak og avklaring av nye mål. Veilederen definerer tverrfaglig samarbeid som "en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende". Først i dette delkapitlet oppsummerer vi funnene fra surveyen gjennomført i 2021, der kompetanse hos henholdsvis koordinatorene, teammedlemmer og ledere var tema. Grafiske illustrasjoner og tabeller fra undersøkelsen er presentert i vedlegg 6.3.

Koordinatorkompetanse

Flertallet av koordinatorene vurderte at de i stor, eller svært stor grad, har kompetanse i form av personlige egenskaper (74 prosent), utdanning (69 prosent) og erfaring (59 prosent) for å utøve koordinatorrollen. Men det var kun 30 prosent som opplevde at de hadde tilstrekkelig opplæring. Dette stemmer godt overens med funnene i intervjuene av koordinatorene i 2019, og det er litt overraskende at såpass mange av koordinatorene rapporterer dette i surveyen tre år inn i piloten, all en den tid prosjektgruppene rapporterer å ha hatt fokus på koordinatoropplæring i hele perioden.

Koordinatorene har i varierende grad mottatt ulike former for kompetansehevende tiltak. Flertallet hadde i det siste året, eller de siste to til tre årene, deltatt på informasjonsmøter. Det var også mange som hadde deltatt på kurs eller lignende om individuell plan, koordinatorrollen, elektroniske planverktøy, brukerperspektiv og brukervedvirkning mv. Over 60 prosent hadde aldri deltatt i kurs om PSFS eller om arbeid med pårørende. Halvparten har aldri deltatt på kurs om møteledelse. Halvparten har heller ikke hatt personlig veiledning om koordinatorrollen, og over 60 prosent har ikke deltatt i koordinatornettverk. Møteledelse og veiledning fra andre erfarne koordinatorene er blant tiltak som etterspørres av et flertall av koordinatorene. Mange etterspør også kompetanse på metode for oppfølging av pårørende og elektroniske verktøy. Rundt 70 prosent av koordinatorene hadde gjennomgått minst ett av de kompetansehevende tiltakene som ble spurt om i surveyen siste år. Hvis vi ser bort fra informasjonsmøter, hadde 63 prosent hatt minst ett av de kompetansehevende tiltakene siste år. Kommunene må med andre ord fortsette å satse mye på koordinatoropplæring, og kanskje prøve nye læringsmetoder. En av prosjektlederene fortalte følgende om deres opplæring av koordinatorene:

«Vi har jo laget en ny opplæringsplan som går over 3 moduler, den ene er helsedirektoratet sin, sitt eget læringsprogram, det er veldig bra og det andre er, går på å lage individuelle planer, møte struktur, brukervedvirkning og så har vi da på en måte den tredje som skulle vært mer sånn øve-verksted der man på en måte kan få øve og møtes og snakke og øve seg på litt sånn fiktive saker. Vi har kommet i gang med, ja med det første, helsedirektoratet det ligger selvfølgelig ute til enhver tid og så har vi kommet i gang med det, modul 2 som vi har vært litt sånn, vi må se litt nærmere på det fordi vi tror ikke vi treffer helt og så har vi jo ikke fått hatt de her fysiske øve-verkstedene⁴⁰, så vi har hatt mange forskjellige «workshoper». Ja, hjemmetjenesten, oppvekst, psykisk helse og rus så det er alt mulig det... Sykehusene var også med i løpet av, en av dagene på [...], det var jo derfor vi la det inn i modulen, fordi da fikk vi veldig sånn klar tilbakemelding, det er dette vi trenger, vi trenger å sitte her og øve oss og snakke sammen. Noen fikk jo seg noen sånne aha opplevelser i forhold til brukervedvirkning, at det var vel en gruppe der en bruker, den som spilte brukeren, måtte reise seg å gå, fordi han ble jo ikke tatt med.»

Kompetanse hos teamdeltakere

Teamdeltakere hadde i mindre grad enn koordinatorene gjennomgått ulike kompetansehevende tiltak. Igjen var det informasjonsmøter flest har deltatt på. Flertallet hadde ikke gjennomgått kursene som ble listet opp. Av kurs var det flest som hadde hatt kurs i individuell plan, bruk av elektronisk planverktøy og brukerperspektiv og brukervedvirkning (45-46 prosent). Kun ni prosent av deltakerne hadde hatt kurs i PSFS, og nesten like få hadde kurs i IPLOS-skåring. Rundt 40 prosent av teammedlemmene hadde gjennomgått minst ett av de kompetansehevende tiltakene som ble spurt om i surveyen siste år. Hvis vi ser bort fra informasjonsmøter hadde 26 prosent hatt minst ett av de kompetansehevende tiltakene siste år. Det ligger et stort potensial for bedre opplæring av oppfølgingsteammedlemmer i brukerfokuseret og tverrfaglig samarbeid. Mange av teammedlemmene vil være potensielle koordinatorene i framtiden selv, og da er det

⁴⁰ På grunn av pandemien.



overraskende at over 90 prosent av dem enten aldri, eller ikke i løpet av de tre siste årene, har vært på kurs el.l. om koordinatorrollen. Det samme gjelder for kurs i individuell plan – her er det 88 prosent som enten aldri eller ikke i løpet av siste tre år har vært på kurs i individuell plan. De siste to årene av piloten er det å anbefale at de seks pilotkommunene prøver å få til kompetanseheving blant teammedlemmer på oppfølgingsteam-tankegangen, og de verktøy kommunene har blitt enige med Helsedirektoratet om å ta i bruk.

En av prosjektlederene i piloten som jobbet tett med koordinerende enhet, poengterte viktigheten av at koordinatorene og oppfølgingsteam får den samme opplæringen, slik at de har samme forståelse av hva oppfølgingsteamarbeidet innebærer:

«Og så tenker jeg at en ting som er en utfordring i forhold til opplæring, og det er jo noe med, som du nevnte, med ansvarsgruppene før og de var for store og bruker føler seg ukomfortabel sjøl og alt det der, og så er det noe med det at vi kjører jo opplæring på koordinatorene, og så er det noe med at jeg kan jo få den opplæringa jeg vil som koordinator, men hvis ingen av dem som jeg sitter i oppfølgingsteam i lag med, har fått samme oppfølging, eller opplæringa, så sitter de jo fortsatt og tror at det kan være et ansvarsgruppemøte der vi skal være tjue stykker, og vi skal sitte og snakke om hvor fint det var det vi gjorde i går, og sånn. Eh, og ikke det at skole eller avlastning eller noen skal få komme med sånn statusrapport om hva vi holder på med, for det er ikke noe framdrift i det! Men da må vi ha en opplæring på det, alle i hop, sånn at vi kommer inn med samme forutsetningene og samme bakteppe for hvorfor skal vi sitte i et møte. Så vi kan ha så gode koordinatoropplæringer vi vil, men det skal noe til å snu det for en koordinator hvis ikke resten sitter òg med samme opplæringa da.»

Lederes vurdering av kompetanse i tjenestene

Et flertall av lederne vurderer at kommunen i stor, eller svært stor grad, har kompetanse og arbeider systematisk med brukergruppen for oppfølgingsteam. Det er kun for området "kompetansekartlegging og tilpasset kompetanseutvikling til brukernes behov" at færre enn halvparten av lederne vurderer at kommunene i svært stor, eller stor grad, satser på det.

Mer enn 60 prosent av lederne svarer at mer enn halvparten av sine ansatte har fått tilbud om informasjonsmøte om oppfølgingsteam, eller individuell plan og koordinator. Flertallet svarer også at mer enn halvparten har fått tilbud om kurs om koordinatorrollen og bruk av individuell plan, bruk av elektroniske planverktøy og individuell koordinatorstøtte/veiledning. Svarene til ledere bekrefter at det er få ansatte som har mottatt kursing i PSFS, observasjonskompetanse og pårørendesamarbeid.

Generell betraktning

En mellomleder i en av de største pilotkommunene mente det er viktig å ha sterke fagmiljøer for å ha forutsetninger for å jobbe tverrfaglig, og var ikke for at man «skal sause alt sammen heller. Vi må være organisert sånn at vi har gode fagmiljø, da står folk godt i fagene sine, da er de best i tverrfaglighet». Diskusjonen om tverrfaglighet sporet også inn på problematikken med at det er vanskelig å få andre sektorer (særlig utdanningssektoren) til å ta koordinatoransvar, og de mente at tendensen er at det bare har blitt verre de siste årene. Som nevnt tidligere i rapporten har to av pilotkommunene fått skriftliggjorte retningslinjer om samarbeid og ansvarsfordeling mellom sektorer fra kommuneledelsen.

En av lederne innen helsetjenester for barn og unge i en mellomstor kommune problematiserte at de ansatte sjelden spør seg om man har den kompetansen tilgjengelig som skal til for å ivareta den brukeren man har foran seg. Selv om intensjonen alltid er å hjelpe brukerne, mente lederen at det ofte settes i gang flere tiltak av det samme som er gjort før, men som ikke nødvendigvis har vist seg å fungere. Dette tolker vi som et

uttrykk for at det etterspørres alternative tiltak i tjenestene, men det kan også være et tegn på at man ikke undersøker om andre faggrupper i kommunen kan tenkes å ha andre innfallsvinkler. På oppfølgings spørsmål fra oss om det var noen spesiell kompetanse de følte manglet, handlet svaret om at primærhelsetjenesten får brukerne raskt tilbake fra spesialisthelsetjenesten, og føler de "ikke har nok av det som skal til", og trenger mer spesialisert kompetanse i tjenestene.

3.4.6 Læringspunkter

- ✓ Å jobbe i henhold til veilederen og intensjonene for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam har implikasjoner både på systemnivå, tjenestenivå og brukernivå. Det handler både om å ta praktiske, strukturelle grep i organisasjonen for å sikre systematikk i tverrfaglig utredning og oppfølging, og på et mer abstrakt plan, om å gjennomsyre hele organisasjonen med en brukerfokusert arbeidskultur. Når dette skal gjelde alle målgrupper og berører veldig mange av tjenestene, på tvers av sektorer og nivå, står man overfor en kompleks intervensjon som vil ta tid å implementere fullt ut.
- ✓ For å oppleve nytte av endringsarbeidet må alle involverte aktører i implementeringen få en forståelse av behovet for å jobbe etter modellen for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i sin tjeneste, og hvordan denne arbeidsmetoden eventuelt skiller seg fra tidligere arbeidsmetoder (hva er nytt, hva skal forbedres).
- ✓ Oppfølgingsteam kan være aktuelt for *alle brukergrupper* med store og sammensatte behov, ikke bare brukergrupper som typisk fikk individuell plan og koordinator tidligere. Reflekter over hvilken betydning dette får i din kommune, og identifiser grupper som ikke favnes godt nok.
- ✓ Det er flere måter å "innføre" oppfølgingsteam på. Kommunestørrelse (og dermed antall personer som følges opp) og hvor godt koordinerende enhet fungerer allerede kan påvirke dette. Resultatet etter tre år med pilot spriker fra kommuner som konverterte alle gamle ansvarsgrupper til oppfølgingsteam etter kort tid, etter en systematisk gjennomgang der funksjonen til teamene ble sett i lys av veilederen, til kommuner som har måttet bruke tid på å få på plass en fungerende Koordinerende enhet før de har innlemmet nye brukere.
- ✓ Det kan være virksomt å komme fort i gang med å teste ut oppfølgingsteam for noen brukere som en del av innsiktsarbeidet, så lenge man jobber systematisk for å inkludere alle målgrupper når nødvendige strukturer og rutiner er på plass. Ha gode systemer for evaluering underveis. Oppfølgingsteam-tankegangen kan spres til andre samarbeidsgrupper og team, hvis koordinatorene og teammedlemmer får erfaring med oppfølgingsteam og internalisert intensjonen.
- ✓ Det er viktig å ha oppmerksomhet på å sikre god lederstøtte til koordinatorene, inkludert ha tydelige rolleforventninger, at koordinatorrollen prioriteres og gis tilstrekkelig tid.
- ✓ Koordinatoropplæring og koordinatorveiledning/-støtte i praktisk oppfølgingsteamarbeid er svært etterspurt, særlig kurs i møteledelse og møttestruktur. Dette bør gis til ansatte som er (potensielle) koordinatorene og teamdeltakere.
- ✓ Sørg for at koordinatoren først og fremst er der for brukeren/pasienten, og ikke blir en ryddeaktør i systemet. Legg systematisk til rette for medvirkning i valg av koordinator for brukeren.

- ✓ Ha gode støttesystemer for, og opplæring i, individuell plan. Erfaringene fra pilotkommunene tilsier at en del tjenesteutøvere tror individuell plan er mer komplisert enn det trenger å være. Tilpass planen og rutineene slik at den blir attraktiv, nyttig og overkommelig å jobbe med. Hele 88 prosent av teammedlemmer hadde enten aldri, eller ikke i løpet av siste tre år, deltatt på kurs om individuell plan i vår undersøkelse.
- ✓ I noen tilfeller kan det være nok for en innbygger som har utfordringer på flere livsområder eller som står i fare for å utvikle store og sammensatte behov, å få en kontaktperson i kommunen, uten at det er behov for et oppfølgingsteam. For noen handler det om å komme tidlig inn og å gi et tilbud til de som har et behov for tryggheten det gir å ha en person som de kan kontakte og som følger dem opp, men som ikke (ennå) nødvendigvis trenger to eller flere tjenester.
- ✓ Både fastleger og andre ansatte i kommunen er ofte fornøyd med primærkontaktordningen som særlig benyttes for eldre brukere i mange kommuner. Vær bevisst på å jobbe med å fange opp behovene blant eldre og hvordan tjenestene rettet mot de eldste brukergruppene best kan sikre at eldre med store og sammensatte behov fanges opp og gis nødvendig tverrfaglig koordinert oppfølging. Altså at retten til individuell plan og koordinator sikres også for denne målgruppen.
- ✓ Flere pilotkommuner har sett behov for å ha noen spesialiserte koordinatore som tar de mest komplekse sakene, samtidig som de har en policy om at alt fagpersonell potensielt kan være koordinatore. Det ene utelukker ikke det andre.
- ✓ Det er mange typer koordinatore og samarbeidende team i helsetjenestene, samkjør erfaringene og rydd i begrepene i egen kommune i forbindelse med implementering av veilederen og oppfølgingsteam.
- ✓ Det kan være behov for å styrke Koordinerende enhet i forbindelse med implementeringen. Koordinerende enhet vil ha en sentral rolle i organisasjonen i implementering av veilederen, hvilket krever myndighet, godt lederskap og stor synlighet på tvers av tjenester og sektorer.
- ✓ Fastlegene ønsker å delta i oppfølgingsteamet, og de vil selv vurdere når det er relevant å delta. De etterspør møter med en klar agenda, slik at de kan vurdere behovet for medisinskfaglig kompetanse. Ha strukturer på plass for tilbakemelding til fastlegen når et team er opprettet og for evalueringspunkter underveis.
- ✓ Dynamisk sammensetning av oppfølgingsteamet over tid (at alle i teamet ikke er aktuelle å ha med på møter til enhver tid), kan oppleves uvant for en del teammedlemmer og kan skape misnøye. Avklar forventninger rundt dette i det første møtet i oppfølgingsteamet. Har man forstått intensjonen med oppfølgingsteam, vil man også forstå hvorfor det trenger å være dynamisk. Oppfølging og koordinering skjer også mellom teammøter.
- ✓ Tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer (som barnevern og NAV) kan føre til komplekse etiske utfordringer, særlig knyttet til taushetsplikt. Det kan være et godt grep å integrere etikk-refleksjon rundt deling av informasjon i oppfølgingsteamarbeidet – både på system-, tjeneste- og brukernivå.

3.5 Resultatmål 4: Aktiv bruker- og pårørendeinvolvering (i et tjenesteperspektiv)

Pasienters og brukeres rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er nedfelt i pasient- og brukerrettsloven. Ifølge loven (§3-1) har man rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal også tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn skal informeres og høres, og det skal legges vekt på barnets meninger i samsvar med alder og modenhet. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren og eventuelt de nærmeste pårørende (dersom brukeren ikke er samtykkekompetent). Helsedirektoratet har en egen nettside der brukermedvirkning er definert⁴¹. Her går det fram at brukermedvirkning i seg selv kan ha en terapeutisk effekt, dersom det styrker selvbildet og gir brukeren økt motivasjon. På samme måte kan mangel på brukermedvirkning forsterke følelsen av hjelpeløshet.

Det fjerde resultatmålet i piloten er at pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette. Det innebærer at bruker og pårørende skal kunne påvirke prosessen mot et bedre helsemessig resultat for brukeren. Som i de aller fleste offentlige styringsdokumenter på helsefeltet som har kommet de siste årene, har brukermedvirkning en sentral plass i veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. I veilederen går det fram at tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet, leder må tilrettelegge for at pasienter og brukere kan medvirke og gis best mulig innflytelse på tjenestene, det skal tilrettelegges i et familie- og nettverksperspektiv, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes forutsetninger. Som nevnt tidligere, skal kommunene ta i bruk PSFS (Hva er viktig for deg?) som et verktøy for å styrke brukermedvirkningen.

Funn fra evalueringen som handler om *brukerne/pårørendes erfaringer* med å medvirke i eget tjenestetilbud, tas opp i kapittel 4. I dette avsnittet skal vi ta for oss funn fra intervjuer og survey med ansatte for å belyse hvordan de jobber med brukermedvirkning. Å få til reell brukermedvirkning krever selvfølgelig at både tjenesteutøvere og -mottakere bidrar og legger til rette for medvirkning. Temaet brukermedvirkning har vært tatt opp i alle intervjurundene og er også berørt indirekte i surveyen.

Brukermedvirkning var ett av flere kriterier som lå til grunn da Helsedirektoratet skulle bestemme seg for hvilke kommuner som fikk bli pilotkommuner, og alle pilotkommunene har brukere eller pårørende knyttet til prosjektgruppen som deltar fast eller sporadisk i prosjektgruppemøter og på samlinger. Økt brukermedvirkning er et mål i alle pilotkommunene, men det var i liten grad beskrevet i søknadene hvordan man skal gå fram for å oppnå dette. Minst tre av kommunene hadde erfaringskonsulent ansatt i kommunen, som også er medlem av i pilotprosjektgruppen.

Etter de innledende intervjuene i 2018-2019 oppsummerte vi prosjektgruppens syn på brukermedvirkning slik: "Generelt kan man si at alle kommunene ser behovet for økt brukermedvirkning, og de ser på brukerintervjuene som gjøres i innsiktsarbeidet i forbindelse med piloten som en god måte å innhente brukererfaringer på. Alle kommunene er positive til å fortsette med, eller ta i bruk, "Hva er viktig for deg?"-skjemaet, for å ivareta brukernes rett til medbestemmelse. Flere påpeker at brukermedvirkning er lovbestemt, og at det skal gjøres, men at det i varierende grad gjøres systematisk i tjenestene per i dag." Det tegnet seg altså et bilde av at kommunene erkjenner viktigheten av brukermedvirkning og av å styrke brukernes innflytelse i tjenestetilbudet.

Da vi intervjuet en lang rekke tjenesteutøvere i pilotkommunene i 2019, stilte vi relativt åpne spørsmål om hvordan de ivaretar brukermedvirkning i tjenestene. Vi har ikke detaljert kunnskap om hvordan den store

41 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#%E2%80%8B%E2%80%8Bdefinisjon-av-brukerbegrepet>

gruppen tjenesteutøverne vi har intervjuet jobber med brukermedvirkning i det daglige, det har ligget utenfor formålet til evalueringen. Men vi har både generelle beskrivelser av arbeidet med brukermedvirkning og noen spesifikke eksempler. Responsen fra de ansatte handlet stort sett om måten de møter brukerne på individnivå, bruk av individuell plan som et medvirkningsverktøy og at fokuset på "Hva er viktig for deg?" skal ivaretas. Andre trakk fram brukerundersøkelser, BrukerPlan, og kontakt med brukerorganisasjoner, som eksempler på måter å drive med brukermedvirkning og brukerinvolvering på systemnivå. Flere la vekt på at brukermedvirkning er et tema de har jobbet med i mange år, og at det er en innarbeidet del av arbeidshverdagen hos dem. Flere av informantene i ulike kommuner tok imidlertid opp at det kunne være vanskelig å få til det de omtaler som *reell* brukermedvirkning. De ansatte vet hva brukermedvirkning er, og skal være, men det er ikke alltid like lett å få det til i praksis. Kanskje gjelder dette særlig på systemnivå, ettersom det potensielt er mange brukerorganisasjoner som bør høres når tjenestene skal planlegges. På tjenestenivå kan det være enklere å legge til rette for medvirkning ut ifra definerte målgrupper i tjenestene, men det kan likevel være stor spredning i utfordringer og ressurser innad i hver enkelt brukergruppe.

I intervjuene har ansatte som jobber direkte med brukere fortalt generelt om sine erfaringer med brukerinvolvering, og spesifikt hvordan de forsøker å involvere brukerne. Flere pekte på at de erfarte at vektleggingen på at brukerne skal involveres i eget tjenestetilbud, har blitt større de senere årene. En informant beskrev seg selv som en kartleser, mens brukeren er den som må ta valgene ut ifra det kartet som har blitt tegnet opp.

«Tidligere har jeg jobbet mye med rus og har vel egentlig alltid tenkt på meg selv som en kartleser. Brukeren er selv sjåførr og jeg er kartleser. (...) Vi er der for å finne ..., stikke ut veien, sant. Men valgene må en på en måte ta selv, og legge fokuset på det. Og det har endret seg veldig i løpet av de ti siste årene.»

En del informanter tok også opp dilemmaet – eller snarere balansegangen – mellom å invitere brukeren inn til medvirkning, samtidig som en må erkjenne at ikke alle har ønske eller kapasitet til å medvirke like mye i alle faser av forløpet. Man må altså tilrettelegge for brukermedvirkning på en måte som gjør at det ikke oppleves som en belastning for brukerne, fremhevet informanter. Fra intervjuene kom det videre fram at den viktigste brukermedvirkningen er den som skjer i menneskemøtene mellom bruker og ansatt. Disse møtene bør være innrettet slik at brukeren har anledning til å si hva som er viktig for brukeren for å få det bedre. Skjemaer, skåringsverktøy og andre instrumenter kan være forstyrrende for å skape den gode relasjonen. Samtidig er flertallet, som nevnt da vi diskuterte PSFS, positive til i alle fall dette kartleggingsinstrumentet og som en måte å involvere brukeren i utformingen av egne tiltak.

I intervjuene har respondentene trukket fram individuell plan (papirbasert og digital) og kartleggings-skjemaer som eksempler på måter å få til brukermedvirkning på. Det har vært delte meninger om brukbarheten til digitale IP-er, som SamPro, som flere av kommunene anvender. På sitt beste er det imidlertid et verktøy som fremmer brukermedvirkning. En informant sa det slik: *«det er jo pasienten sitt verktøy. Pasienten er inne i loopen selv, så det gir en annen brukermedvirkning enn de andre verktøyene»*. På sitt "verste", blir det en plan som ikke blir oppdatert, fordi ansatte og brukere av ulike årsaker ikke går inn i planen. Det kom også – ikke uventet – fram i intervjuene at ikke alle brukere behersker digitale verktøy. Det er derfor viktig at det finnes alternativer, eller at man ikke krever at brukeren må logge seg inn på systemene, for å bli oppdatert eller drive medvirkning.

I surveyen som ble gjennomført våren 2021 undersøkte vi flere temaer som har relevans for forståelsen av arbeidet med brukermedvirkning i pilotkommunene. Vi spurte blant annet om hva som hadde skjedd av endringer i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov de siste tre årene. Her kom

det fram at kommunene opplever den største endringen knyttet til at brukerens egne ønsker og behov nå blir sterkere vektlagt enn tidligere. I tillegg ble påstanden "Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam" rangert høyt. Det signaliserer at kommunene jobber godt både med involvering av brukerne, og i utforming av et tilbud til dem, etter deres egen oppfatning.

Vi stilte også spørsmål om kjennetegn ved team som fungerer godt, og team som fungerer dårlig, med tanke på ivaretagelse av brukernes behov. Her kommer påstanden "Brukermedvirkningen er god (det tas utgangspunkt i bruker sine behov og mål, bruker er aktiv, og er fornøyd med prosessen)" høyt opp av viktige faktorer for et velfungerende team. Teamarbeidet blir altså godt når bruker er involvert, etter respondentenes vurdering. Videre når det gjelder teamarbeid, er koordinator en sentral person for brukeren. I veilederen heter det at «*Det skal legges vekt på personens ønske ved oppnevning av koordinator*». Koordinatoren skal oppnevnes blant de som yter tjenester til brukeren, og pasienten/brukeren skal få ønske seg en koordinator. I surveyen stilte vi spørsmål til koordinatorene om hvem som oppnevnte eller foreslo vedkommende som koordinator. 31 prosent av koordinatorene oppga at brukeren selv foreslo vedkommende som koordinator. Vi vet ikke i hvilken grad brukernes ønsker tas til følge totalt sett (i hele brukerpopulasjonen). Det kan tenkes tilfeller der brukere ønsker seg en spesifikk koordinator, men ikke får den. Dette vil ikke synes ut ifra svarene i surveyen. Vi finner altså at i underkant av en tredjedel av koordinatorene har blitt foreslått av bruker. Om dette er et lavt eller høyt tall er vanskelig å avgjøre, men gitt at kommunene er i oppstart med oppfølgingsteam er det kanskje ikke så verst.

I hvilken grad kan vi si at målet om en aktiv bruker- og pårørendeinvolvering nås i pilotkommunene? I implementeringen av oppfølgingsteam har altså en aktiv og myndiggjort brukerrolle vært et mål. Veilederen beskriver at tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet hos brukeren, inkludert en opplevelse av styring og kontroll i eget liv. En utfordring med brukermedvirkning på system- og tjenestenivå i kommunale helse- og omsorgstjenester, er at brukergruppene er svært varierte, både med tanke på alder, sykdom og sosial problematikk. Det er ikke rom for å sørge for at alle grupper er representert på systemnivå, og det blir desto viktigere å sørge for brukermedvirkning på individ- og tjenestenivå. Fra intervjuene ser vi at møtet mellom ansatt og bruker, og det relasjonelle vektlegges når man skal oppnå brukerinvolvering. Gode møter, som er basert på respekt og dialog, og som ikke styres for strengt, styrker brukernes selvtillit og selvrespekt [96, 97]. Sett slik er det viktig å skape gode møter mellom bruker og ansatt. Særlig vil koordinator ha en sentral rolle i dette.

Å implementere en aktiv bruker-/pårørenderolle er en sentral del av piloten. En slik aktiv rolle er nødvendig for å sørge for personsentrerte tjenester, som igjen er et sentralt kjennetegn i "integrated care" [63] og som kan sies å være det endelige målet med oppfølgingsteam. Implementering av en aktiv brukerrolle er ikke fremmed for pilotkommunene, fordi alle har en erkjennelse av at brukerinvolvering er viktig og nødvendig, og mange allerede har lang og omfattende erfaring med det. Sett fra et implementeringsperspektiv, betyr det at evidensen som danner grunnlag for intervensjonen erfares som god [86]. Det betyr også at kompatibiliteten til intervensjonen er god; en aktiv brukerrolle passer godt med allerede definerte mål, prioriteringer og verdier i organisasjonen [74]. Vi ser likevel fra datamaterialet at til tross for at det er stor enighet om at brukerinvolvering er viktig og riktig, er det ikke alltid like lett å gjennomføre i praksis, og det kan være forskjellige måter å oppnå brukerinvolvering på.

Det finnes en rekke verktøy designet for å sørge for at brukerne får en aktiv rolle i utformingen av sitt eget tjenestetilbud. Individuell plan er et typisk eksempel. Individuell plan brukes i ulik grad blant brukerne i pilotkommunene. Evalueringen viser at tjenesteutøverne synes individuell plan – og da særlig digital individuell plan – fungerer i ulik grad. Individuell plan krever også ganske mye av brukerne. Vi går ikke inn på en omfattende diskusjon av individuell plan her, siden det ikke er et tiltak spesifikt innført innenfor rammene av piloten. Men vi vil likevel påpeke at flere informanter mener at man må "avdramatisere" hva en individuell

plan er, og at det ikke trenger å være så komplisert. Fra et implementeringsperspektiv er det flere barrierer som eksisterer for å ta i bruk individuell plan. Det omfatter blant annet mangel på kunnskap og ferdigheter hos tjenesteutøverne og mangel på involvering av alle relevante aktører, samt at brukeren selv ikke har kapasitet eller ferdigheter til å holde planen aktiv og oppdatert [76].

Det nyeste tiltaket for å styrke brukerinvolvering i pilotkommunene er innføringen av PSFS. Bruken av skjemaet – og tankemåten knyttet til det – er tjenesteutøvernes ansvar. Vi har sett at det går sakte i kommunene med å ta i bruk PSFS. Vi diskuterte PSFS i kapittel 3.2, og konkluderte med at det som tilsynelatende virker som et veldig enkelt skjema, i praksis krever både kunnskap, kompetanse og rutiner for å få brukt det på en god måte. Som nevnt over har informantene snakket mer om PSFS og hvordan de skal bruke det i sin kommune i de siste intervjuene enn i det første. Det kan vi se på som et uttrykk for at implementeringsprosessen går framover, men at kommunene fortsatt befinner seg i en tidlig fase der de holder på med egen vurdering av lokale behov og ressurser [69], og vurderer hvordan skjemaet passer til det mangfoldet av brukergrupper som faller inn under oppfølgingsteam.

3.5.1 Læringspunkter

- ✓ Viktigheten av å involvere brukerne i eget tjenestetilbud er velkjent i kommunene, og det gjør at arbeidet med en aktiv brukerrolle ikke føles som noe nytt og fremmed.
- ✓ Det er likevel en vei å gå fra å være bevisst på å involvere brukerne til å gjennomføre det i praksis i en travel hverdag. Bevissthet må omformes til praksis.
- ✓ Det finnes en rekke verktøy for å styrke brukerinvolvering. I piloten er det særlig PSFS og "hva er viktig for deg?"-tankegangen som står sentralt. PSFS krever kompetanse hos de ansatte som skal bruke det. Det er også nødvendig med rutiner rundt bruken.
- ✓ En aktiv brukerrolle krever også "oppæring" av brukerne. Noen brukere er ikke vant til – og har liten kapasitet til – å ta medansvar for utforming av mål og påfølgende tjenestetilbud. Tjenesteutøvere, med koordinator i spissen, må hjelpe brukerne til å forstå sin aktive rolle, og tilrettelegge for at de faktisk kan ta denne rollen.
- ✓ Målgruppa for oppfølgingsteam er svært bred, og det betyr at brukerne har ulike forutsetninger og muligheter for å medvirke. Tjenestene må ta hensyn til det når de inviterer til dialog og medvirkning.

4 Brukere og pårørendes erfaringer

Dette kapitlet handler om brukere og pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet, og hvordan de opplever *koordinering* og *medvirkning* i tjenestene som mottas. Følgende hovedspørsmål undersøkes:

- Hvordan fungerer koordineringsordningene oppfølgingsteam/ansvarsgruppe, individuell plan og koordinator?
- I hvilken grad opplever brukere og pårørende at de blir involvert i, og har reell innflytelse over, eget tjenestetilbud?

Evalueringen har gjennomført datainnsamlinger blant brukere og pårørende i de seks pilotkommunene i 2019 og i 2021. Det totale utvalget består av 65 brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Rapporten gir en beskrivelse av hva oppfølgingsteam skal innebære for pasienter og pårørende (jf. kapittel 1.5) og definisjon av målgruppene (jf. kapittel 1.4). Hovedelementene beskrevet i veilederen [1] er tidlig identifisering, en systematisk, tverrfaglig kartlegging av brukerne der brukerperspektivet ivaretas, oppnevning av en koordinator og at teamet er sammensatt ut fra brukerens (skiftende) behov. Brukerne skal sikres et mer målrettet tilbud gjennom oppfølgingsteam, og det skal legges vekt på brukernes opplevelse av hva som er viktig for dem.

Målgruppen for oppfølgingsteam er alders- og diagnoseuavhengig, og brukerne kjennetegnes av at symptomer og andre faktorer er vevd sammen. Helsedirektoratet eksemplifiserer målgruppen pasienter og brukere med store og sammensatte behov som vist i tabellen under.

Målgruppe	Utfordringer og behov
Barn, unge og voksne med behov for tjenester i et livsfaseperspektiv	Det er særlig viktig å sikre gode overganger mellom livsfaser og ivareta et familieperspektiv, herunder samarbeid med pårørende
Personer med muskel-, skjelett- og smerteproblematikk	Gruppen er i stor grad yrkesaktiv, og samtidig oppfølging av helsetjenester og NAV er viktig
Personer med behov for samtidige tjenester knyttet til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering	Gruppen trenger koordinert oppfølging fra mange tjenester
Eldre med flere diagnoser	Gruppen opplever utfordringer med blant annet legemiddelhåndtering, demens / kognitiv svikt samt med lite sammenhengende forløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten
Personer med innvandrerbakgrunn	Mange innenfor denne gruppen har liten kunnskap om offentlige tjenester, dårlig sykdomsforståelse og mangelfull kunnskap om helse. De er også underforbrukere av helsetjenester
Personer med kroniske sykdommer og tilstander	Dette er personer som ofte er kjent i tjenestene, men hvor det kan mangle systematikk for observasjon og revurdering etter hvert som behovet endrer seg
Barn, unge og familier som følges opp av barnevernet	Personer i denne gruppen mangler ofte en helhetlig oppfølging, herunder samarbeid mellom barnevern og helsetjenesten

I forbindelse med kategorisering og analyse av bruker- og pårørendeintervjuene, har vi omdefinert disse kategoriene og slått sammen noen, slik at vi ender opp med fire hovedgrupper når det gjelder sykdommer og tilstander. Hovedgrunnen til dette er at vi har for få informanter i enkelte av Helsedirektoratets åtte kategorier.

1. Personer med kroniske (medfødte) sykdommer og tilstander.
2. Personer med alvorlige (erhvervede og varige) diagnoser.
3. Psykisk helse og rus.
4. Eldre med (flere diagnoser) og hjelpebehov.

Inndelingen vår i fire kategorier innebærer at personer i Helsedirektoratets kategori: "Personer med muskel, skjelett og smerteproblematikk" inngår i vår kategori 2. Brukere i kategorien "Barn, unge og voksne med behov for tjenester i et livsfaseperspektiv" inngår i kategori 1 eller 2. "Personer med innvandrerbakgrunn" i vårt materiale inngår i kategoriene 1-3. Vi vil likevel være oppmerksom på utfordringer og behov som disse gruppene kan ha. Når det gjelder kategorien "Barn, unge og familier som følges opp av barnevernet", inneholder utvalget ingen brukere.

Evalueringen har vist at det varierte på hvilket tidspunkt og på hvilket grunnlag pilotkommunene definerte oppfølgingsteam som innført. Noen kommuner tok et veldig tydelig utgangspunkt i eksisterende ansvarsgrupper i sin implementering, og omgjorde disse til oppfølgingsteam for brukere de identifiserte som i behov av oppfølgingsteam. Andre kommuner la mer vekt på en prosess med å rekruttere nye pasienter med profil og behov i tråd med kriteriene for oppfølgingsteam, for deretter å bygge team rundt pasienten/brukeren.

I dette kapitlet om brukere og pårørende sine erfaringer bruker vi i hovedsak begrepet ansvarsgrupper, og grunnen til det er at det aller fleste informantene bruker dette begrepet i intervjuene.

4.1 Metode og materiale

4.1.1 Rekruttering og deltakelse

Alle informantene ble rekruttert av prosjektledelse i den enkelte kommune. Kommunen gjorde avtale med aktuelle informanter fra målgruppene for oppfølgingsteam – personer med store og sammensatte behov og/eller deres pårørende.

Det ble gjort 69 intervju av brukere og/eller pårørende hvorav fire ble intervjuet to ganger, i 2019 og 2021. Utvalget består dermed av totalt 65 brukere. Av disse er 45 voksne over 18 år, mens det er 20 barn og unge. Kjønnfordelingen er 50-50, med 32 kvinner/jenter og 33 menn/gutter.

Hensikten var opprinnelig å gjøre oppfølgingsintervju med flere av de som ble intervjuet i 2019. Vi var imidlertid avhengig av hvorvidt pilotkommunene lyktes med å rekruttere blant disse. Etter hvert ble det klart at vi i hovedsak ville få med informanter som ikke deltok i 2019.

Inntrykket er også at rekrutteringen var litt mer tilfeldig i 2019 enn i 2021 ettersom forskerne i 2019 var på besøk i kommunene, og gjorde intervjuene i løpet av et par dager, der forsker i mange tilfeller oppsøkte informanten (på sykehjem, på omsorgsbolig eller hjemme). Med kun digitale intervju i 2021, og stort sett ved at kommunen har lagt til rette for de digitale intervjuavtalene mellom informant og forsker, kan dette ha hatt betydning for hvilke informanter som til sist har deltatt.

Mange av informantene har relativt lang erfaring med tjenesteapparatet, og forteller om hvordan det har vært de siste årene. Datagrunnlaget inneholder dermed også folks erfaringer knyttet til koordinering og brukermedvirkning, også i retrospekt.

4.1.2 Gjennomføring av kvalitative intervju

I den første intervjurunden i 2019 ble alle intervju gjort i fysisk møte med bruker eller pårørende, og i noen tilfeller begge. Tid og sted for intervjuene var avtalt i forkant av forskernes besøk i den enkelte kommune. De fleste intervjuene ble avholdt på møterom i kommunens rådhus, noen ble gjort på brukers rom i bo- og servicesentra og sykehjem, to ble gjennomført i brukers eget hjem.

I den andre intervjurunden i 2021 ble alle intervju gjennomført digitalt, i hovedsak via Teams eller videokonferansesystem som kommunen hadde. Noen få ble gjort via telefon der informanten ønsket dette. Intervjuene ble gjennomført semistrukturert. Det vil si at intervjuguiden følges, samtidig som det åpnes for andre tema. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett.

Intervjuguiden var den samme i 2019 og 2021, og inneholdt spørsmål om tjenester involvert: om koordineringen rundt bruker, herunder om team/ansvarsgruppe, individuell plan, koordinator; om helsetilstand og innvirkning på dagliglivet; om behov for oppfølging og eventuelle udekkede behov, og om brukermedvirkning.

4.1.3 Kartleggings skjemaet

Et kartleggings skjema ble fylt ut for samtlige informanter. Forsker stilte spørsmålene og fylte ut skjemaet som siste del av det kvalitative intervjuet. Kartleggingen som ble gjort samtidig med kvalitativt intervju av den enkelte bruker/pårørende, gir informasjon om bruker når det gjelder demografi, helsetilstand, koordineringstiltak og vurdering av det kommunale tjenestetilbudet som de mottar.

Kartleggingsskjemaet inneholder spørsmål om følgende tema:

- Hva kjennetegner brukerutvalget når det gjelder demografisk bakgrunn?
- Hva karakteriserer brukerutvalgets helsetilstand?
- Hvor mange har individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe?
- Hvordan vurderer informantene informasjon, brukermedvirkning og tilpasning til brukers behov?
- Hvordan vurderes grad av nytte og utbytte av det kommunale tilbudet som mottas?
- Alt i alt hvor fornøyd er utvalget med tilbudet?

4.1.4 Analyse

Data fra kartleggingsskjemaet ble lagt inn i SPSS, og det ble gjort deskriptive analyser av materialet.

De kvalitative intervjudataene fra 2019 ble kodet ved hjelp av Excel, og i følgende kategorier: bakgrunn; sykdomsbilde/diagnose; tjenester involvert; koordinering (beskrivelse av team/ansvarsgruppe, individuell plan og koordinator); behov – og behov som ikke dekkes; brukermedvirkning. I 2021 ble intervjuene kodet tilsvarende i analyseprogrammet Nvivo. I videre analyse ble det lagt til følgende kategorier: antall møter ansvarsgruppe; ansvarsgruppe deltakelse; ansvarsgruppe negativ; ansvarsgruppe positiv; fastlegens rolle; individuell plan negativ; individuell plan positiv; koordinator negativt; koordinator positivt; koordinators rolle; medvirkning; udekket behov.

4.2 Resultater

I undersøkelse av *koordinering* og *medvirkning* i det kommunale tjenestetilbudet, slik brukere og pårørende opplever det, gjennomgår resultatdelen følgende spørsmål:

- Hva karakteriserer brukerne i studiens utvalg når det gjelder bakgrunn og helse?
- Hvor stor andel av brukerne har team/ansvarsgruppe, individuell plan og koordinator?
- Hva karakteriserer koordineringen og medvirkningen slik brukere og pårørende erfarer det?
 - Har det skjedd endringer og tilpasninger i tilbudet?
 - Fungerer teamet/ansvarsgruppen dynamisk?
 - Hvilken rolle har fastlegen i teamet/ansvarsgruppen?
 - Jobbes det målrettet og langsiktig i teamet/ansvarsgruppen?
 - Hvordan brukes individuell plan, og hvor viktig rolle har individuell plan når det gjelder målrettet arbeid?
 - Hvilken rolle har koordinator for brukere og pårørende?
 - Praktiseres brukermedvirkning?
 - Hva er brukere og pårørendes utbytte av det kommunale hjelpetilbudet?

4.2.1 Brukerutvalgets bakgrunn, helse og koordineringstiltak

4.2.1.1 Demografisk bakgrunn

Tabellen under viser sosioøkonomiske karakteristika for voksne brukere i utvalget.

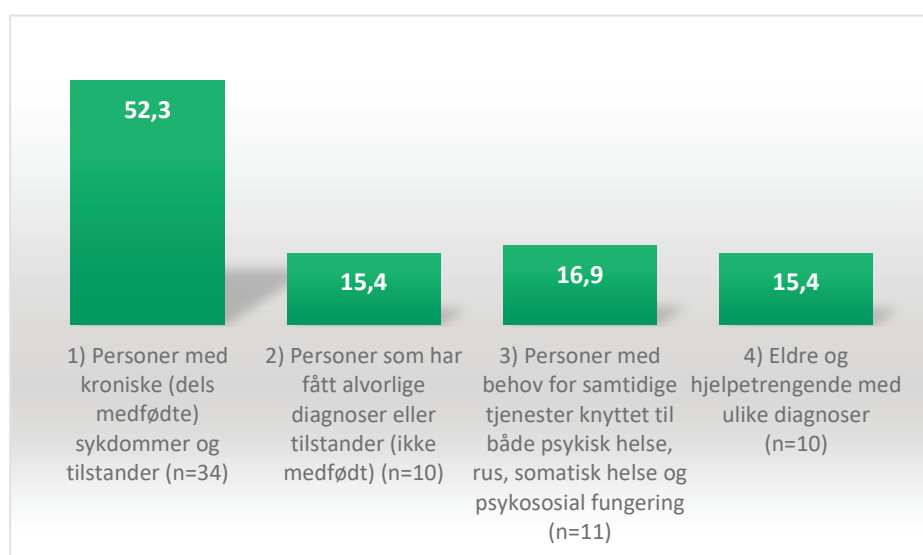
Tabell 4.1 Sosioøkonomiske karakteristika for voksne brukere (> 18 år) i studien (n=45).

Kategori	Variabel	Prosent (n)
Høyeste utdanning	fullførte	
	Grunnskole	35,6 (16)
	Videregående skole	44,4 (20)
	Høyere utdanning	17,8 (8)
Kjønn	Kvinne	60,0 (27)
	Mann	40,0 (18)
Sivilstand	Ugift	55,6 (25)
	Gift eller samboer	28,9 (13)
	Separert/skilt	8,9 (4)
	Enke/enkemann	6,7 (3)
Har barn	Ja	60,0 (27)
	Nei	40,0 (18)
Hovedinntektskilde	Inntekt av eget arbeid	4,4 (2)
	Alderspensjon	22,2 (10)
	Omsorgspenger	2,2 (1)
	Uførepensjon	37,8 (17)
	Annen trygd	11,1 (5)
	Forsørget av andre	8,9 (4)
	Annet	4,4 (2)
Bosituasjon	Egen eiet bolig	42,2 (19)
	Egen leiet bolig (privat)	8,9 (4)
	Hos foreldre/slekt	13,3 (6)
	Kommunal bolig	20,0 (9)
	Sykehjem	2,2 (1)
	Annet	6,7 (3)

Det er litt flere kvinner (60 prosent) enn menn (40 prosent) i utvalget. Av de voksne brukerne over 18 år er høyeste fullførte utdanning videregående skole hos 44,4 prosent og høyere utdanning hos 17,8 prosent. Under 30 prosent er gift eller samboer, mens 55,6 prosent er ugift. Det er 60 prosent som har barn. Hovedinntektskilden til de fleste er trygd, flest med uførepensjon (37,8 prosent) eller alderspensjon (22,2 prosent). Noe under halvparten bor i egen eiet bolig (42,2 prosent), 13,3 prosent bor hos foreldre. En person bor på sykehjem, en på korttidsavdeling etter sykehusopphold, og fem bor i omsorgsleilighet.

4.2.1.2 Sykdomsgrupper og helse hos brukerne

Figuren under viser brukerutvalget vurdert i forhold til fire kategorier av pasienter med store og sammensatte behov. Kategoriene baserer seg på Helsedirektoratets inndeling med sju kategorier⁴². Ettersom det er svært få brukere i noen av Helsedirektoratets kategorier har vi inkludert disse få i større kategorier (se beskrivelse i metodedel).



Figur 4.1 Kategorier av sykdommer og tilstander hos brukerne i utvalget (n=65).

Kategori 1: kroniske sykdommer og tilstander (dels medfødt)

Figuren viser at halvparten av de 65 brukerne i utvalget har *kroniske sykdommer og tilstander*. Dette gjelder 16 av totalt 45 voksne (36 prosent) og så mange som 18 av totalt 20 barn (90 prosent). Kategorien dreier seg i hovedsak om medfødte sykdommer og tilstander. En stor gruppe i denne kategorien er personer med autisme i kombinasjon med tilstander som for eksempel ADHD og CP, eller ADHD i kombinasjon med andre tilstander som for eksempel alvorlige språkvansker. Flere har CP i kombinasjon med en rekke andre tilstander. Personer med psykisk utviklingshemming er også en relativt stor gruppe i denne kategorien.

Kategori 2: alvorlige diagnoser eller tilstander (ikke medfødt)

Det er ti brukere (16,7 prosent) som er i kategori 2, som gjelder alvorlige diagnoser eller tilstander (ikke medfødt). Dette er åtte voksne og to barn. Av sykdommer blant de ti finner vi ME, kreft, ALS, nedsatt fysisk tilstand på grunn av ulykker samt personer med multisykdom.

42 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov>

Kategori 3: psykisk helse m.m.

Det er 11 personer (15,4 prosent – og kun voksne) med behov for samtidige tjenester knyttet til psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering (kategori 3). Det dreier seg om ulike typer av psykiske diagnoser: schizofreni, PNES (Psykogene, ikke-epileptiske anfall), depresjon eller andre psykiske vansker kombinert med Asberger, autisme, søvnproblemer, revmatisme eller andre somatiske lidelser.

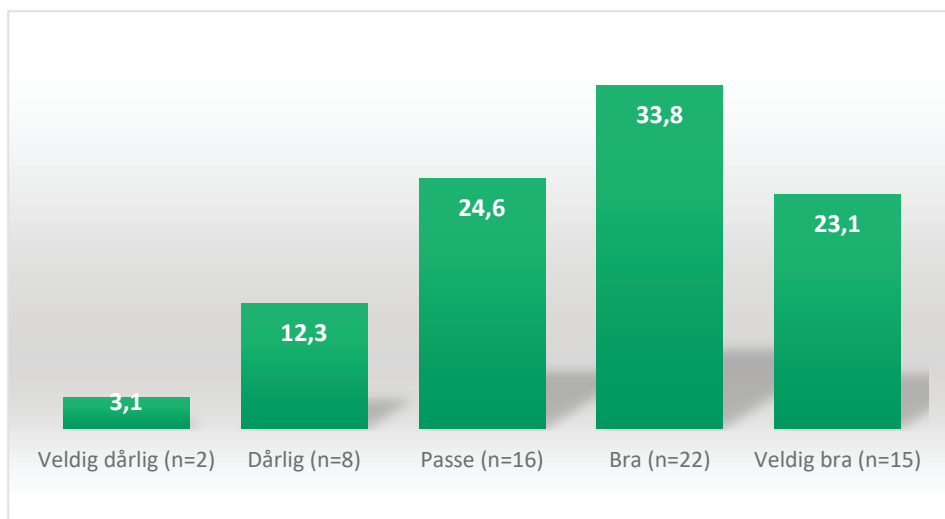
Kategori 4: Eldre og hjelpetrequende med ulike diagnoser

Det er ti eldre over 68 år i utvalget. Dette dreier seg om personer som er hjelpetrequende med ulike diagnoser. Tre av disse er diagnostisert med demens. Resten er pleietrequende på grunn av hjerneblødning, hjerneslag, Parkinson m.m. Tre har fysisk funksjonshemming, sitter i rullestol. På tidspunktet da intervjuet ble gjort bodde fire av de ti helt eller delvis i omsorgs- eller bosenter, en i sykehjem og en på korttidsavdeling.

Diagnoser hos barn og ungdom i utvalget

De aller fleste av barna i utvalget, 18 av totalt 20, er i kategori 1 med kroniske (dels medfødte) sykdommer og tilstander. Mange av disse har diagnosen autisme og eller i kombinasjon med ADHD – flere også i kombinasjon med andre diagnoser og tilstander. Noen har Cerebral parese. Noen har psykisk utviklingshemming. Et par har svært sjeldne diagnoser som krever spesiell oppfølging.

Generell helsetilstand hos brukerne

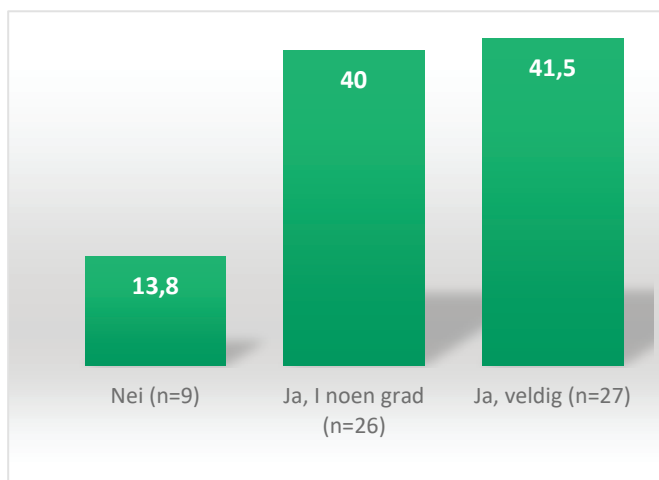


Figur 4.2 Vurdering av brukers generelle helse. Prosent (n=63).

De fleste vurderer egen helse som bra, veldig bra eller passe. I 57 prosent av svarene vurderes brukers generelle helse som bra eller veldig bra. Merk at for de under 18 år (n=20) er det foreldre/fosterforeldre som svarer, og for noen av de voksne er det pårørende som svarer.

En viktig årsak til at så mange rapporterer god helse er at en stor del av utvalget har diagnoser som faller inn under kategorien kroniske tilstander og sykdommer, men kan gjerne oppleve å ha god almen helse, for eksempel at man sjelden blir syk med ordinære ting som influensa. Særlig gjelder dette kategori 1 der det i stor grad dreier seg om medfødte tilstander, der om lag halvparten også er barn og unge. Her oppgir 73,5 prosent at de har bra eller veldig bra helse. I gruppen med psykiske helseproblemer oppgir 58,4 at de har bra eller veldig bra helse. Færre i gruppen for alvorlige diagnoser eller tilstander (ikke medfødte) oppgir dette – 30 prosent, mens det er færrest – 22,2 prosent i gruppen eldre som oppgir bra eller veldig bra helse.

Figur 4.3 under viser i hvilken grad respondentene opplevde hindre i sine daglige aktiviteter på noen måte ved langvarig sykdom, funksjonshemming, skrøpelighet eller fysiske eller psykiske helseproblemer.

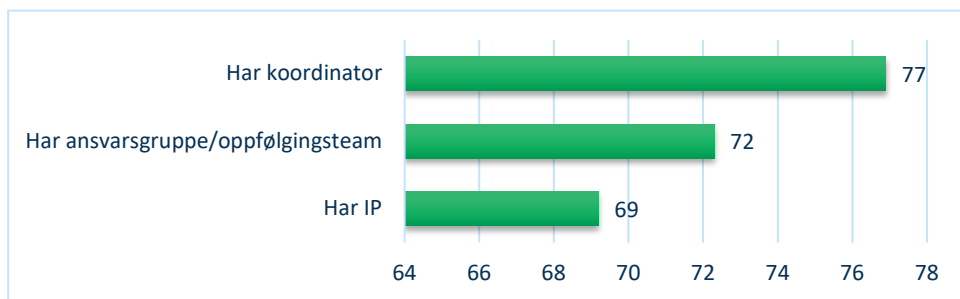


Figur 4.3 Hindret av helsetilstanden (n=62).

På spørsmål om bruker er hindret av helsetilstanden svarer 40 prosent i noen grad, mens 41,5 prosent svarer i veldig stor grad. Resten, 13,8 prosent, opplever ikke å være hindret i daglige aktiviteter. Brukere i kategori 1 – kroniske sykdommer og tilstander som dels er medfødt, er de som i minst grad rapporterer at de er hindret i daglige aktiviteter.

4.2.1.3 Brukere med koordineringstiltak

I kartleggingskjemaet spurte vi informantene hvilken type koordinering bruker har. Figuren viser andeler brukere som hadde individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe/oppfølgingsteam, og andel som har ett eller flere koordineringstiltak.



Figur 4.4 Brukere med individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator. Prosent (n=65)

Blant de 65 brukerne hadde 77 prosent koordinator, 72 prosent hadde ansvarsgruppe/oppfølgingsteam, og 69 prosent hadde en individuell plan.

Av brukere i kategori 1, *kroniske sykdommer og tilstander (dels medfødt)*, er det to av 34 som for tiden ikke har ansvarsgruppe, individuell plan eller koordinator.

Av de ti brukerne i kategori 2, *alvorlige diagnoser eller tilstander (som ikke er medfødt)*, er det en som for tiden ikke har ansvarsgruppe, individuell plan eller koordinator.

I kategori 3, *psykisk helse* etc., er det to av de 11 brukerne som sier de ikke har ansvarsgruppe, koordinator eller individuell plan. Begge har kontakt med kommunalt psykisk helsearbeid, og innimellom med spesialisthelsetjenesten.

I kategori 4, *eldre og hjelpetrequende med ulike diagnoser*, er det seks av de ti brukerne som ikke har koordineringstiltak i form av ansvarsgruppe, koordinator eller individuell plan. Flere av disse er brukere som bor helt eller delvis i omsorgs-/bosenter eller sykehjem, og har dermed primærkontakt eller lignende som fungerer som deres faste kontaktpunkt mot tjenestene (kartleggingsskjemaet hadde spørsmål om koordinator, men ikke primærkontakt).

De fleste av brukerne har hatt oppfølging over lengre tid, mange gjennom flere år – en god del brukere i kategori 1 helt fra de var små.

4.2.2 Teamet/ansvarsgruppen

Det framgår av veileder at "oppfølgingsteamet består av personens tjenesteytere, herunder fastlegen". Veilederen legger også opp til sterk brukermedvirkning når det gjelder å avgjøre hvem som er aktuelle å involvere. Det heter at sammensetning og arbeidsform "må skje i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende".

Ansvarsgrupper har eksistert i mange år. Det som nevnes som særegent med teamutformingen til oppfølgingsteam, slik det er beskrevet i informasjonen til pilotkommunene fra Helsedirektoratet, er at det skal være *lite og dynamisk*, og kun inkludere *de mest sentrale* tjenesteutøvere. Teammedlemmene skal erstattes med andre dersom brukers *behov endrer seg*. Man er opptatt av å komme bort fra det man har oppfattet som et problem med for store omfattende team når det gjelder antallet tjenester involvert i ansvarsgrupper. En utfordring med store ansvarsgrupper er at de ofte ikke fungerer godt fordi de inkluderer for mange tjenesteutøvere som har for lite eierskap til saken, og som er lite aktive i oppfølgingen av brukeren. Ansvarsgrupper kan også være dynamisk når det gjelder hvilke tjenester som er involvert og kan samsvare med oppfølgingsteam slik det defineres i veilederen.

I det følgende undersøker vi om brukere og pårørende opplever at det har skjedd endringer og tilpasninger i ansvarsgruppen/teamet, og om teamene drives dynamisk.

4.2.2.1 Lite merkbare endringer

Basert på vårt datamateriale er det lite som tyder på at det har skjedd merkbare endringer slik brukere og pårørende opplever det, som kan knyttes til pilotprosjektet.

Når det gjelder begrepet oppfølgingsteam, var dette et ukjent begrep for de aller fleste brukere og pårørende. Tilnærmet samtlige informanter brukte begrepet ansvarsgruppe, og noen svært få brukte begrepet oppfølgingsteam. Inntrykket er at dette var personer som også kjente til pilotprosjektet.

På spørsmål om brukere og pårørende opplevde at det hadde skjedd merkbare endringer i tilbudet, ble det vist til andre typer endringer enn endringer som handler om teamet som sådan. Eksempelvis viser følgende to informanter til henholdsvis overgangen fra barne- til ungdomsskole, og fra BUP til psykisk helsevern for voksne.

"Nei, egentlig ikke. Endringene kom vel, følte jeg, mer da han skiftet skole i fjor. Når han skiftet fra barneskole til ungdomsskole. De var mer på å gå inn å følge opp via Sampro, og følge med ... litt mer skolen - så det ble mer helhet. (pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand)

"Nei, ikke egentlig. Ikke bortsett fra at jeg har byttet – at jeg gikk til BUP også byttet til voksenpsykiatrien. Også var det endring, så klart, å sette opp ansvarsgruppe. Det var jo noe nytt, men det var ikke ... ja." (bruker med psykiske helseutfordringer)

Dette er typiske eksempler på overganger som kan bety mye, og gi store endringer i tjenestetilbudet, både fordi det er snakk om nye tjenester, tiltak og fagpersoner – men også fordi bruker selv er blitt eldre, og går inn i en ny livsfase. På spørsmål om opplevelse av endring i tjenestetilbudet peker en bruker som bor i omsorgsbolig på det grepet kommunen har tatt når det gjelder bolig og bo-trening.

"Altså, den store endringen var jo at brukerne her i kommunen ble flyttet litt på for å få forskjellige brukergrupper på samme plass, så da ble jo denne boligen [som bruker bor i] opprettet for yngre mennesker som da har som mål å gå igjennom tre år her, og bli så selvstendig som mulig, og forhåpentligvis komme seg ut i egen leilighet." (bruker i omsorgsbolig)

Det er noen få informanter som er kjent med oppfølgingsteam, som følgende pårørende, som også har fått med seg målet om større fleksibilitet i teamet. På spørsmål om de har lagt merke til noen endringer, svarer pårørende som følger:

"Nei, egentlig ikke. Bortsett fra at det er ikke er ansvarsgruppemøte lengre, og at det heter samarbeidsmøte. Og at man skal ha møter oftere kanskje, hvis det er behov, og sjeldnere hvis det ikke er behov. Det er ikke fastsatt disse to møtene i året, nå skal man, ja, ha det ved behov da. Og så behøver man kanskje ikke innkalle alle sammen hver gang, og ja, det kan jeg jo si at er nyttig." (pårørende til ung voksen med kronisk tilstand)

Et annet og interessant perspektiv er en pårørende til ung voksen som har hatt tjenestetilbud i rundt 20 år, og der pårørende peker på en generell endring som hun har observert blant fagfolk i tjenestene:

"Jeg opplever vel at det er i ferd med å komme inn en ny generasjon i disse her stillingene. For eksempel som tjenesteleder og avdelingsledere som jeg føler har litt nye og litt bedre tanker rundt ... ja sånn helt generelt altså – at det har kommet inn litt nytt blod, og at det har vært veldig bra." (pårørende til ung voksen med kronisk tilstand)

De endringene som initieres gjennom pilot oppfølgingsteam tar tid å implementere. Det har evalueringen så langt vist.

4.2.2.2 Dynamisk team og teamarbeid

Veileder anbefaler at teamet bør være *lite og dynamisk* – at gruppen ikke skal bli for stor. Datamaterialet viser at brukere og pårørende ikke problematiserer *antallet* tjenester som deltar i teamet. På den annen side problematiseres det av en god del at ikke alle involverte fra tjenestene møter opp som avtalt til ansvarsgruppemøte. Dette kan medføre at informasjon ikke deles så lett. Mange informanter fortalte også at mye møtetid går med til å oppdatere personer/tjenester som ikke deltok i forrige møte. En del informanter forteller at ansvarsgruppemøtene dermed ikke blir så målrettede fordi møtene ikke blir brukt effektivt, noe som igjen kan medføre at man ikke får målrettet framdrift for bruker.

Et annet problem som mange brukere og pårørende påpeker er *hyppig utskifting av fagpersonell* i tjenester involvert i ansvarsgruppen, noe som flere også opplever som problematisk når det gjelder kontinuitet.

Eksempelvis forteller en pårørende til en ung voksen med kronisk sykdomstilstand at ansvarsgruppen består av flinke fagfolk. De møtes tre ganger i året, men det er et minus at ikke alle møter opp som avtalt hver gang, og at det har vært hyppige utskiftninger. Dette har medført at de har måttet bruke en del tid og krefter på å få til møter.

"Da er det kontaktlærer, assistent, koordinator, spesialpedagog har vært der, litt til og fra, men det er de som er der nå, og så er det ergoterapeuten, hun fratrer stadig, og så er det PPT, de frafaller veldig ofte. Og så er det skole."

Utskifting er særlig sårbart der det er snakk om en godt involvert og engasjert fagperson, og dersom det dreier seg om koordinator, der denne har bidratt til god koordinering, og der bruker er godt fornøyd med denne.

Det er vanskelig å unngå gjennomtrekk på grunn av at folk skifter jobb, men det er mulig å gjøre noe når det gjelder forpliktelse til oppmøte. I verste fall kan manglende oppmøte i ansvarsgruppen, og mye utskifting av personell, medføre at pårørende og bruker opplever at de står mer alene.

Det er fornuftig med færrest mulig involverte i teamet, dersom det avgrenses til de tjenestene som faktisk har, eller bør ha, en viktig rolle for bruker. Det er logisk å tenke seg at jo flere tjenester som er involvert, jo større sjans for at noen ikke møter opp i ansvarsgruppemøte og at dette kan være et hinder for framdrift.

4.2.2.3 Fastlegens involvering i teamet/ansvarsgruppen

Det heter i veilederen at "oppfølgingsteamet består av personens tjenesteytere, herunder fastlegen", men at "omfanget av fastlegens involvering også bør avklares i det enkelte tilfellet."

Basert på vårt materiale finner vi at det varierer om fastlegen deltar i teamet. I noen tilfeller deltar fastlegen av og til, og der man ser at det er behov for det. I andre tilfeller deltar ikke fastlegen i det hele tatt, selv om bruker eller pårørende opplever at det er behov for det. Flere uttaler at de ikke forventer at fastlegen deltar aktivt i møter, ofte fordi de oppfatter at han eller hun har det veldig travelt. Andre kunne ønske at fastlegen deltok i teamet. Felles for de som har en aktiv fastlege i sitt team er at de vurderer dette som godt og nyttig.

Flere viser til fastlegens viktige rolle når det gjelder å søke på for eksempel hjelpestønad eller andre tiltak. Noen kan tenke seg fastlegens aktive deltakelse for å sikre rettigheter.

"Egentlig kunne jeg ha tenkt meg det, fordi vi er avhengig av fastlegen, faktisk, som vet hva som foregår, for han må være den sakkyndige personen som søker om ting vi har lyst på." (pårørende til barn med kronisk lidelse)

Andre er mer kritisk og skuffet over at fastlegen ikke deltar mer:

"Nei, vi har jo vært innom mange faser her. Og nå sist så hadde vi en utredning på ADHD i tillegg. Som vi egentlig har kommet i mål med uten at han har vært involvert. Ja. Så vi har vært en runde med BUP og nå har han begynt med Ritalin. Jeg vet jo bare at fastlegen får innkalling, og han får referat. Ja. Så det ... det er litt skuffende, for det handler om prioriteringer." (pårørende til barn med kronisk lidelse)

Andre har fastleger som bidrar ved behov, og som har prioritert å være med på møter også, slik en pårørende til barn med blant annet autisme:

"Fastlegen har vært med [på møter] ved behov, han er veldig god støtte, han er sånn som får ting til å skje (...) man blir alltid tatt på alvor og det er godt, men han har jo også sett at [navn på bruker] ikke har hatt det bra. (...) Om det har vært et eller annet så har han vært på, og vært med på møtene, (...) men han er bare innom en halvtime, han er jo ikke med på hele møtet, som ofte blir halvannen time. (...) vi har følt at han har prioritert det da, så det har vært godt. Hvis ikke så hadde det nok vært mer utfordrende og fått det gjennom." (pårørende til barn med autisme m.m.)

Fastlegen kan oppleves som en støtte når det gjelder å presisere behov overfor andre tjenester. Etter hvert som sykdomsbildet — medisinske ting ble avklart vil det gjerne være naturlig at fastlegen har en mindre rolle, som denne pårørende sier:

"Vi har en tydelig og bestemt fastlege som kan faktisk sette krav til kommunen. Kan sette krav til hjemmesykepleien òg, hvis han mener det. Så han følger opp. I hvert fall i starten [etter slag], så var jo han på alle disse møtene vi hadde. (..) Det går mer på fysiske, på en måte, utfordringer. Så jeg tenker at vi har en fastlege som følger opp ved behov". (pårørende til familiemedlem med alvorlig diagnose)

I en del tilfeller har fastlegen nesten ingen rolle i sykdomsforløpet. Det kan dreie seg om tilstander som medisinsk sett er relativt avklarte, og der det heller ikke er et særlig behov for oppfølging av somatisk helse. I materialet vårt ser vi også at det kan dreie seg om sjeldne diagnoser som må følges opp av spesialister i sykehus, og der sykehuset utgjør den mest sentrale helsetjenesten over lengre tid, mens fastlegens rolle da blir litt mer avgrenset på det som omhandler denne diagnosen, og til å følge opp sykehuset sitt opplegg. En pårørende til barn med en svært sjelden diagnose sier:

"Vi trenger egentlig ikke mer fastlege enn det at vi blir henvist til de aktuelle instansene. Og når vi kommer til de aktuelle instansene så tar de over egentlig. Så fastlegen er egentlig sånn innimellom - for å gå videre, du kan ikke henvise deg selv liksom (..) Det her er jo egentlig tungt stoff (..). De må bla i boken alle sammen [fagfolkene i tjenestene], og der er det ikke tilstrekkelig informasjon." (pårørende til barn med sjelden diagnose)

Et annet eksempel er pårørende til en ung voksen utsatt for ulykke, med mye oppfølging i spesialisthelsetjenesten, og etter hvert også i kommunen, som svarer slik på spørsmål om fastlegen har en rolle:

"Nei, overhodet ikke. (..) Eller, jeg var der nede en gang for å få en henvisning til logoped, for det var det fastlegen som skulle gjøre. (..) Veldig lite hos fastlegen. Vi har egentlig ikke hatt noe behov for det."

Aktiv deltakelse i teamet rundt pasienten fra fastlegens side vil først og fremst påvirkes av hvorvidt fastlegen for tiden har en sentral rolle når det gjelder sykdommen/tilstanden. Når diagnose, behandlingsopplegg, medisinering og så videre er avklart, kan det være mindre aktuelt at fastlegen fortsatt er aktivt involvert ved å delta på ansvarsgruppemøter. Så kan det dukke opp nye problemstillinger og målsettinger for bruker der fastlege igjen blir aktuell inn i teamarbeidet.

Det er fornuftig å ha en fleksibilitet slik at fastlegen innlemmes i teamet der det er behov for det. Da er det viktig at det er avklart hva som kan være fastlegens rolle i det enkelte tilfelle, slik også veilederen påpeker. Dermed er det tydeligere for alle impliserte i hvilke tilfeller fastlegen skal inn å bidra. Det som bør unngås er at bruker eller pårørende ender opp med å være den som må argumentere for at fastlegen trengs.

4.2.2.4 Dynamisk og målrettet teamarbeid

Det er sentralt for å oppnå god koordinering at det jobbes systematisk og målrettet. Veilederen omtaler møter som "effektive arenaer for å sikre samordning mot felles mål". For best mulig utnyttelse av ressurser, og av hensyn til bruker, anbefales møteprinsippet om "så få som mulig, og så mange som nødvendig" – samme prinsipp som for sammensetting av team. Videre at "møter må planlegges godt, sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende, for å sikre forutsigbarhet og god ressursutnyttelse." Det gis anbefalinger om at det går ut informasjon i møteinnkallingen om hvilke konkrete saker som skal avklares i møtet – om det dreier seg om større eller mindre problemstillinger. Større problemstillinger for møte i teamet kan dreie seg om planlegging av milepæler, overganger og evalueringer, og med reformulering av mål mens andre ganger kan det være mindre møter for mer avgrensede problemstillinger.

I det følgende undersøker vi hva som karakteriserer møter i ansvarsgruppene når det gjelder møtehyppighet, om det er faste møter eller møter etter behov, innholdet i møtene og om det jobbes målrettet.

4.2.2.5 Møtestruktur – faste versus møter ved behov

Antall møter per år varierer fra ett møte i året, ett møte i halvåret, tre møter i året, noen få har hyppigere møter. Det varierer om ansvarsgruppen har faste møter, eller om regelen er at man har møter ved behov. Noen brukere og pårørende opplever at det er greit at det ikke er fast, men at møtene avtales når man opplever at det trengs, mens andre av ulike årsaker er opptatt av at det skal være faste møter. En pårørende til barn med en kronisk tilstand er opptatt av at det er behovet som skal styre møtehyppigheten.

"Jeg har ikke vært så opptatt av møtehyppigheten ..., kanskje en gang i året eller annethvert halvår, eller ved behov, og det er det viktigste for meg, det er at hvis det er behov, så må vi ha møte nå, ikke sant. (..) og det har vært det viktigste, det er så mye annet, ikke sant, så det er ikke det viktigste for meg hvor ofte gruppa skal møtes, det blir litt dumt å møtes for å ha et møte, men at vi har fokus på; hvorfor har vi møtet, det er viktig for meg at vi vet, at noen har spurt meg; hvorfor har jeg behov for et møte? At vi gjør oss de prosessene før vi går inn i møtet, da blir det et godt møte, hvis det er møte for å på tide å ha møte igjen, så tenker jeg at; det blir bare en byrde." (pårørende til barn med kronisk tilstand)

Der det er faste, regelmessige møter kan enkelte oppleve at det er litt umotivert dersom det ikke har skjedd endringer eller oppstått nye behov som man har behov for å drøfte. Dilemmaet ved å holde møter etter behov er at noen må ta initiativ til møtet. Enkelte informanter mener det kan være en fordel med noen faste møter for å sikre at det faktisk avholdes møter, som bruker i omsorgsbolig sier:

"Jeg syns nå i hvert fall at det skal være ett møte i året, i hvert fall, sånn at, ikke sant, jeg skjønner jo det at de, hvis det ikke er noe å ta opp, men jeg syns nå egentlig at det hadde vært greit å ha et møte i året likevel, jeg da, for å få høre liksom hvordan ting går, og om ting fungerer og sånne ting." (bruker i omsorgsbolig)

Når det gjelder møtehyppighet tyder vår studie blant brukere og pårørende på at ansvarsgruppene har fleksibilitet i forhold til en oppfatning av behov til enhver tid. Det er imidlertid ikke entydig i hvor stor grad brukere og pårørende er med på å definere behovet. De fleste av informantene har hatt oppfølging over lengre tid, og noen helt fra de var små. Mange forteller om endringer både når det gjelder sammensetning av team, aktivitet og møtehyppighet som har skjedd gjennom årenes løp.

"Først så var det vel to ganger i året, men nå har jeg vel sagt at egentlig en gang i året holder... ja, for der er det jo vi som bestemmer i utgangspunktet. (..) Så nå har det på en måte vært litt andre ting som har vært i fokus i disse ansvarsgruppene med, og det har jo liksom overgang mellom videregående og det der aktivitetssenteret som skjedde i sommer og litt sånn." (pårørende til ung voksen med kronisk tilstand)

Det kan være et dilemma med utelukkende "møter ved behov", og ingen faste møter, særlig der det er lite definert hva som skal være tjenestenes oppfølging overfor bruker. I følgende eksempel er for stort ansvar overlatt til pårørende om å ta initiativ.

"Det er ikke noe samarbeid mellom tjenestene hvis ikke vi sitter på møtet. Det skjer ingenting hvis ikke jeg tar initiativ og sier, «sånn er det, nå må vi ta et møte for å finne ut hvordan vi skal løse ting» da skjer det veldig lite, det er ikke kommunikasjon imellom. Det flyter ikke av seg selv." (pårørende til ungdom med alvorlig diagnose)

I eksemplet over virker framdriften for bruker altfor avhengig av pårørende sitt initiativ, kombinert med for passive tjenester som ifølge pårørende er helt avhengig av møter. Dette dreier seg om en litt sjelden tilstand og diagnose, som kanskje er ekstra krevende for tjenestene å ta tak i, både på grunn av lite kunnskap og erfaring, men også ulike syn på hva som er god behandling.

Det er ikke entydig blant brukere og pårørende, men en god del brukere og pårørende sier at de bestemmer – eller kan foreslå, når det skal være møte i ansvarsgruppen. En ung voksen bruker med psykiske utfordringer, som er svært godt fornøyd med oppfølgingen, er fullt klar over denne rettigheten, og svarer som følger på spørsmål om hvor ofte de har møter i ansvarsgruppen:

"Ja, det er hver tredje måned cirka. Det er opp til meg når jeg vil ha de, som de har gjort tydelig og klart. Og en gang valgte jeg at det var hver tredje måned, fordi jeg synes det er best, men jeg vet godt at det er mulighet for meg at hvis jeg trenger møte så er det bare å ta kontakt med koordinator. Han tar seg av alt, men det er jeg som har valgt det at jeg har lyst å ha det hver tredje måned cirka." (ung voksen bruker med psykisk helseutfordringer)

Hovedinntrykket er at det i stor grad praktiseres møtefleksibilitet på grunnlag av behov til enhver tid. Mange forteller også om endringer både når det gjelder sammensetning av team, aktivitet og møtehyppighet som har skjedd gjennom årenes løp. Det er imidlertid ikke entydig i hvor stor grad brukerne er med på å definere hva som er behovet. De to siste eksemplene over tydeliggjør at det kan være en tynn linje mellom medvirkning og det å overlate for mye ansvar til brukere og pårørende. Temaet brukermedvirkning utdypes i kapittel 4.2.4.

4.2.2.6 Innhold og målrettet arbeid i møtene

Mange brukere og pårørende forteller om ansvarsgrupper som fungerer godt, og der det jobbes målrettet, slik de opplever det, men det er også en del brukere og pårørende som forteller om ansvarsgruppemøter som ikke er effektive og målrettede.

En pårørende til et barn med flere diagnoser er svært fornøyd med ansvarsgruppens arbeid, og beskriver innholdet som målrettet:

"Hvordan det har vært og hvordan det har blitt etter medisineringen - så det er det som er aktuelt på tema, hvilke endringer – hva er det vi holder på med nå, hva tilpasser vi nå, med undervisning, assistent; alt ettersom hva som vi har som – hva vi må jobbe mest med akkurat der og da. Så det blir liksom, hva har vi gjort, hva har forandret seg, hva må vi jobbe mer med." (pårørende til barn med sjelden diagnose)

En pårørende til et barn med psykisk utviklingshemming beskriver en aktiv og god ansvarsgruppe, som de er fornøyd med. De er opptatt av at man må styre belastningen på barnet ettersom mange tjenester er inne, og sånn sett at man gjennom ansvarsgruppen klarer å være målrettet når det gjelder fordeling av arbeid, og hvilke områder det jobbes med til enhver tid:

"Vi går igjennom de målene som er, for å få en oppsummering på status, og se om det fortsatt er fornuftig det vi driver med, og om de målene er litt sånn..om vi må sikte oss inn på noe annet. Så er det jo at vi får en viss oversikt over den totalbelastningen, med barnehage og hjem, da. For det er mange som er inne, og om man ønsker at vi for eksempel skal jobbe mye med språk eller med motorikk, eller sosial kompetanse. Hvis man skal jobbe med alt hele tiden så blir man jo.. Vi bruker ansvarsgruppen på mange måter for å styre belastningen litt på han, og. Det er mange som vil godt, men vi må på en måte dempe oss litt i ny og ne." (pårørende til et barn med psykisk utviklingshemming)

Det er også en del brukere og pårørende som forteller om ansvarsgrupper som ikke jobber effektivt og målrettet. En del er opptatt av at teamet kan bli flinkere til å jobbe med mål. Flere nevner problemer med at møtene brukes til å oppdatere deltakerne på hva som har skjedd siden sist, slik at møtene ikke blir brukt effektivt, og man får ikke målrettet framdrift.

"Jeg ser jo at den informasjonen som blir delt er jo på de møtene, sånn at hvis vi har kontakt med en av dem så vet jeg ikke om det blir spredd videre før det neste møtet igjen, for å si det sånn. (...) jeg vet jo ikke hvordan de jobber, men dersom alle var litt oppdatert før de kom til et møte, så de hadde hatt mulighet for å sjekke opp - hva har skjedd siden sist, fordi det blir ofte at møtet starter med å pøse ut praktiske opplysninger bare." (pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand)

En pårørende påpeker at det viktige er at noen definerer agendaen på forhånd om hva som skal tas opp på neste møte, så kan møtet brukes til mer konkret planlegging og ansvarliggjøring for hvor og når ting skal skje. Denne pårørende påpeker videre at dette samtidig virker veldig avlastende på foreldre. Som hun sier:

"... for da slipper de å sitte og føle; er det noe jeg skulle ha gjort, passet på. Bare sånn, da er det ... gruppa har tatt litt av den byrden da, så har du heller hverdagen." (pårørende til barn med kronisk tilstand)

En annen type utfordring i noen ansvarsgrupper er at det oppleves som lite initiativ og utvikling. En pårørende til voksen med psykisk utviklingshemming i bolig forteller at man etter hvert har gått litt tom på tema – at det i liten grad er søkelys på å lære nye ting, slik det var da personen var yngre.

"Vi har hatt ansvarsgruppe i alle år. Jeg har møte med primærkontakt kanskje to ganger i halvåret. De på boligen kjenner henne godt. Det har vært litt utskifting av personalet, men likevel så er det jo noen som er stedfast og sånn, så det har vært fint. Jeg føler man går litt sånn tom i ansvarsgruppemøter. Nå når hun er voksen så skjer det ikke sånn kjempemye, ikke sant. (...) Ting man lurte på i en tidligere alder da, de er ikke så fremtredende nå." (pårørende til voksen med psykisk utviklingshemming)

Det er trolig større fare for at ansvarsgruppen kan komme til å gå på tomgang der det som i dette eksemplet dreier seg om voksne, og der sykdomstilstanden er stabil. Dette trenger imidlertid ikke bety at bruker ikke har potensiale og behov for utvikling og framskritt.

4.2.2.7 Målretting gjennom individuell plan

Kriteriene for oppfølgingsteam samsvarer med den strukturen og systematikken som ligger i verktøyet individuell plan. Arbeidsprosessene for et oppfølgingsteam må også oppfylle lovkrav om individuell plan og koordinator. I tillegg til krav om individuell plan og koordinator, innebærer dette at et dynamisk team gir individuell "skreddersøm".

Individuell plan inneholder blant annet en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester [98]. Det heter i veilederen at teamet rundt bruker må "sikre at alle arbeider samordnet og koordinert mot personens mål". Dokumentasjonen i den individuelle planen blir å nedtegne mål og tiltak og sikre tidfestede sjekkpunkter for å vurdere oppnåelse av mål og utvikle nye. Dette må skje i en dynamisk prosess hvor en kontinuerlig fanger opp eventuelle endrede behov som gjør at man må endre kurs.

I det følgende undersøker vi hvordan individuell plan brukes, og hvor viktig rolle individuell plan har når det gjelder målrettet arbeid.

De fleste brukerne i utvalget har individuell plan (76 prosent). Mange informanter beskriver bare middels bruk av individuell plan. Flere av disse påpeker behov for å jobbe mer med definisjon av målsettinger, og plan for å oppnå målene. Det er færre som forteller om en *aktiv* bruk av individuell plan, men når den

individuelle planen faktisk brukes aktivt, uttrykker de fleste at de også har et godt utbytte av den. Dette er i tråd med en nylig undersøkelse blant 200 brukere og pårørende innen psykisk helse og rus [99].

Det å jobbe systematisk etter en definert plan kan oppleves som svært verdifullt fordi det gir forutsigbarhet for bruker og pårørende. En ung voksen med store psykiske utfordringer over lang tid er svært fornøyd med den oppfølgingen hun får gjennom de ulike koordineringstiltakene ansvarsgruppe, koordinator og individuell plan. Hun legger vekt på følgende forhold når det gjelder utbytte av målrettet arbeid gjennom individuell plan.

"Det er noe med det at vi har planlagt på en måte hvordan jeg skal bli bedre. For det er veldig deilig å bare ha en fremtidig plan, sant, det er da mye enklere å følge. Akkurat nå er planen dette. Du vet. Og jeg har kontakter, jeg vet hvilke småting jeg skal gjøre, og det samler det andre når vi har en plan. Og det gjør sånn at det føles bare litt sikrere i forhold til at hverdagen er så ubestemmelig som den kan være for meg. Så jeg ser at det er veldig fint. Det er noe veldig godt med å ha disse rammene rundt, synes jeg, hele tiden." (bruker med psykiske utfordringer)

Målrettet jobbing er en forutsetning – det er målene det hele dreier seg om i individuell plan, og det er en del av informantene med individuell plan bevisst på.

"Vi har nå prøvd å være flinke til å oppjustere den individuelle planen. Det har jo skjedd mye, så når man kommer til at man skal evaluere den planen, så har det gjerne skjedd store ting som vi må endre på sånn sett. Jeg føler jo at vi har brukt IP, men vi kunne gjerne ha brukt den mer også. Det er jo noe konkret, som sier noe om hvordan vi har kommet i forhold til sist gang, ikke sant." (pårørende til barn med autisme)

Det er imidlertid flere eksempler i vårt materiale på at målene i individuell plan ikke oppdateres – noe som tyder på at det ikke jobbes aktivt og målrettet. En pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand forteller at de har vært opptatt av dette, og mast om oppdatering.

"Jo, han hadde IP etter hvert, men det ble jo ikke fulgt opp. Altså, vi måtte jo mase på dem for å få den oppdatert og sånne ting, men det skjedde liksom aldri. Så på det verste så var vel planene 2,5 år gammel før dem ble revidert. Det har liksom aldri vært brukt på noe vis, det har bare vært et dokument som har ligget i en skuffe en plass, den har aldri blitt brukt. Nå skal vi inn neste onsdag og så skal vi liksom inn og se på IP'en, og så skal vi liksom få på plass alt rundt den."

En pårørende til en ung voksen med kronisk medfødt tilstand forteller at de stort sett er fornøyd med ansvarsgruppe og koordinator. Individuell plan gjør det lettere å ha oversikt over fremgang og mål, men synes likevel at målene i individuell plan kan bli litt glemt. I en periode opplevde de at målene ikke samsvarte med virkeligheten og ga da beskjed om dette, slik at den ble revidert – men det tok lang tid.

"Og først så gikk det vel et års tid og før jeg liksom spurte igjen da 'hva skjer?'. Viste seg at x hadde litt problem med å fylle det ut, og måtte kontakte noen folk. Og så gikk det et års tid også, ikke sant det er veldig begrenset hvor ofte skal man mase om sånne ting. For du tror jo at det da skjer og at du da venter på en, altså en tilbakemelding om at nå, ikke sant og ting tar tid i kommunen". (pårørende til ung voksen med kronisk medfødt tilstand)

Ikke alle informantene er klar på at det er tjenestene eller koordinator sin feil at individuell plan ligger i en skuff eller at mål ikke oppdateres, noen peker på seg selv – eller på teamet som sådan [100].

"Og jeg må jo innrømme at jeg har ikke alltid på en måte energi til å følge det opp. (..) Ja. Så der kunne vi – vi kunne vært mer aktive brukere av plan, ja. Det tror jeg nok."

Blant de som ikke har individuell plan er det også noen som har valgt å ikke ha det.

"Dette med individuell plan, det tror jeg var noe vi valgte bort. Det var noe som lå i luften lenge og så, i samråd med helsestasjon så ble vi enige om at vi synes ting fungerer så bra at dette legger vi bare tilbake i hyllen." (pårørende til barn med psykisk utviklingshemming)

Blant de få som ikke har individuell plan i utvalget skyldes dette at bruker ikke ønsker det fordi de ikke ser behovet, at det er plan om å utarbeide det, men ikke gjort ennå, og i et par tilfeller at det ikke er tilbudt. En beboer på bo- og aktivitetssenter forteller at primærkontakten hans har som mål å utarbeide en plan. Bruker er imidlertid svært pessimistisk til at det kommer til å skje noe, og sier at det "foregår egentlig svært lite".

4.2.3 Koordinators rolle i teamet/ansvarsgruppen

Koordinatorrollen er svært viktig. Ifølge veileder er koordinator "pasient og brukers og eventuelt pårørendes nærmeste samarbeidspartner i å sikre kontinuitet og samhandling, og må følge med på at teamet arbeider koordinert og i samsvar med pasient og brukers mål." Det skal legges vekt på brukers ønske ved valg av koordinator.

Veilederen peker på en rekke eksempler på sentrale oppgaver for koordinator:

- være teamleder, sikre samtykke for arbeidsprosess og informasjonsutveksling, være en tilrettelegger for at bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet, avklare ansvar og forventninger, sikre informasjonsflyt med bruker og sikre god samhandling mellom aktørene, sikre god framdrift i arbeid med individuell plan, følge opp og evaluere arbeidsprosessen etc.

Det har vært viktig i pilotprosjektet å bidra til å styrke koordinatorrollen. Dette innebærer både myndiggjøring av koordinator, rolleavklaring, og å gi nødvendig opplæring og støtte. De seks pilotkommunene har tilbudt koordinator skole for å ruste opp for dette arbeidet. Koordinerende enhet i kommunen har overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Gjennom intervjuene med ansatte og ledere i de seks kommunene kom det fram beskrivelser om at det ikke var helt enkelt å skaffe koordinatorene. Evalueringen har pekt på ulike årsaker; at enkeltpersoner opplever at de ikke har tid til å være koordinator, at de mangler kompetanse og det kan være tjenester som mener at de ikke har ansvar for at deres ansatte skal være koordinatorene fordi de ikke er del av helse- og omsorgssektoren. Inntrykket er at det skjer dragkamp mellom sektorene om hvem som skal være koordinator, og ganske tydelig at ansvaret oftest havner hos helse.

I det følgende undersøker vi hvilken rolle koordinator har for brukere og pårørende.

4.2.3.1 Koordinators rolle, og hva gjør koordinator nyttig for bruker?

Vi har sett på hva brukere og pårørende sier om hvilken rolle koordinator har for dem. Informantene bruker mange fordelaktige betegnelser på sin koordinator, som den som: "syr sammen", "nøster tråder", er rådgiver og "lim" i systemet, og som er en "livssekretær". Det mange forteller om handler om å bli sett, bli tatt på alvor og å føle seg trygg. Flere peker også på at det er nødvendig at koordinator sørger for at det jobbes målrettet. Det er ingen av informantene som har negative vurderinger av koordinatorrollen, men enkelte er misfornøyd med sin koordinator, basert på vedkommende sin innsats – av og til i kombinasjon med relasjonen de har.

Flere trekker fram koordinator som et særlig gode. En pårørende til et barn med en medfødt sykdomstilstand trekker fram koordinatorrollen som det som spesielt bidrar til god kvalitet i tjenestetilbudet som de mottar:

"En ting jeg synes er veldig positivt, det er koordinatorrollen. Jeg føler at det er veldig sånn lav terskel der for å ta kontakt og så får man et svar. Man blir involvert mye også, man får sendt møteagenda

en hel uke i forveien, og får spørsmål: «Ser det her greit ut, er det noe dere vil at vi skal legge på eller ta bort eller noe sånt» og så svares det på den og så sendes det ut til innkalling, med en agenda dagen etter. Det er så fin en flyt, det er så veldig, veldig bra". (pårørende til ungdom med sjelden diagnose)

En ung voksen med psykiske utfordringer, og flere tjenester involvert, er svært fornøyd med den oppfølgingen hun får, og kaller sin koordinator for en "livssekretær".

"Koordinatoren passer på timeplanen hjelper meg å velge hvem som er i gruppen og hvem som ikke er i gruppen, og kan hjelpe meg å ta kontakt med hvem jeg trenger hjelp fra, og lager en plan for på en måte alt som er. Det er liksom han som er en sånn, du vet, livssekretær." (ung voksen bruker med psykiske utfordringer)

En pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand betegner koordinator som rådgiver og "lim" i systemet mens en annen pårørende, også til barn med kronisk diagnose, legger vekt på det å bli tatt på alvor.

"Hun er da rådgiver og samler oss hvis det er noe vi trenger og innkaller til ansvarsmøter og passer på at vi får den hjelpen vi skal ha. (...) Hun er limet egentlig. (...) Jeg er litt glad for at hun tok den rollen. Hun spurte om jeg ville det, og jeg sa ja jeg vil det. For jeg vet hvis noen andre tar det, så kan de verken systemet eller det er masse å sette seg inn i for de og ikke sant. Så ja det er litt sånn."

"Nei, altså vi blir tatt veldig på alvor. Det vi sier, og det vi lur på får vi svar på og det blir tatt videre. Det er helt supert. (...) Det jeg lur på, eller hva som helst videre, setter inn de ressursene som trengs, har tid til både meg og [bruker, som er barnet]. (...) Veldig bra oppfølging rett og slett."

Det er selvsagt helt sentralt at bruker og pårørende går godt overens med, og har tillit til koordinator. Mangel på tillit kan også oppstå på grunnlag av at bruker eller pårørende opplever at koordinator kommer fra en tjeneste som bruker ikke oppfatter at er sentral i oppfølgingen, eller av andre grunner ikke er ønskelig, som i følgende tilfelle der koordinator kom fra barneverntjenesten:

"Og da ble da denne damen da i barnevernstjenesten koordinator, og det fungerte ikke. Det var ikke noen rød tråd, det var ikke noen tydelighet, det fløyt og ansvarsgruppemøtene ble brukt mest til å hakke og finne vanskeligheter, hva er vanskelig, hva er feil. Istedenfor å tenke løsningsorientert." (pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand)

Det er sentralt at koordinator sørger for at det jobbes i samsvar med mål som er satt, og flere informanter er opptatt av at koordinator følger opp planen når det gjelder mål, at de som bruker og pårørende blir hørt – at koordinator sjekker ut, før et møte i ansvarsgruppen, hva som bør være på agendaen. Det er flere som har gode erfaringer med en koordinator som jobber målrettet og sørger for medvirkning.

"Nei, hun følger jo opp planen hans, at alle målene han har, eventuelt endringer av mål i forhold til de tingene som er viktig for ham, i de fasene han er. Fasene har jo vært veldig mye forskjellig. (...) Så det er jo det å følge opp de og at de ligger i planen. Sånn at hele hans historie er der da, sånn at man lett kan sette seg inn i hans situasjon. Og så er det å høre om vi har noe spesielt vi skal ta opp til ansvarsmøtene som sagt." (pårørende til barn med kronisk sykdomstilstand)

Det er imidlertid ikke alle som har denne erfaringen med en koordinator som sørger for progresjon mot målene. En pårørende til en voksen med psykisk utviklingshemming opplever litt av det motsatte som pårørende over:

"Men jeg har kanskje savna noen som har tatt tak i ting. Om vi har sittet på et møte og blitt enige om "ja, okei dette må vi se på, dette må vi få gjort noe med", så er det ikke nødvendigvis sånn at på neste møte, så har vi jobba med det og så kan vi si at: "Ja, nå har vi prøvd sånn og sånn.". Ofte så fisler det bare ut i ingenting. Og jeg har ikke kapasitet til å ta den biten. (...) Handler om manglende struktur selvfølgelig. Og igjen, når dette med å være en leder eller koordinator for ansvarsgruppa er en veldig lite ettertrakta oppgave, for å si det sånn, så tenker jeg at det blir ikke nødvendigvis sånn at den som

sitter der passer så godt på. Eller er så oppmerksom." (pårørende til voksen med psykisk utviklingshemming)

Som nevnt viser evalueringens intervjuer av ledelse og ansatte i tjenestene at kommunene har problemer med å skaffe koordinatorene. Det kommer fram blant enkelte brukere og pårørende at de også merker dette.

"Og når det gjelder dette her med ansvarsgruppe, så har jeg følt at det å være koordinator har (nøling, pause) vært en oppgave som på en måte har blitt kasta på den som har vært uheldig og vært sist ute og sagt "ikke meg"!"

På spørsmål om hvilken rolle koordinatoren hennes har, forteller en bruker at verken hun eller koordinator selv visste hvilken rolle koordinator skulle ha. Det kan tenkes at det er et eksempel på en ansatt som har fått koordinatorrollen "kastet på", som beskrevet av en pårørende i sitatet over.

"Jeg vet egentlig ikke hva det er. De spurte om jeg var interessert i å være med på noe sånn ny koordinator ordning. Og så sa jeg bare ja. Og så, når jeg fikk koordinatoren så visste egentlig verken hun eller jeg hva det gikk ut på. Så det er ingen som har fortalt hva greia er. (..) Hun visste egentlig ikke hva jobben gikk ut på, men hun hadde bare fått beskjed om at hun skulle være koordinatoren min." (ung voksen bruker med alvorlig diagnose)

Det er en del av informantene som forteller om hvordan det oppleves å ha mange koordinatorene over tid. En pårørende til en ung voksen i egen bolig forteller at det har vært negativt at det har vært svært mange koordinatorene gjennom de årene han har hatt oppfølging fra kommunen. Mange ganger har de ikke vært fornøyd med den som har vært koordinator, men har ikke visst at de kunne ha innflytelse på hvem som skulle bli koordinator:

"...vi har hatt voldsomt styr med koordinatorene, vi har hatt 11, tror jeg, (..), og vi har vel mest aldri vært fornøyd med de koordinatorene vi har hatt, men vi har aldri visst at vi kunne si fra om det, på en måte, for det har vi aldri fått beskjed om. (..) nå har vi hatt han i så mange år og vi vet akkurat hvem vi skal kontakte, så jeg er jo litt koordinator selv da, sant, ordner opp og fikser." (pårørende til ung voksen i egen bolig)

På spørsmål om hvor viktig koordinator har vært for dem svarer enkelte pårørende at andre tjenester som bruker har mer kontakt med, også har større betydning enn koordinator. Det kan være at personer som bruker har mye kontakt med i forbindelse med behandling eller annen oppfølging, får en uformell koordinatorrolle gjennom dette. Eksempelvis i ett tilfelle, der bruker har brukerstyrt personlig assistent (BPA), fikk denne større betydning enn koordinator. Det er ikke alle som har et bevisst forhold til om de har en koordinator eller ikke, og noen sier at de har en "primærkontakt" eller "kontaktperson". For eksempel gjelder dette enkelte som bor i bofellesskap.

Ikke alle uttrykte store forventninger til, eller erfaringer med, når det gjaldt oppgaver koordinator kan bidra med. På spørsmål om de har god kontakt med koordinator, og hvilken rolle koordinator har, svarer en pårørende til en ungdom med en langvarig sykdom:

"Ja, egentlig, hun tar telefonen når jeg ringer, så, noe mer kan jeg vel ikke forvente egentlig. (..) Hun har jo hatt litt i forhold til skole, men hun har ikke hatt noe annet enn det, så har hun kalt inn til disse møtene, har ikke hatt noe mer."

En informant med erfaring som pårørende både til en person med psykiske vansker, og en med psykisk utviklingshemming, påpeker at det er vesentlige forskjeller, at hun opplever at det er større utfordringer innen psykisk helse-feltet, noe som gjør at mer faller på henne.

"Jeg synes psykiatrien er litt vanskeligere kanskje enn det som er med psykisk utviklingshemming sånn sett. Det er i psykiatrien kanskje litt mer diffust hva man egentlig klarer og ikke klarer, og selv med

profesjonelle folk til stede så blir det liksom litt vanskeligere, føler jeg, rundt den biten der. (..) Den, altså største koordinatoren har nok vært meg når det gjelder henne."

4.2.4 Brukernes medvirkning

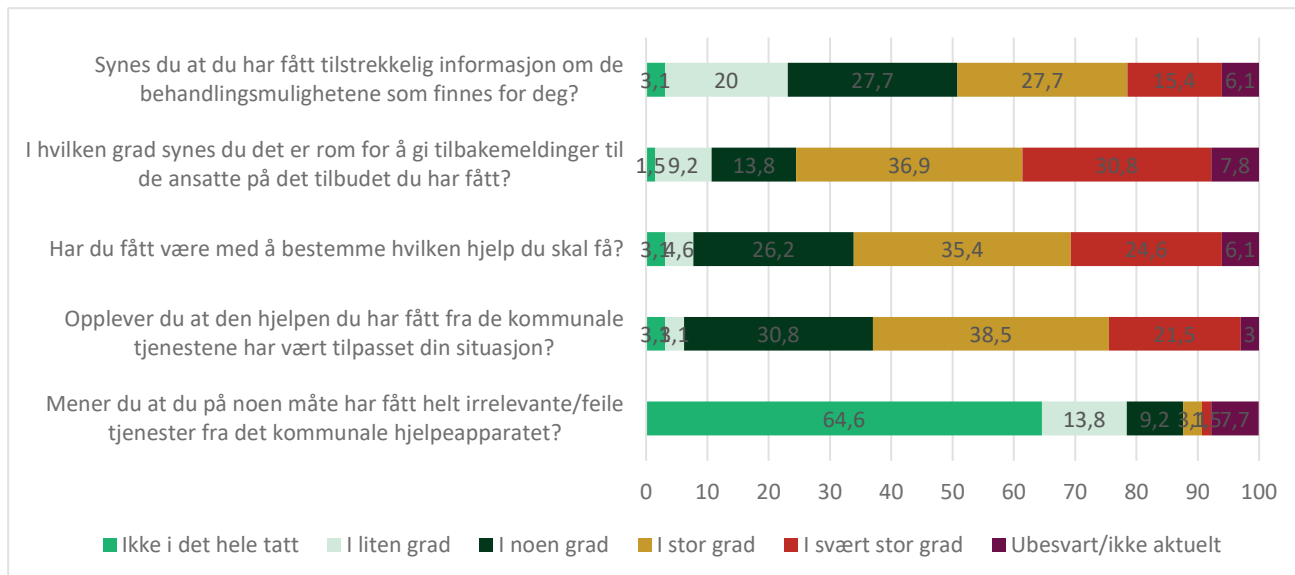
Brukere av helsetjenester har rett til å være aktivt deltakende og medvirke når en får helsehjelp og annen oppfølging fra hjelpeapparatet. Ordinære bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for samtykke og medvirkning. Ifølge loven (§3-1) har man rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal også tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dette er spesielt viktig for brukere som har kroniske, langvarige og omfattende oppfølgingsbehov, ettersom sykdommen i stor grad vil prege deres hverdagsliv og livskvalitet i lang tid, og ofte livet ut.

"Bedre resultat for pasienten, gitt pasientens egne mål" er det øverste punktet på listen over formål med pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. I dette ligger at pasienten selv skal kunne påvirke prosessen mot et bedre resultat. Som i de aller fleste offentlige styringsdokumenter på helsefeltet som har kommet de siste årene, har brukermedvirkning en sentral plass i veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

I det følgende undersøker vi brukermedvirkning ved å se på hvorvidt brukere og pårørende opplever at de blir involvert i, og har innflytelse over eget tjenestetilbud.

4.2.4.1 Informasjon og medvirkning

I kartleggingen ble brukere og pårørende stilt en rekke spørsmål som omhandler informasjon og medvirkning i de tjenestene som mottas.



Figur 4.5 Vurdering av informasjon, brukermedvirkning og tilpasning i tjenestene. Prosent. N=65

Figuren viser at en stor andel av informantene vurderer informasjon, medvirkning og tilpasning i tjenestene som godt ivaretatt.

Når det gjelder informasjon om behandlingsmulighetene som finnes, er dette det spørsmålet flest brukere og pårørende er kritisk til. Her oppgir halvparten at de kun i noen eller liten grad har fått slik informasjon, mens litt færre enn halvparten svarer at de har fått slik informasjon i stor eller svært stor grad.

På spørsmålet om det er rom for å gi tilbakemeldinger til de ansatte på tilbudet de har fått, svarer to av tre at det er det i stor eller svært stor grad, mens en av fire oppgir at dette kun i noen eller liten grad er tilfelle. Når det gjelder spørsmålet om de har fått være med å bestemme hvilken hjelp de skal få, svarer et flertall på 60 prosent at de i stor eller svært stor grad har fått det, mens i overkant av 40 prosent oppgir at de har fått dette i noen eller liten grad eller ikke i det hele tatt (tre prosent). Om lag samme svarfordelingen finner vi når det gjelder spørsmålet om de opplever at hjelpen fra de kommunale helsetjenestene har vært tilpasset deres situasjon.

På spørsmålet om de mener at de har fått irrelevante/feil tjenester fra kommunalt hjelpeapparat, er det 64,6 prosent som svarer ikke i det hele tatt, mens de fleste andre svarer i liten eller noen grad.

4.2.4.2 Medvirkning i tjenestetilbudet

De kvalitative intervjuene utdyper det som er hovedinntrykket fra kartleggingen – at flertallet opplever at de har brukermedvirkning i den forstand at de føler seg tilstrekkelig involvert og lyttet til, eller at de vet at de har denne muligheten dersom de har behov for det. Mange viser til at koordineringstiltakene i seg selv medfører brukermedvirkning gjennom at de er med i ansvarsgruppen og at de eier den individuelle planen. Pårørende til en eldre og hjelpetrequende person som bor hjemme, trekker fram at for dem så medfører god kommunikasjon med koordinatoren at de opplever å bli inkludert:

"Jeg tenker egentlig at han (bruker) og jeg (pårørende) blir tatt med på lag av koordinatoren. Tilpasser møte og gir beskjed hvis du trenger å ha møte, og er det ting som jeg ikke synes er ok så har vi diskutert det med koordinatoren, og så har det gått direkte. Så det tenker jeg, ... og alltid skal det kalles inn til møte. «Har dere noen saker som vi skal ta opp?» Så jeg tenker at vi blir inkludert, tenker jeg." (pårørende til eldre og hjelpetrequende bruker)

En pårørende uttrykker seg fornøyd med graden av brukermedvirkning. Hun forklarer at de var langt mer involvert i starten, men har fått mulighet til å trekke seg ut og la tjenestene overta utformingen av tilbudet, men dersom de ønsker å bli involvert i større grad, så blir de det. På spørsmål om hvordan de opplever grad av involvering i tilbudet svarer pårørende:

"Ja, det vil jeg si. Vi har jo på mange måter.. i starten var vi veldig involvert, og fulgte med på alt. Nå har vi bevisst trukket oss litt lengre unna for å gi dem arbeidsrom, de som jobber her. Men, hvis vi ønsker å bli involvert, så blir vi det. Men vi får styre litt selv og da, for de jobber jo selv om vi ikke står og henger over skuldrene deres. Vi er jo involvert hvis de endrer mål, eller hvis man gjør sånne ting så får jo vi en beskjed via Sampro, så vi er sånn sett informert i hvert fall, så kan vi involvere oss hvis vi - ja, hvis vi lurer på om dette kan være noe så kan vi lett ta det opp." (pårørende til psykisk utviklingshemmet barn)

Det kan oppleves krevende for bruker og pårørende å være aktivt medvirkende i perioder, noe vi kommer tilbake til. Andre presenterer et annet bilde, og et annet personlig behov, når det gjelder involvering og medvirkning – også på selve hjelpetilbudet. Pårørende til en ungdom med en litt uavklart diagnose, svarer følgende på spørsmål om de skulle ønske de hadde mer innflytelse:

"Ja, jeg kunne ha tenkt meg det. Det tar for lang tid mellom vurderingene deres da, fordi hvor lang tid er det på at dem skal vurdere om dette her [som hun får nå] er nok da, eller? Så jeg kunne ha tenkt meg å ha mer innflytelse på det som blir tilbydd av skole, skoleopplæring da. Det kunne jeg ha tenkt meg". (pårørende til en ungdom med uavklart diagnose)

Eksemplet dreier seg om relativt sjelden diagnose der det også har vært "gråsone" i kommunene om det for eksempel skal opprettes oppfølgingsteam. Dette kommer fram i intervjuer med ansatte. Samtidig er dette en særlig krevende tilstand når det gjelder å avklare tjenestebehov og oppfølgingstiltak – både fordi det er relativt lite kunnskap og erfaring med sykdommen, og fordi det kan kreve omfattende oppfølging og tilpasning både med tanke på helse og skole, der det dreier seg om barn og unge.

En annen nyansering når det gjelder brukermedvirkning er pårørende som kan oppleve å få lite informasjon om sitt voksne barn. Dette vil nok først og fremst gjelde der barnet bor i institusjon eller egen bolig. Følgende pårørende opplever at sønnen som bor i egen bolig har det veldig godt, men kunne tenke seg at de som foreldre ble mer involvert:

"Det er litt både og da. Vi blir jo kontaktet hvis det er noe, men igjen; det er den her daglige informasjonen som kanskje kunne ha gjort oss mer involverte da. Ved at vi – hvis vi hadde visst mer eller detaljert om hva som foregår rundt han, så kunne vi også ha kommet med flere innspill. Men det er jo slettes ikke sikkert at de ønsker de innspillene fra oss.. (..) Jeg vet det har vært, ikke store voldsomme ting, men jeg vet at det har vært litt sånne ting opp gjennom der jeg har tenkt at; der ville nå jeg hatt et ord med i laget. Eller - enten tenkt det, eller gitt uttrykk for det." (pårørende til ung voksen i egen bolig)

4.2.4.3 Behov for informasjon om "hva vi har rett på"

Kartleggingen viste at halvparten av informantene oppga at de kun i noen grad eller i liten grad hadde fått informasjon om behandlingsmulighetene som finnes (jf. figur 5). Dermed er dette det spørsmålet flest brukere og pårørende er kritisk til når det gjelder kommunens oppfølging.

I de kvalitative intervjuene er det en del informanter som er opptatt av dette temaet, og som utdyper hvorfor. Her opplever enkelte at de ikke har oversikt, at det kan være vanskelig å skaffe seg denne oversikten, og at tjenesteapparatet ikke alltid er behjelpelige med å skaffe oversikt over hva man har rett på og/eller hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak som kan være nyttig for bruker. Dette kommer særlig fram blant brukere og pårørende som har tilstander eller diagnoser som er litt uavklarte eller diffuse, trolig kombinert med lite erfaring med diagnosen i kommunen, som for eksempel ved diagnosen ME. Pårørende til et barn med ME sier som følger:

"Hva har vi rett på? Det er ingen som sier noe til oss, vi vet ikke. Det er ingen som kan si hva vi har rett på og på hvilke måter vi kan søke om ting på, altså. (..) Trenger mer profesjonell hjelp for å vite – hva gjør jeg? Hvor trækker jeg? Vi vet ikke. Og så søke på NAV til hjelpetønad eller noe når man ikke har en diagnose å sette noe på, det er jo bare å glemme, for da får du i hvert fall avslag. Så det har vært litt sånn, ja, jeg føler at vi jobber veldig mye med ting som – jeg vet ikke hva jeg skal si, jeg synes det er vanskelig."

Dette er et perspektiv som også kom fram i intervjuene med tjenestene – der ansatte opplevde at brukere har ønske om at ansatte i tjenestene forteller dem hva de kan ha nytte av. Dette krever at koordinatorene har fagkunnskap relatert til sykdommen/tilstanden, kunnskap om lover og regler, samhandlingskompetanse og innsikt i hva kommunen har å tilby av tjenester.

4.2.4.4 Brukermedvirkning kan oppleves for krevende

Et perspektiv fra brukere og pårørende er at man må tilrettelegge for brukermedvirkning på en måte som gjør at det ikke ender opp med å oppleves som en belastning for brukerne. Også her ble det konstatert at for nysyke og nye brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester, kan det være vanskelig å vite hva som er viktig for seg – og hvilke tilbud som finnes. På spørsmål om mulighet for medbestemmelse, sier en pårørende til et barn med autisme:

"Jeg føler at en blitt tatt på alvor og alt det der, og blir møtt med respekt ja, men samtidig så er det for lite. Vi må jo ha handling, vi trenger noen som tar tak i ting, og at ikke det bare blir skyvd tilbake til foreldrene, og så er det vi som må springe hit og dit, og alle veier. (...) Jeg tenker mye kunne også blitt løst på et ansvarsgruppemøte, og at de respektive etatene tar det med hjem til seg, og finner ut noe og jobber frem". (pårørende til barn med autisme)

Enkelte pårørende opplever å ha veldig mye innflytelse og brukermedvirkning, men også for stort ansvar for å få ting til å skje, og dette koster tid og krefter. Dette gjelder ikke bare pårørende, men også brukere i noen tilfeller. En voksen bruker med omfattende og sammensatte problemer forteller også at hun har opplevd at tjenestene fraskrev seg ansvaret for å skaffe koordinator, og at dette medførte at hun måtte være sin egen koordinator:

"Nei. Ballen ble kastet til meg, om ikke jeg fant noen i ansvarsgruppen min som kunne være. Men alle fraskrev seg det ansvaret. «Jeg har ikke tid, jeg kan ikke, kanskje du kan spørre den og den?» Så er det, «nei, det bruker ikke vi å ta.» Så det har vært sånn der, så blir ballen kastet til meg igjen, så skal jeg finne ut, og jeg må holde i alle trådene, jeg må ringe rundt. (...) Så det er jeg som har måtte koordinert alt, og det oppå alt annet jeg har, det tar all tiden min og energien, enda det er kommunens ansvar å hjelpe til der." (voksen bruker med sammensatte problemer)

Bruker skal ha muligheten til å være med å avgjøre hvem som skal være koordinator, men brukermedvirkning innebærer selvsagt ikke å overlate arbeidet med å rekruttere koordinator til bruker eller pårørende.

Grad av brukerinvolvering og på hvilken måte ulike brukere best kan involveres vil også variere når det gjelder sykdomstilstand. En voksen bruker med omfattende psykiske vansker ønsker å bli involvert av helsemessige årsaker, og kommer med følgende utdypning av hvorfor:

"Jeg vet ikke det, fordi at jo mer involvert jeg blir, jo mer problemer får jeg med hodet, fordi da gir det meg bare mer å tenke på og jeg tenker på så veldig mange ting, unødvendige ting, så hjernen min er rett og slett overarbeid med tanker og, men når dem sier at jeg tenker veldig mye nå, så går jeg tilbake i tid." (bruker med psykiske vansker)

Enkelte av respondentene føler altså at det krever mye ressurser av dem som brukere eller pårørende å skulle være aktivt involvert og medvirke. Det er viktig å merke seg at noen forbinder brukermedvirkning med et større egenansvar som de ikke er rustet for, inkludert det å få ansvar for å involvere de tjenestene de mener de har behov for. Dette er problematisk i de tilfellene der bruker/pårørende opplever dette, og er eksempel på dårlig koordinering som igjen kan skyldes flere forhold: for lite ressurser eller kompetanse, for dårlig kommunikasjon mellom tjenester, koordinator og bruker omkring vedkommende sitt behov, men også for dårlig kommunikasjon omkring hva brukermedvirkning skal innebære for brukere.

4.2.4.5 Lite medvirkning i valg av koordinator

Når det gjelder medvirkning til beslutning om hvem som skal være koordinator, og fra hvilken tjeneste, er inntrykket at det er få som kjenner til at tjeneste og bruker sammen skal avgjøre dette, og at det er relativt få som faktisk har vært direkte involvert i denne avgjørelsen blant våre informanter. Dette kan ha sammenheng med at det noen steder er et problem med få tilgjengelige koordinatører i tjenestene, og at man på grunn av dette ikke har store valgmuligheter.

Inntrykket er likevel at de fleste brukere og pårørende har tiltro til valg av koordinator, at noen har blitt involvert i spørsmålet, men at ikke alle har store forventninger til at de skal involveres. Sist, men ikke minst forteller flere om utskifting av koordinator av ulike årsaker. Følgende fire sitater illustrerer alle disse poengene:

"Jeg tror det bare var et resultat av at hun var med på det første store møtet med kommunen, hvor hun var inne som ergo og så hadde vi ei som var inne som fysioterapeut også hadde vi saksbehandler. Så jeg tror det bare ble henne.. Men det var helt okay for oss det altså, men hvorfor det vet jeg ikke."
 "Ja, jeg opplevde vel absolutt at det var rom for innspill da, men vi hadde ingenting imot hun som ble valgt. Og hun har kjent barnet vårt i mange år, og systemet rundt han, så vi synes at hun er et godt valg." (pårørende til voksen i egen bolig)

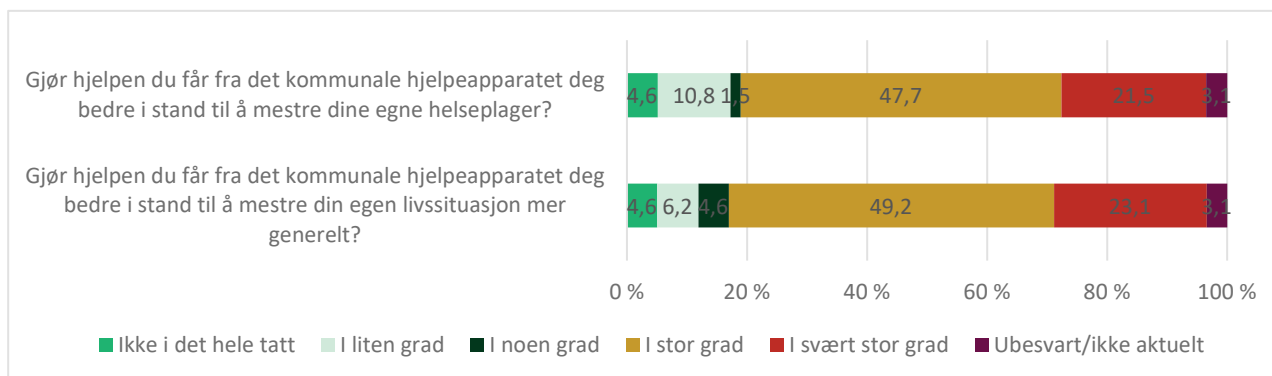
"Eh ... Det husker jeg nesten ikke. Men jeg tror det var noe spørsmål rundt det. I hvert fall da hun vi hadde skulle ut i permisjon. Hun vi har nå er fysioterapeuten som er i stedet for koordinatoren, som også er fysioterapeut da. Så jeg vet det var noe spørsmål rundt det, men jeg tror dette gikk på kapasiteten på de som var involvert. Men det er jo hun som er rundt han hele tiden."

"Nei, det har jo skiftet, skjønner du. Det begynte jo med ei og så har det vært som vi har vært flere, dem har vel bedt om avlastning da og så er det kommet inn nye da, [...]. Så vi hadde vel blitt ..., så svaret på det er vel, nei".

Sitatene illustrerer hovedinntrykket fra resultatene, at valg av koordinator i pilotkommunene ofte er en mer pragmatisk prosess basert på tilgjengelige ressurser.

4.2.5 Utbytte av kommunalt hjelpeapparat

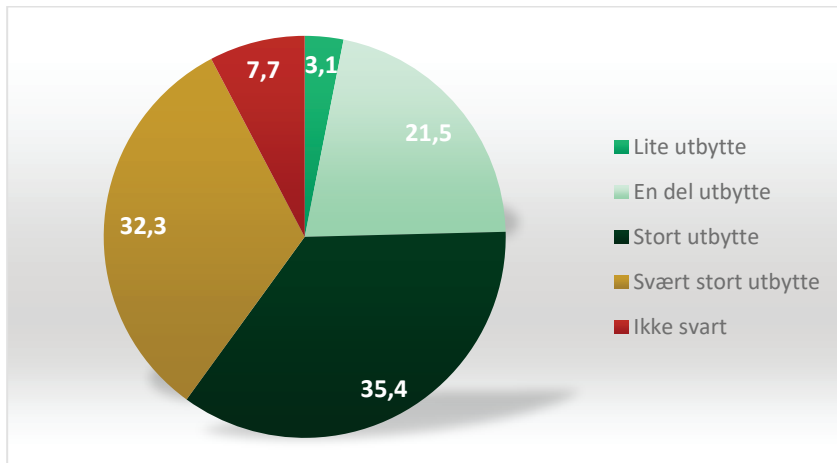
I kartleggingen ble brukere og pårørende stilt en rekke spørsmål om utbytte og nytteverdi av hjelpen de får i det kommunale tjenesteapparatet. Resultatene i figuren under viser at de aller fleste informantene oppgir at de har stor nytte av hjelpen fra det kommunale hjelpeapparatet.



Figur 4.6 Vurdering av utbytte og nytte av kommunalt hjelpeapparat – bedre mestring og bedre livssituasjon.

Om lag 70 prosent oppgir at hjelpen de får fra det kommunale hjelpeapparatet i stor eller svært stor grad gjør dem i stand til å mestre egne helseplager og generelt sett egen livssituasjon, mens rundt ti prosent mener dette i liten grad eller ikke i det hele tatt.

Figuren under fremstiller respondentenes samlede vurdering av utbyttet de har av den kommunale hjelpen.



Figur 4.7 Brukernes samlede utbytte av den kommunale hjelpen. Prosent. N=65.

To av tre svarer at de har svært stort eller stort utbytte av hjelpen de mottar fra det kommunale hjelpeapparatet. Videre svarer 21,5 prosent at de har en del utbytte, og 3,1 prosent at de har svært lite utbytte. Ingen svarer at de ikke har noe utbytte av den kommunale hjelpen.

Vi skal i det følgende se om det er noe særskilt som karakteriserer de som svarer at de har stort eller svært stort utbytte i forhold til de som svarer en del eller lite utbytte.

4.2.5.1 Hva karakteriserer fornøyde og misfornøyde brukere og pårørende?

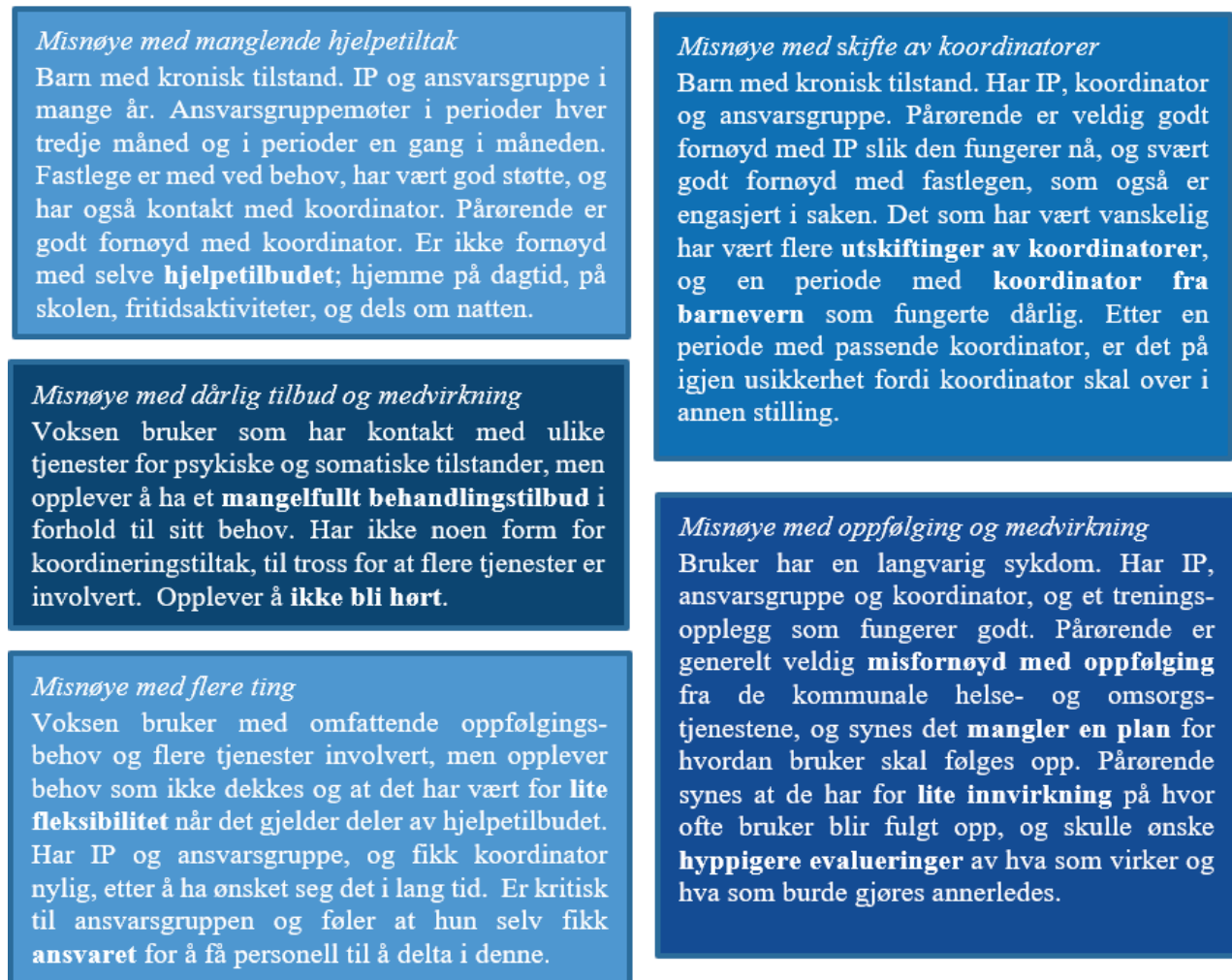
Kartleggingsstudien viser altså at to av tre informanter har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen, mens en av fire svarer at de har hatt en del utbytte eller lite utbytte.

Vi plukket ut ti respondenter fra hver av de to kategoriene (mest utbytte versus minst utbytte), og som i tillegg svarer gjennomgående at de enten er svært fornøyd eller svært misfornøyd på øvrige spørsmål om det kommunale tilbudet de mottar.

Sammenligning med spørsmål i det kvantitative materialet gir noen indikasjoner. For det første skårer de ti særlig godt fornøyde respondentene vesentlig bedre på hvordan de opplever sin generelle helse enn hva de ti misfornøyde brukerne gjør. Selv om det er små tall i vår studie er dette en indikasjon på at fornøydhet henger i hop med helse, som igjen har betydning for tjenestebehov. Fem av de seks pilotkommunene er representert i gruppen særlig fornøyde. Blant de ti misfornøyde brukerne er alle pilotkommunene representert. Alle i gruppen særlig fornøyde har en eller flere koordineringstiltak, men i gruppen særlig misfornøyde er det to av de ti som ikke har dette, noe som i seg selv kan være en årsak til misnøye. Det er ingen av de fire sykdomsgruppene som utmerker seg i den ene eller andre gruppen, bortsett fra at eldre ikke er representert i gruppen som er særlig fornøyde. Blant de ti mest misfornøyde er det tre pårørende til barn med en spesifikk diagnose, og fra samme kommune, og i første runde av brukerstudien. Dette indikerer noen spesielle utfordringer når det gjelder tilbudet til denne sykdomsgruppen i denne kommunen på dette tidspunktet. Det gir altså ikke indikasjoner på systematiske variasjoner når det gjelder kjennetegn på fornøyde versus misfornøyde brukere og pårørende i vårt utvalg.

I videre leting etter karakteristika som kan forklare årsaker til fornøydhet og misnøye med tjenestetilbudet, har vi sett på de kvalitative intervjuene med akkurat disse 20 informantene for å forsøke å identifisere om det er noen karakteristika ved historiene som kan gi indikasjon på hva som fungerer godt eller dårlig for brukere og pårørende. Handler det om dårlig koordinering, mangelfullt behandlingstilbud, mangelfull medvirkning, eller andre ting?

I figurene 4.8 og 4.9 under gis en kort syntese av ti historier fra de kvalitative intervjuene, med henholdsvis fem særlig fornøyde og fem særlig misfornøyde brukere og pårørende.



Figur 4.8 Saker der bruker/pårørende er mest misfornøyd med hjelpetilbudet

Basert på de kvalitative intervjuene er det ikke et entydig bilde av gruppen særlig misfornøyde brukere og pårørende som tegnes. I de fem eksemplene over nevnes en del man er fornøyd med, men flere ting man er sterkt misfornøyd med. Noe som alle nevner er misnøye med det de oppfatter som et *mangelfullt hjelpetilbud* – enten at det er for lite tilbud i forhold til behovet (man har behov for mer av det samme), eller at det er for dårlig eller at det er for lite fleksibelt i forhold til behov, at det mangler en plan for oppfølging og at det burde gjøres hyppigere evalueringer av hva som virker. Dernest er flere misfornøyd med *koordineringen*. Det dreier seg om misnøye med ansvarsgruppen, der bruker opplever at hun selv har overtatt ansvaret for at representanter fra involverte tjenester deltar, og misnøye med hyppig utskifting av koordinator. I ett tilfelle dreier det seg om at bruker opplever ikke å bli hørt kombinert med mangelfullt behandlingstilbud.

*Tett og kontinuerlig oppfølging inkl skole*

Barn med en medfødt sjelden diagnose. Pårørende legger vekt på den tette oppfølgingen de har fått gjennom mange år, med flere tjenester involvert inkludert skole, og der man har jobbet systematisk og målrettet. Det har vært mange fagpersoner involvert og også en del utskiftninger, men pårørende fremhever enkelte involverte som særlig betydningsfulle. Dette er personer som har utgjort **kontinuitet** gjennom flere år. Helsesøster er et eksempel på dette gjennom ungdomskolen.

Strukturert og behovstilpasset oppfølging

Ungdom med flere diagnoser (innen sykdomskategori 1). Pårørende beskriver en godt fungerende ansvarsgruppe, jevnlig møter, en IP der **mål justeres**, og en koordinator som er veldig **strukturert**. Videre et godt tjenestetilbud som dekker alle ungdommens behov og en veldig **god koordinering** der pårørende særlig legger vekt på et godt samarbeid med skole, men også god involvering fra øvrige tjenester. Legger vekt på at koordinator er miljøterapeut som ser **barnets behov utover helseområdet**, som tidligere var mest i fokus. Dette har ført til tilpasset oppfølging.

God oppfølging for ung voksen i omsorgsbolig

Ung voksen med funksjonshemming som bor i omsorgsbolig og går på skole. Har IP, ansvarsgruppe som møtes 2-3 ganger i året og koordinator. Får dekket sitt oppfølgingsbehov i stor grad gjennom omsorgsboligen, inkludert fritidsaktiviteter, og i tillegg gjennom støttekontakt som er viktig for å komme seg rundt – ikke minst for å trene. Er kjempefornøyd med det totale tilbudet.

Tett, kontinuerlig og engasjert oppfølging

Voksen bruker med psykisk helseproblemer. Har ansvarsgruppe, IP og koordinator. Møter hver annen måned med ansvarsgruppen og hver uke med koordinator. Betegner alle involverte tjenester som veldig **engasjert** – ikke minst er **fastlegen** svært engasjert, og deltar også i ansvarsgruppen. Har tidligere vært misfornøyd med behandlingstilbudet i psykisk helsevern, betegner det som: "En veldig stor blokk mellom meg og behandleren min". I dag erfarens behandlingstilbudet som godt.

Behovstilpasset, fleksibel og samkjørt oppfølging

Voksen bruker med alvorlig sykdom (kategori 2). Har ansvarsgruppe som er **godt koblet**, og der samarbeidet fungerer fint og **fleksibelt** i forhold til **ulike typer av behov** hos bruker over tid. Betegner teamet som "gull verdt", og at hun får kontakt med den det gjelder når hun har ulike behov. Det jobbes aktivt for å **nå mål** som er satt i IP, og som omhandler både helse, arbeid og familie. Er svært fornøyd med **koordinator**, og trekker fram at ordningen gir veldig god hjelp og støtte i tillegg til at koordinator samkjører "hele gjengen".

Figur 4.9 Saker der bruker/pårørende er særlig godt fornøyd med hjelpetilbudet

Det mest karakteristiske med gruppen som utmerker seg som særlig godt fornøyd med hjelpetilbudet er at de er fornøyd med absolutt *alle* elementene av tilbudet; et godt hjelpetilbud som dekker de ulike behovene. De har også det til felles at de opplever god koordinering. Koordinator trekkes fram av flere som særlig viktig, men det som også er svært interessant er at samtlige trekker fram engasjerte hjelpere i systemet som er der nå, eller som har vært der tidligere, og som over tid har representert kontinuitet og støtte. Mer eller mindre direkte viser intervjuene at disse brukerne og pårørende har opplevd et særlig sterkt engasjement fra enkeltpersoner som har betydd mye for dem; en jordmor som så behovet for å utrede et nyfødt barn; en

helsesøster som ga god støtte gjennom ungdomskolen; en koordinator som "samkjørte hele gjengen" eller som så barnets behov "utover helseområdet".

4.3 Oppsummering og konklusjon

4.3.1 Brukernes bakgrunn, helse og koordineringstiltak

Et utvalg på 65 brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i de seks pilotkommunene utgjør evalueringens brukerutvalg – 45 voksne og 20 barn og unge. Det ble gjort totalt 69 kvalitative dybdeintervjuer, 38 i 2019 og 31 i 2021. Fire av de 65 informantene ble intervjuet på begge tidspunktene. I halvparten av intervjuene (n=34) var det pårørende som ble intervjuet om tjenestetilbudet til bruker. Oftest var dette pårørende til egne barn, og i noen tilfeller en ektefelle, mor, søster eller bror til brukere som av ulike årsaker ikke var i stand til å delta i intervju. Det er litt flere kvinner (60 prosent) enn menn (40 prosent) i brukerutvalget.

Litt over halvparten av brukerne har kroniske sykdommer og tilstander (i hovedsak medfødte sykdommer og tilstander). Dette gjelder 16 av de 45 voksne og 18 av de 20 barna og ungdommene under 18 år i utvalget. Videre inngår åtte voksne og to barn i kategorien alvorlige diagnoser eller tilstander (utelukkende ervervet, ikke medfødt). Dette gjelder åtte voksne og to barn. Dernest består utvalget av 11 voksne med behov for tjenester knyttet til psykisk helse – noen også i kombinasjon med rus, somatisk helse og psykososial fungering. Det er ti eldre over 68 år i utvalget, som er hjelpetrequende med ulike diagnoser og tilstander.

I de fleste tilfellene vurderes brukers helse som bra, veldig bra eller passe (57 prosent). Særlig gjelder dette for brukere med dels medfødte sykdommer og tilstander, der om lag halvparten også er barn og unge. Her oppgir 73,5 prosent at bruker har bra eller veldig bra helse.

Et flertall av brukerne i utvalget har ett eller flere koordineringstiltak. Blant de 65 brukerne har 77 prosent koordinator, 72 prosent ansvarsgruppe/oppfølgingsteam og 69 prosent en individuell plan. Det er først og fremst gruppen av eldre, som består av ti personer, som ikke har individuell plan, ansvarsgruppe eller koordinator. Her er det imidlertid flere som har primærkontakt.

4.3.2 Teamet/ansvarsgruppen

Basert på vårt datamateriale er det lite som tyder på at det har skjedd merkbare endringer i teamet/ansvarsgruppen, eller måten det jobbes på, slik de fleste brukere og pårørende opplever det. Svært få brukere og pårørende kjente til begrepet oppfølgingsteam. På spørsmål om de opplevde at det hadde skjedd merkbare endringer i tilbudet, ble det vist til andre typer endringer enn endringer som handler om ansvarsgruppen som sådan. Dette dreide seg eksempelvis om brukere og pårørende som trakk fram det som kan innebære veldig merkbare overganger, som overgangen fra barne- til ungdomsskole, eller fra tjenestetilbud innen psykisk helsevern for barn og unge og over i tilbud til voksne.

Prinsippet om fleksibilitet som fremmes i veilederen som: "så få som mulig, og så mange som nødvendig", og gjelder antall involverte i ansvarsgruppen og møter i teamet. I vår analyse av teamet/ansvarsgruppen har vi sett på hvorvidt det praktiseres denne type fleksibilitet eller dynamikk når det gjelder involverte, herunder involvering av fastlege, om det er en dynamisk møttestruktur og om arbeidet i teamet er målrettet, herunder om individuell plan bidrar til målrettethet.

Dynamisk teamarbeid

Brukere og pårørende rapporterer ikke om merkbare endringer basert på mål om at teamet skal være lite og dynamisk, men problematiserer heller ikke antallet tjenester som deltar i teamet. Derimot er det en god

del som påpeker og problematiserer at ikke alle involverte fra tjenestene møter opp som avtalt til ansvarsgruppemøte, noe som kan gi dårligere informasjonsdeling og mindre målrettet utvikling og framdrift for brukere.

Et annet problem som mange brukere og pårørende opplever er hyppig utskifting av fagpersonell i tjenester som også er involvert i ansvarsgruppen. Dette oppleves problematisk når det gjelder kontinuitet. Særlig sårbart er det selvsagt der det er snakk om godt involverte og engasjerte fagpersoner.

Det er vanskelig å unngå gjennomtrekk på grunn av at folk skifter jobb, men det er mulig å gjøre noe når det gjelder forpliktelse til oppmøte. I verste fall kan manglende oppmøte i ansvarsgruppen, og mye utskifting av personell, medføre at pårørende og brukere opplever at de står mer alene.

Det er fornuftig med færrest mulig involverte i teamet, dersom det avgrenses til de tjenestene som faktisk har, eller bør ha, en viktig rolle for brukere. Det er logisk at jo flere tjenester som er involvert, jo større sjanse er det for at noen ikke møter opp i ansvarsgruppemøte.

Fastlegens involvering

Det framgår av veilederen at "oppfølgingsteamet består av personens tjenesteytere, herunder fastlegen", men at "omfanget av fastlegens involvering bør også avklares i det enkelte tilfellet."

Vi finner, basert på vårt brukerutvalg, at det varierer mye om fastlegen deltar i teamet. I noen tilfeller deltar fastlegen av og til, og der man ser at det er behov for det. I andre tilfeller deltar ikke fastlegen i det hele tatt, til tross for at brukere eller pårørende opplever at det er behov for fastlegens involvering.

Flere brukere og pårørende sier de heller ikke forventer at fastlegen deltar aktivt i møter, ofte fordi de oppfatter fastlegen som veldig travel. Andre kunne ønske at fastlegen deltok i teamet. Felles for de som faktisk har en aktiv fastlege i sitt team, er at de vurderer dette som godt og nyttig, og som en viktig støtte.

Det er bra med fleksibilitet slik at fastlegen innlemmes i teamet der det faktisk er behov for det. Det er viktig at det er avklart hva som kan være fastlegens rolle i det enkelte tilfellet, slik også veilederen påpeker. Dermed er det tydeligere for alle impliserte – inkludert brukere og pårørende, i hvilke tilfeller fastlegen skal inn å bidra. Det som må unngås er at brukere eller pårørende ender opp med å være de som må argumentere for at fastlegen trengs.

Møtestruktur

Antallet møter i teamet/ansvarsgruppen varierer mellom ett, to og tre møter i året, mens noen få har hyppigere møter. Det varierer også om møtene er faste eller ved behov. Noen brukere og pårørende opplever at det er greit der det ikke er fast, men at møter avtales når det trengs. Der det er faste, regelmessige møter kan enkelte oppleve at det er litt umotivert dersom det ikke har skjedd endringer eller oppstått nye behov som man har behov for å drøfte. Andre derimot er opptatt av at det skal være faste møter. Et mulig dilemma som kan oppstå ved prinsippet *møter etter behov* og ikke faste møter, er at man er avhengig av at noen tar initiativ. Enkelte informanter mener det kan være en fordel med noen faste møter for å sikre at det faktisk avholdes møter.

Hovedinntrykket er at mange ansvarsgrupper praktiserer møtefleksibilitet på grunnlag av behov til enhver tid. Mange forteller også om endringer både når det gjelder sammensetning av team, aktivitet og møtehyppighet som har skjedd gjennom årenes løp. Det er imidlertid ikke entydig i hvor stor grad *brukerne* er med på å definere hva som er behovet.

Målrettet teamarbeid

Mange brukere og pårørende forteller om ansvarsgrupper som fungerer godt, og der det jobbes målrettet, slik de opplever det, men det er også en del som forteller om ansvarsgruppemøter som ikke er effektive og målrettede. En god del er opptatt av at teamet kan bli flinkere til å jobbe med mål.

Flere nevner problemer med at møtene brukes til å oppdatere deltakerne på hva som har skjedd siden sist, slik at møtene ikke blir brukt effektivt, og man får ikke målrettet framdrift. Et poeng som nevnes er at det er viktig at noen definerer agendaen til neste ansvarsgruppemøter på forhånd. På denne måten kan folk forberede seg, og selve møtet brukes til mer konkret planlegging, og ansvarliggjøring for hvor og når ting skal skje. Dette kan samtidig oppleves avlastende for bruker og pårørende, som da vet at det blir tatt grep. En type utfordring i noen ansvarsgrupper er at det skjer lite initiativ og utvikling – at teamet går på tomgang så å si. Det er trolig større fare for at dette skjer der det dreier seg om voksne med en stabil sykdomstilstand. Dette trenger imidlertid ikke bety at bruker ikke har potensiale og behov for utvikling og framskritt.

Målretting gjennom individuell plan

De fleste brukerne i utvalget har individuell plan (76 prosent), men det kommer fram i de kvalitative intervjuene at mange beskriver bare middels bruk av den individuelle planen. Flere påpeker behov for å jobbe mer med definisjon av målsettinger, og plan for å oppnå mål. Det er færre som forteller om aktiv bruk av individuell plan, men i de tilfeller der individuell plan brukes aktivt, beskriver de fleste at de har et godt utbytte av det. Eksempelvis beskrives det å jobbe systematisk etter en definert plan som verdifullt fordi det gir forutsigbarhet for bruker og pårørende.

Målrettet jobbing er en forutsetning — det er det det dreier seg om i individuell plan. Informantene gir mange eksempler på at målene ikke oppdateres, noe som indikerer at det ikke jobbes aktivt og målrettet, og i mange tilfeller er bruker eller pårørende kritisk der individuell plan blir "liggende i en skuff". På den annen side behøver det ikke å bety at det ikke gis god hjelp og oppfølging, og at de skjer utvikling. Flere informanter viser til at individuell plan ikke var oppdatert, og ikke samsvarte med virkeligheten. I noen tilfeller blir da prosessen omvendt – at det skjer en utvikling, men at det er arbeidet med målsetting som paradoksalt nok henger etter. Blant de få som ikke har individuell plan i utvalget skyldes dette at bruker ikke ønsker det fordi de ikke ser behovet, at det er plan om å utarbeide det, men ikke gjort enda og i et par tilfeller at det ikke er tilbudt.

4.3.3 Koordinators rolle

Brukere og pårørende beskriver sin koordinator med mange fine ord, som den som: "*syrrammen*", "*nøstertråder*", er rådgiver og "*lim*" i systemet og som er en "*livssekretær*". Det mange forteller om handler om å bli sett, bli tatt på alvor og å føle seg trygg. Flere peker også på nytten av at koordinator sørger for at det jobbes målrettet. Det er ingen av informantene som har negative vurderinger av selve koordinatorrollen, men enkelte er misfornøyde med sin koordinator basert på vedkommende sin *innsats* – av og til i kombinasjon med relasjon til koordinator. Flere trekker fram koordinator som det som særlig bidrar til god kvalitet.

Selv om pilotkommunene har jobbet med å ruste for flere koordinatorene, og å styrke koordinatorne gjennom opplæring, er det vanskelig å skaffe koordinator. Dette kan virke inn på brukers mulighet for å velge sin koordinator. Flere informanter påpeker at dette er en rolle som har blitt "*kasta på*" personer som har vært "*uheldig*". Vårt materiale viser også noen eksempler på hyppig utskifting av koordinator, og eksempel på at det kan oppstå misnøye fordi bruker oppfatter at det er feil tjeneste som har koordinatoransvaret.

Det er sentralt at koordinator sørger for at det jobbes i samsvar med mål som er satt, at det skjer en utvikling. Selv om inntrykket er at det i stor grad gjøres en god jobb av mange koordinatorene, er det noen som påpeker at rollen kunne vært mer omfattende, og enkelte har negative erfaringer. Det handler i det store og hele om hvor mye innsats koordinator legger inn. Der koordinator ikke legger inn den innsatsen som bruker og

pårørende forventer, ender det noen ganger opp med at bruker eller pårørende opplever at de er sin egen koordinator.

Et viktig poeng fra en pårørende, som bekrefter et inntrykk totalt sett fra studien, er at det kan være mer utfordrende å koordinere når det gjelder psykiske vansker enn mer definerte tilstander som for eksempel psykisk utviklingshemming. Det som ofte skjer der det ikke koordineres godt nok, er at det faller mer på bruker og pårørende når det gjelder koordinering og framdrift. Våre resultater viser at dette i noen tilfeller oppleves veldig tungt for de det gjelder.

4.3.4 Brukers medvirkning

Kartleggingen viser at en stor andel av informantene vurderer informasjon, medvirkning og tilpasning i tjenestene som godt ivaretatt. Av de spørsmålene som ble stilt er flest kritisk til den informasjon de har fått om *behandlingsmulighetene* som fins. Her oppgir halvparten at de kun i noen eller liten grad har fått slik informasjon. På spørsmålet om det er *rom for å gi tilbakemeldinger* til de ansatte på tilbudet de har fått, svarer to av tre at det er det i stor eller svært stor grad, mens en av fire oppgir at dette kun i noen eller liten grad er tilfellet. Litt færre, 60 prosent, svarer at de i stor eller svært stor grad har fått *være med å bestemme hvilken hjelp de skal få*, og om de opplever at hjelpen fra de kommunale helsetjenestene har vært *tilpasset deres situasjon*. På spørsmålet om man mener at man har fått *irrelevante/feil tjenester* fra kommunalt hjelpeapparat svarer et flertall (65 prosent) avkrefte på dette, mens de fleste andre svarer i liten eller i noen grad.

De kvalitative intervjuene utdyper det som er hovedinntrykket fra kartleggingen – at flertallet opplever at de har brukermedvirkning i den forstand at de føler seg tilstrekkelig involvert og lyttet til, eller at de vet at de har denne muligheten dersom de har behov for det. Mange viser til at koordineringstiltakene i seg selv medfører brukermedvirkning gjennom at de er med i ansvarsgruppen og at de eier den individuelle planen. Noen ønsker mindre brukermedvirkning og noen ønsker mer.

De kvalitative intervjuene utdyper det som kartleggingen viste – at halvparten av informantene oppga at de kun i noen grad eller liten grad hadde fått informasjon om *behandlingsmulighetene* som finnes. Enkelte opplever at de ikke har oversikt, og at tjenesteapparatet ikke alltid er behjelpelige med å skaffe oversikt, over hva man har rett på og/eller hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak som kan være nyttig for bruker. Dette ble særlig poengtert blant brukere og pårørende som har tilstander eller diagnoser som er litt uavklarte eller diffuse, trolig kombinert med lite erfaring med diagnosen i kommunen, som ved diagnosen ME. Dette er også et perspektiv som kom også fram i intervjuene med tjenestene – der ansatte opplevde at brukere har ønske om at ansatte forteller dem hva de kan ha nytte av. Dette krever at koordinatorene har fagkunnskap relatert til sykdommen/tilstanden, kunnskap om lover og regler, samhandlingskompetanse og innsikt i hva kommunen har å tilby av tjenester.

Enkelte av respondentene føler at det krever mye ressurser av dem som brukere eller pårørende å skulle være aktivt involvert og medvirke. Det er viktig å merke seg at noen forbinder brukermedvirkning med et større egenansvar som de ikke er rustet for, inkludert det å selv involvere de tjenestene de mener de har behov for. Dette er problematisk i de tilfellene der bruker/pårørende opplever dette, og er eksempel på dårlig koordinering som igjen kan skyldes flere forhold: for lite ressurser eller kompetanse, for dårlig kommunikasjon mellom tjenester, koordinator og bruker omkring vedkommende sitt behov, men også for dårlig kommunikasjon omkring hva brukermedvirkning skal innebære for bruker.

Når det gjelder medvirkning til beslutning om hvem som skal være koordinator, og fra hvilken tjeneste, er inntrykket at det er få som kjenner til at tjeneste og bruker sammen skal avgjøre dette, og at det er relativt få som har vært direkte involvert i denne avgjørelsen blant våre informanter. Dette kan ha sammenheng med at det noen steder er et problem med få tilgjengelige koordinatorene i tjenestene, og at man på grunn

av dette ikke har store valgmuligheter. Inntrykket er at valg av koordinator ofte er en mer pragmatisk prosess basert på tilgjengelige ressurser. Samtidig er inntrykket også at de fleste har tiltro til valg av koordinator, at noen har blitt involvert i spørsmålet, men at ikke alle har store forventninger til at de skal involveres. Historiene til enkelte av informantene viser også at det er viktig å tilrettelegge for brukermedvirkning på en måte som gjør at det ikke ender opp med å oppleves som en belastning for brukere og pårørende.

4.3.5 Utbytte av hjelpen fra kommunalt hjelpeapparat

To av tre informanter oppgir at de har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen mens en av fire svarer at de har hatt en del utbytte eller lite utbytte. Enkelt sammenlignet med andre spørsmål i det kvantitative materialet, gir noen indikasjoner på hva som karakteriserer respondenter som er særlig godt fornøyd med de som er mest misfornøyd. Selv om det er små tall det er snakk om med 65 respondenter, indikerer sammenligningen at fornøydhet henger i hop med opplevd helse. Helse har betydning for tjenestebehov – jo dårligere helse jo større tjenestebehov, og jo større sannsynlighet for at misnøye kan oppstå. Alle i gruppen særlig fornøyde hadde en eller flere koordineringstiltak, men i gruppen særlig misfornøyde var det to av de ti som ikke hadde dette, noe som i seg selv kan være en årsak til misnøye. Ingen av de fire sykdomsgruppene utmerket seg i den ene eller andre gruppen, med unntak av at eldre ikke er representert i gruppen som er særlig fornøyd.

Det er heller ikke et entydig bilde av gruppen særlig *misfornøyde* brukere og pårørende som tegnes, basert på de kvalitative intervjuene. I gruppen misfornøyde er samtlige misfornøyde med *mangelfullt hjelpetilbud* – enten at det er for lite tilbud i forhold til behovet (behov for mer av det samme), at det er for dårlig eller for lite dynamisk, at det mangler en plan og at det er behov for evalueringer av hva som virker. Derrest er flere misfornøyd med *koordineringen* - med ansvarsgruppen og med hyppig utskifting av koordinator. I ett tilfelle dreier det seg om at bruker opplever ikke å bli hørt kombinert med mangelfullt behandlingstilbud.

Det mest karakteristiske med gruppen som utmerker seg som *særlig godt fornøyd* med hjelpetilbudet, er at de virker å være fornøyde med både et godt hjelpetilbud og god koordinering. Koordinator trekkes fram av flere som særlig viktig, men det som også er svært interessant er at samtlige trekker fram engasjerte hjelpere i systemet som er der nå, eller som har vært der tidligere, og som over tid har representert kontinuitet og støtte.

4.3.6 Konklusjon

Overordnet er målet med innføring av oppfølgingsteam at det skal gi bedre koordinering og brukermedvirkning. Virkemidlene dreier seg i hovedsak om justeringer i hvordan team settes sammen og hvordan det jobbes i teamet/ansvarsgruppen. Her gjelder prinsippet om større fleksibilitet og tilpasning til brukers behov.

Det er lite som tyder på at det har skjedd merkbare endringer i teamet/ansvarsgruppen, eller måten det jobbes på, slik brukere og pårørende opplever det. Mange har opplevd endringer og overganger i sitt forløp og tjenestetilbud de siste årene, men som ikke kan spores til innføring av oppfølgingsteam.

Dette betyr likevel ikke at det ikke gjøres mye godt arbeid i eksisterende ansvarsgrupper. To av tre informanter oppgir også at de har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen. Mange brukere og pårørende forteller om ansvarsgrupper som fungerer godt, der det jobbes målrettet og der man kjenner seg ivaretatt.

Inntrykket er at de fleste ansvarsgrupper fungerer i tråd med mål om "så få som mulig, og så mange som nødvendig" når det gjelder antall involverte og hyppighet av møter. Kontinuiteten og koordineringen utfordres likevel på grunn av tjenester som ikke møter som avtalt samt hyppig utskifting av fagpersonell.

Videre viser resultatene at en del team/ansvarsgrupper bør bli flinkere til å jobbe med mål, og at individuell plan er et nyttig verktøy i de tilfellene der den brukes aktivt.

Koordinator er en nøkkelperson for å sørge for målrettet koordinering. Studien viser at koordinator i mange tilfeller tar denne rollen, og er den som "*syrrammen*", "*nøster tråder*", er "*lim*" i systemet, og "*livssekretær*". Der koordinator gjør en god jobb gir dette trygghet for brukere og pårørende om at de har en person som er tilegnet dem og deres forløp.

Når det gjelder brukermedvirkning viser resultatene at et flertall opplever at de har medvirkning i den forstand at de føler seg tilstrekkelig involvert og lyttet til, eller at de vet at de har denne muligheten dersom de har behov for det. Den største utfordringen er imidlertid at mange opplever at de får for lite informasjon om behandlingsmulighetene som finnes – at tjenesteapparatet ikke alltid er behjelpelige med å skaffe oversikt over hva man har rett på, og hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak som kan være nyttig for bruker.

5 Konklusjon

Veilederen og pilotprosjektet svarer på behovet for en personsentrert tilnærming til personer med store og sammensatte behov. En personsentrert tilnærming brukes ofte synonymt med "Integrated care" som er en verdensomspennende trend når det gjelder innovasjon i organisasjonsformer og reformer av helsesystemer. På systemnivå handler piloten om å få på plass overordnede strukturer og rutiner, inkludert klare ansvars- og rollebeskrivelser, som sikrer at kommunen jobber systematisk og ensartet med tidlig identifisering, melding av behov, utredning av tiltak og tverrfaglig oppfølging, herunder at de som har behov for det får oppfølgingsteam. På tjenesteutøvernivå handler piloten om at tjenesteutøverne skal settes i stand til å arbeide i henhold til intensjonene i veilederen, og dette handler mye om ledelse. På brukernivå handler piloten om å skreddersy oppfølging til brukerens og pårørendes behov og ønsker.

Kommunene kom inn i pilotprosjektet med veldig ulikt utgangspunkt, motivasjon for å delta og forforståelse for tematikken i piloten. Implementering av veilederen kan best karakteriseres som en kompleks intervensjon. Intervensjonen retter seg mot alle typer brukere med store og sammensatte behov, omfatter alle fagprofesjoner og tjenester som er involvert i oppfølging av brukerne og deres pårørende, og berører ledelse og ansatte på alle nivåer. Det er mange elementer som skal implementeres, med høy grad av interaksjoner med hverandre og med eksisterende tjenestesystem og praksis, høy grad av variabilitet i kontekst og høy grad av fleksibilitet i implementering. Implementeringslitteraturen sier at selv enkle intervensjoner tar tid å implementere, og man kan forvente (minst) tre til fem års implementeringsarbeid før innholdet er integrert i organisasjonen. Gitt at veilederen skal gjelde på tvers av mange brukergrupper og organisasjonsgrenser, er det sannsynlig at det tar enda lengre tid før veilederen er fullt ut etablert som praksis i alle deler av organisasjonen. Selv om Helsedirektoratet har fylt en fasilitatorrolle og gjort tiltak i henhold til anbefalinger i implementeringslitteraturen, har likevel implementeringen av piloten tatt lenger tid enn det ble lagt opp til i prosjektet. Dette skyldes trolig en kombinasjon av kompleksiteten i pilotprosjektet, kommunesammenslåinger og pandemi med ekstraordinært press på helsetjenestene underveis i prosjektperioden. Så langt har fokuset i pilotkommunene vært på å arbeide med forankring av piloten på alle nivå, fra kommuneledelse via linjeledere til utøvernivå, i berørte tjenesteområder, få på plass nødvendige strukturer og system, etablere oppfølgingsteam som arbeidsform, herunder å drive koordinatoropplæring. Det er derfor vanskelig å spore endringer på brukernivå i pilotkommunene ennå.

I spørreundersøkelsen vi hadde blant koordinatorene, teammedlemmer og ledere vurderes det at det har skjedd endringer i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov de siste tre årene, jfr. Tabell 6.5 i kapittel 6.3 i vedlegg. Områdene som fremheves der det i størst grad har skjedd endring var; større vektlegging av brukernes ønsker og behov, mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere, at nye brukergrupper får tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam, at den tverrfaglige utredningen fungerer bedre og at koordinerende enhet fungerer bedre. De områdene vi spurte om som i minst grad ble opplevd at har skjedd endringer på var; at elektroniske planverktøy fungerer bedre, vi bruker mer tid på samarbeidsmøter, støttefunksjoner fungerer bedre, vi bruker mer tid sammen med brukerne og oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på. Sistnevnte viser noe av utfordringen med piloten; flere av elementene har allerede vært i bruk i kommunene i lang tid. Individuell plan og koordinator er lovfestede rettigheter og arbeid i team (for eksempel ansvarsgrupper) var en etablert arbeidsform også før piloten. Dette gjør formidlingen av piloten, og å skape entusiasme, mer krevende.

Selv om ting har tatt tid, har det skjedd en tydelig modning, og mer samstemthet, i hvordan pilotprosjektlederne og deres samarbeidspartnere i kommunen forstår prosjektet, og formidler rundt det etter tre år. Piloten er forlenget med to år. To av pilotkommunene, Asker og Steinkjer, søkte ikke om deltakelse i forlengelsen av piloten, og går ut av piloten etter 2021. Begge kommunene har sagt seg villige til å stille til intervju i evalueringen, selv om de ikke går videre med piloten.

6 Vedlegg

6.1 Kommuneprofiler

6.1.1 Data og indikatorer

Vi har valgt å presentere utvalgt offentlig statistikk for de seks pilotkommunene slik de framsto etter kommunesammenslåingene i 2020⁴³. Vi har vektet sammen data for kommuner berørt av kommunesammenslåinger hvor dette ikke allerede er gjort i de datakildene vi har brukt. Vi har basert oss på indikatorer som er relevante for de ulike målgruppene i piloten. Vi presenterer data som beskriver demografisk og sosioøkonomisk befolknings sammensetning, utvalgte indikatorer for diagnosegrupper, ressursbruk og brukersammensetning i omsorgstjenestene, utgifter innen helse- og omsorgstjenestene, sosialsektoren og barnevern, samt barnevernstiltak. Vi har brukt data fra Kommunehelse statistikkbank fra Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå (SSB) som også inkluderer statistikk basert på Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som eies og driftes av Helsedirektoratet.

Inntektssystemet for kommunene beregner forventet utgiftsbehov for kommunene basert på et sett kriterier med tilhørende vektorer. Indeks for beregnet utgiftsbehov publiseres i Grønt hefte som er beregningsteknisk dokumentasjon til statsbudsjettet [101]. Den samlede indeksen for utgiftsbehov beregnes på grunnlag av delnøkler for ulike tjenesteområder. Vi har beregnet delindekser for helse og omsorg (sammenvektede delindekser for henholdsvis helse og omsorg), sosialhjelp og barnevern basert på publiserte kriteriedata⁴⁴ [101] og delnøkler presentert i høringsnotatet "Forslag til nytt inntektssystem for kommunene" [102].

Følgende indikatorer er brukt:

- Befolkningsutvikling og -sammensetning. Kilde: FHI Kommunehelse statistikkbank
 - Befolkningsvekst – årlig vekst (2013-2018).
 - Andel i yrkesaktiv alder (2019).
 - Alderssammensetning (2019).
 - Andel som bor alene, 45+ (2019).
- Sosioøkonomiske kjennetegn. Kilde: FHI Kommunehelse statistikkbank
 - Eneforsørgere under 45 år (2016-2019).
 - Mottakere av stønad til livsopphold, 20-66 år (standardisert, 2018).
 - Varig uføretrygdede; 18-44 år (standardisert, 2016-2018).
 - Frafall i videregående skole (standardisert, 2016-2018).
- Indikatorer for utvalgte diagnosegrupper. Kilde: FHI Kommunehelse statistikkbank
 - Hjerte-/karsykdommer
 - Sykehusinnlagte per innbygger 0-74 år (standardisert, 2016-2018) (Bø 2014-2016).
 - Brukere av primærhelsetjenesten per innbygger 0-74 år (standardisert, 2016-2018).
 - Legemiddelbrukere per innbygger 0-74 år (standardisert, 2016-2018).
 - Dødelighet 0-74 år per innbygger (standardisert, 2009-2018).
 - Sykehusinnlagte per innbygger 75+ år (standardisert, 2016-2018) (Bø 2014-2016).

⁴³ Følgende kommunesammenslåinger per 1. januar 2020 berører piloten: Asker, Røyken og Hurum blir til Asker kommune, Flora og Vågsøy blir til Kinn kommune, Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy blir til Senja kommune, Steinkjer og Verran blir til Steinkjer kommune. Bø og Suldal er ikke berørt.

⁴⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneekonomi/gront-hefte/id547024/>

- Muskel-/skjelett
 - Primærtjenesten per innbygger 0-74 år (standardisert, 2016-2018).
 - Spesialisthelsetjenesten per innbygger 0-44 år (standardisert, 2015-2017).
 - Spesialisthelsetjenesten per innbygger 45-74 år (standardisert, 2015-2017).
 - Spesialisthelsetjenesten per innbygger 75+ år (standardisert, 2015-2017).
- Kols
 - Spesialisthelsetjenesten per innbygger 45+ år (standardisert, 2015-2017).
 - Legemidler per innbygger 45-75 år (Kols & astma) (standardisert, 2016-2018).
 - Dødelighet per innbygger 0-74 år (standardisert, 2009-2018).
- Psykisk helse
 - Primærhelsetjenesten per innbygger 0-44 år (standardisert, 2016-2018).
 - Legemiddelbrukere per innbygger 0-44 år (standardisert, 2016-2018).
 - Primærhelsetjenesten per innbygger 45-74 år (standardisert, 2016-2018).
 - Legemiddelbrukere per innbygger 45-74 år (standardisert, 2016-2018).
- Kreft
 - Nye tilfeller per innbygger (standardisert, 2009-2018).
 - Dødelighet per innbygger 0-74 år (standardisert, 2009-2018).
- Diabetes
 - Legemiddelbrukere per innbygger 0-74 år (standardisert, 2016-2018).
- Helse- og omsorgstjenester. Utgifter, årsverk og plasser. Kilde: SSB
 - Indeks for beregnet utgiftsbehov helse og omsorg.
 - Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger korrigert for beregnet utgiftsbehov (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Årsverk helse og omsorg per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Avtalte legeårsverk per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Avtalte fysioterapeutårsverk per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per innbyggere 0-20 år (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/helseutdanning (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Årsverk per bruker av omsorgstjenester (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Disponible sykehjemsplasser per innbygger 80+ år (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Andel demensplasser (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
- Brukere av omsorgstjenester. Kilde: SSB/KPR
 - Unike brukere fordelt på aldersgruppene 0-66 år, 67-79 år og 80+ år (2018).
 - Brukere av hjemmetjenester, institusjonstjenester og aktiviserings- og servicetjenester per innbygger per 31.12 (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Brukere av hjemmetjenester per innbygger 0-66 år, 67-79 år og 80+ år per 31.12 (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).

- Andel hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats per 31.12 (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
- Andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov per 31.12 (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
- Brukere av hjemmetjenester og brukere av institusjonstjenester per 1000 innbygger 80+ år per 31.12 (2018).
- Brukere av institusjonstjenester og brukere med bolig m/fast bemanning hele døgnet per innbygger 80+ år (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
- Sosialtjenester
 - Indeks for beregnet utgiftsbehov sosialhjelp.
 - Utgifter kommunal sosialsektor per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Utgifter kommunal sosialsektor per innbygger korrigert for beregnet utgiftsbehov (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
- Barnevernstjenester
 - Indeks for beregnet utgiftsbehov barnevern.
 - Utgifter kommunalt barnevern per innbygger (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Utgifter kommunalt barnevern per innbygger korrigert for beregnet utgiftsbehov (prosent av landsgjennomsnittet, 2018).
 - Andel barn med hjelpetiltak og andel barn med omsorgstiltak i løpet av året (årene i perioden 2015-2019).
 - Andel barn med barnevernstiltak i løpet av året (prosent av landsgjennomsnittet, 2018-2019).

Vi presenterer kommuneprofiler basert på oppsummering av de utvalgte indikatorene. For flertallet av indikatorene er de vist som avvik fra (prosent av) landsgjennomsnittet. Vi baserer oss også på faktaarkene fra FHI som viser Folkehelseprofil 2020. Når det gjelder folkehelseprofilene har disse søkelys på ulike hovedtema fra år til år. I 2020 var det særlig fokus på sosialt bærekraftige lokalsamfunn. I oppsummeringene for hver kommune har vi valgt å vektlegge resultater der kommunene vi følger i piloten skiller seg fra landsgjennomsnittet.

Det må understrekes at flere av kommunene er små, og det vil derfor kunne være stor usikkerhet med hensyn til nivå på de ulike indikatorene, som kan tenkes å variere mye fra år til år. Slik usikkerhet er hensyntatt i folkehelseprofilene fra FHI.

Folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet, og de figurene som danner utgangspunkt for kommuneoppsummeringene i dette kapitlet, finnes lett tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider. Indikatorene fra folkehelseprofilene om levekår og helse er supplert med informasjon fra Kommunehelse statistikkbank fra FHI. Vi gir først en kommunevis oppsummering og så gir vi en felles oversikt til slutt. Vi presenterer tall samlet basert på ny kommuneinndeling for Asker, Kinn, Steinkjer og Senja.

6.1.2 Asker (Viken)



Befolkningsstørrelse: ca. 95 000. Positiv befolkningsvekst. Andel barn og unge (0-24) er høyere enn landet som helhet, andel eldre 80+ er relativt likt landsnivå. Asker lå signifikant bedre an enn landsgjennomsnittet på omtrent samtlige indikatorer i folkehelseprofil 2020.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Lav andel aleneboende, gode oppvekst- og levekår.
- Godt og trygt lokalmiljø.
- God helse, men lav vaksinasjonsdekning og større utdanningsforskjeller i forventet levealder.
- Høy andel unge (0-66 år) omsorgstjenestebrukere og lave brukerrater, høy andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov og høy andel med høy timeinnsats.
- Lave utgifter til helse- og omsorgstjenester, men også lavt behov – på landsgjennomsnitt korrigert for behov, høyt nivå på årsverk per bruker av omsorgstjenester, lav andel sykehjemsplasser (antall eldre 80+).
- Fordeling på hjemmetjenester og institusjonstjenester for 80+ som gjennomsnittet.
- Årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid lavere enn gjennomsnittet.
- Lav andel barn på barnevernstiltak.

6.1.3 Suldal (Rogaland)

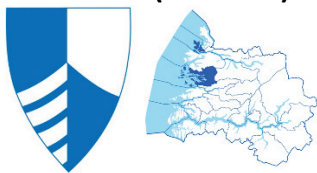


Befolkningsstørrelse: ca. 3800. Har hatt negativ befolkningsvekst de siste åra. Andelen barn og unge (0-24 år) er høyere enn landet som helhet, andel eldre 80+ er noe høyere og andelen i yrkesaktiv alder er lav. Suldal skiller seg generelt positivt, eller i liten grad, fra landsgjennomsnittet på de aller fleste folkehelse-indikatorer presentert i 2020.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Lav andel aleneboende, gode oppvekst- og levekår, lavere trivsel på skolen blant 10.-klassinger, samtidig er frafall fra videregående lavt.
- Godt og trygt lokalmiljø, men skårer lavere enn landsgjennomsnittet på drikkevannsforsyning.
- Helsetilstand er generelt relativ lik landsgjennomsnittet, men skiller seg positivt ut med bedre skår på indikatorer for antibiotikabruk, psykisk helse og kols, men høy dødelighet (0-74 år) av kreft og relativt sett høye rater for bruk av spesialisthelsetjenester for muskel-/skjelett.
- Lav andel omsorgstjenestebrukere under 67 år og relativt sett høye brukerrater spesielt for aktiviserings- og servicetjenester, lav andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov og lav andel med høy timeinnsats.
- Høy ressursinnsats (utgifter/årsverk) i helse- og omsorgstjenestene, og i særlig grad helsetjenester også etter korrigering for høyt utgiftsbehov, høyt nivå på årsverk per bruker av omsorgstjenester. Høyt innslag av hjemmebasert omsorg for brukere 80+ år; lav rate for institusjon og høy rate for bolig med heldøgnsomsorg. Høy andel demensplasser. Høyt nivå på årsverk per bruker i omsorgstjenestene.
- Høyt nivå på årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.
- Lav andel barn på barnevernstiltak.

6.1.4 Kinn (Vestland)



Befolkningsstørrelse: ca. 17 200. Negativ befolkningsvekst de siste årene. Andelen barn og unge (0-24 år) i kommunen er høyere enn i landet som helhet, og andelen 80+ år litt høyere. Ikke entydig mønster med hensyn til skår på indikatorer i folkehelseprofilen 2020.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Lav andel aleneboende. Skårer godt på flere indikatorer for oppvekst og levekår, f.eks. relatert til inntekt, boforhold, frafall fra videregående skole, men skårer dårligere på utdanning blant 30-åringene og leseferdigheter i 5. klasse.
- Godt og trygt lokalmiljø, men skårer lavere enn landsgjennomsnittet på skader som behandles på sykehus.
- Skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på flere indikatorer for helsetilstand relatert til antibiotikabruk, psykisk helse (0-44 år), overvekt og fedme blant 17-åringene, hjerte- og karsykdom og muskel-/skjelettplager (< 75 år).
- Høye brukerrater for hjemmetjenester i alle aldre, men lav brukerrate for aktiviserings- og servicetjenester, relativt høy andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov.
- Høy ressursinnsats (utgifter/årsverk) i helse- og omsorgstjenestene også etter korrigering for behov. Lavere rate for sykehjems plasser relativt til antall 80+ år og lavere andel institusjonsbrukere blant 80+. Høy andel demensplasser.
- Lavt nivå på årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.
- Andel barn på barnevernstiltak er høyere enn landsgjennomsnittet.

6.1.5 Steinkjer (Trøndelag)



Befolkningsstørrelse: ca. 24 350. Andelen eldre (både yngre og eldste eldre) i kommunen er høyere enn i landet som helhet. Ikke entydig mønster med hensyn til skår på indikatorer i folkehelseprofilen 2020.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på levekår (lav inntekt, utdanning blant 30-åringene, stønad til livsopphold, unge uføretrygdede og barn av enslige forsørgere).
- Skårer bedre enn landsgjennomsnittet på flere lokalmiljø-indikatorer (drikkevannsforsyning, luftkvalitet, voldstilfeller og ensomhet blant unge), men dårligere enn landsgjennomsnittet på skader som behandles på sykehus.
- Ikke entydig bilde om helserelaterte forhold. Kommunene skårer godt på forventet levealder for menn, men dårlig for kvinner. Skårer godt på hjerte-/karsykdommer (sykehusinnleggelse/dødelighet), men dårligere enn landet som helhet på vaksinasjonsdekning, antibiotikabruk, psykisk helse, overvekt og fedme blant 17-åringene og muskel-/skjelettplager (< 75 år).
- Høye brukerrater for hjemmetjenester i alle aldre, og høy brukerrate for aktiviserings- og servicetjenester, relativt høy andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov.
- Lave helse- og omsorgsutgifter korrigert for behov.
- Høyt innslag av hjemmebasert omsorg for brukere 80+ år; lav rate for institusjon (brukere og plasser) og høy rate for bolig med heldøgnsomsorg. Lav andel demensplasser.
- Årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som gjennomsnittet.
- Andel barn med omsorgstiltak i barnevernet er høyere enn landsgjennomsnittet.

6.1.6 Bø (Nordland)



Befolkningsstørrelse: ca. 2570. Negativ befolkningsutvikling de senere årene. Andelen barn og unge (0-24 år) i kommunen er lavere enn i landet som helhet, andelen eldre er betydelig høyere. Kommunen skiller seg både positivt og negativt fra landsgjennomsnittet på folkehelseindikatorer presentert i 2020, men flere negative enn positive.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Høy andel aleneboende. Skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på levekår (lav inntekt, utdanning blant 30-åringere, stønad til livsopphold, unge uføretrygdede og barn av enslige forsørgere) og på trivsel på skolen for 10. klassinger.
- Avviker ikke signifikant fra landsgjennomsnittet på de fleste lokalmiljøindikatorer, men dårligere enn landsgjennomsnittet på drikkevannsforsyning og bedre på luftkvalitet og voldstilfeller.
- Kommunen skårer godt på antibiotikabruk, psykisk helse og lav dødelighet (0-74 år) for kreft og hjertekarsykdommer, men dårligere enn landet som helhet på overvekt og fedme og fysisk aktivitet blant unge, og dødelighet av kols (0-74 år), men lavere dødelighet for kreft (0-74 år).
- Betydelig lavere andel yngre (0-66 år) omsorgstjenestebrukere og høyere andel over 80 år. Høye brukerrater for hjemmetjenester i alle aldre, og lav andel hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenestebehov og lav andel med høy timeinnsats.
- Høy ressursbruk i (utgifter/årsverk) og høyt utgiftsbehov i helse- og omsorgstjenestene. Høyt innslag av institusjonsomsorg for brukere 80+ år; høy rate for institusjon (brukere og plasser) og lav rate for bolig med heldøgnsomsorg. Lav andel demensplasser. Høyt nivå på årsverk per bruker.
- Årsverk i kommunale psykisk helse- og rusarbeid som gjennomsnittet.
- Andel barn med omsorgstiltak i barnevernet er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

6.1.7 Senja (Troms- og Finnmark)



Befolkningsstørrelse: ca. 14 850. Andelen eldre er høyere enn landet som helhet. Senja kommune skårer signifikant dårligere enn landsgjennomsnittet på halvparten av de 34 indikatorene i folkehelsebarometeret for 2020.

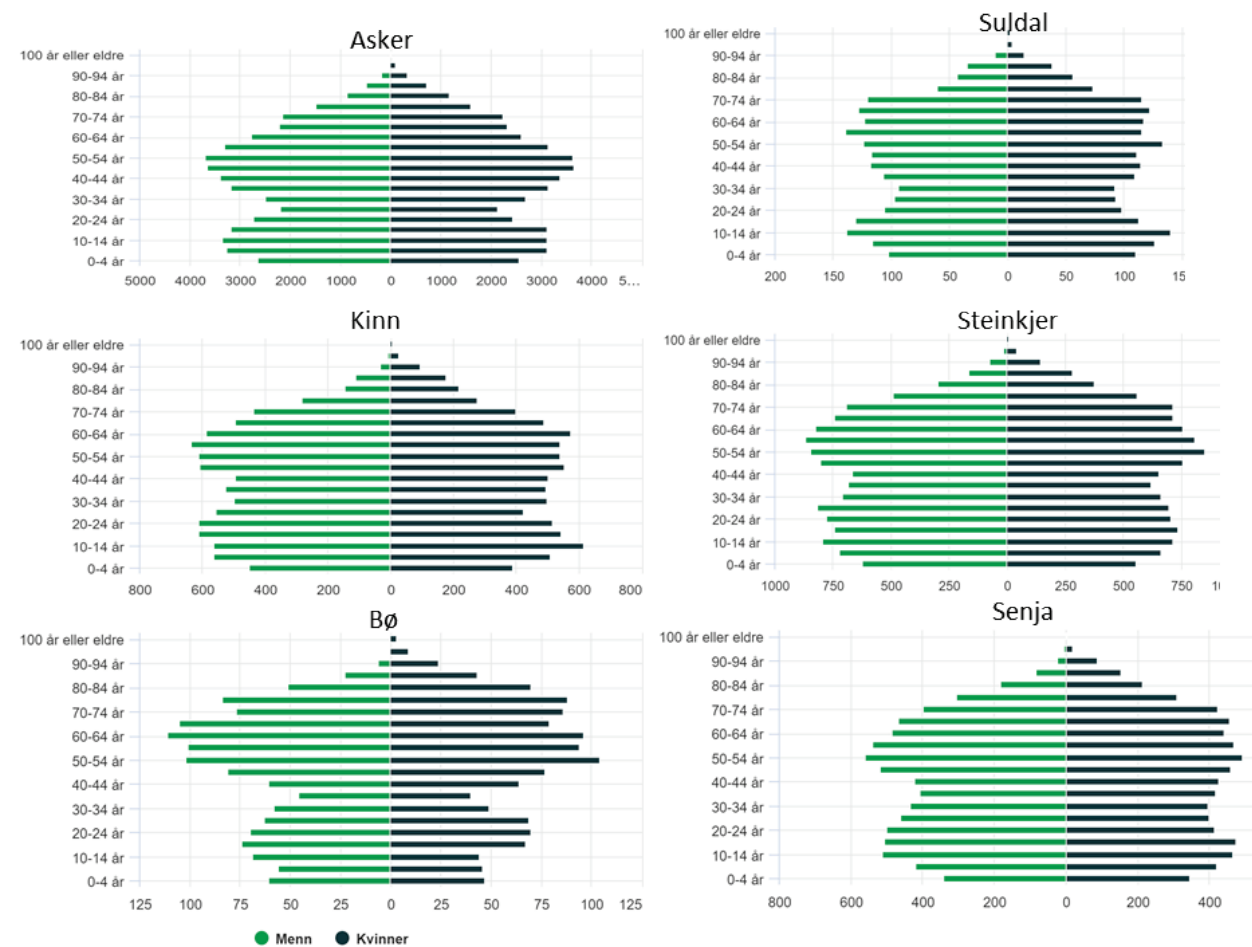
Sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på oppvekst og levekår.
- Skårer dårligere eller avviker ikke signifikant fra landsgjennomsnittet på de fleste lokalmiljøindikatorer, men bedre enn landsgjennomsnittet på luftkvalitet.
- Skårer dårligere enn landsgjennomsnittet på mange helseindikatorer (vaksinasjonsdekning, røyking blant kvinner, forventet levealder for menn, overvekt og fedme blant 17-åringere, hjerte-/karsykdommer (0-74 år), og dødelighet av kols (0-74 år)).
- Lavere andel yngre (0-66 år) omsorgstjenestebrukere og høyere andel 80+ år enn landsgjennomsnittet. Høy andel hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats.
- Høy ressursbruk i (utgifter/årsverk) i helse- og omsorgstjenestene også etter korrigering for høyt utgiftsbehov. Høyt innslag av institusjonsomsorg for brukere 80+ år; høy rate for institusjon (brukere og plasser) og lav rate for bolig med heldøgnsomsorg. Lav andel demensplasser. Høyt nivå på årsverk per bruker.
- Høyt nivå på årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

- Andel barn med omsorgstiltak i barnevernet er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Andelen har økt betydelig de siste årene.

6.1.8 Samlet oversikt

Figur 6.1 illustrerer godt de betydelige forskjellene i alderssammensetning i befolkningen i de seks pilotkommunene. Bø skiller seg klart ut med en spesielt "topptung" alderspyramide; færre i alle femårsgrupper under 50 år enn i gruppene 50 til 80 år. Alle pilotkommunene med unntak av Asker har høyere andel i befolkningen 80 år og over enn landsgjennomsnittet.



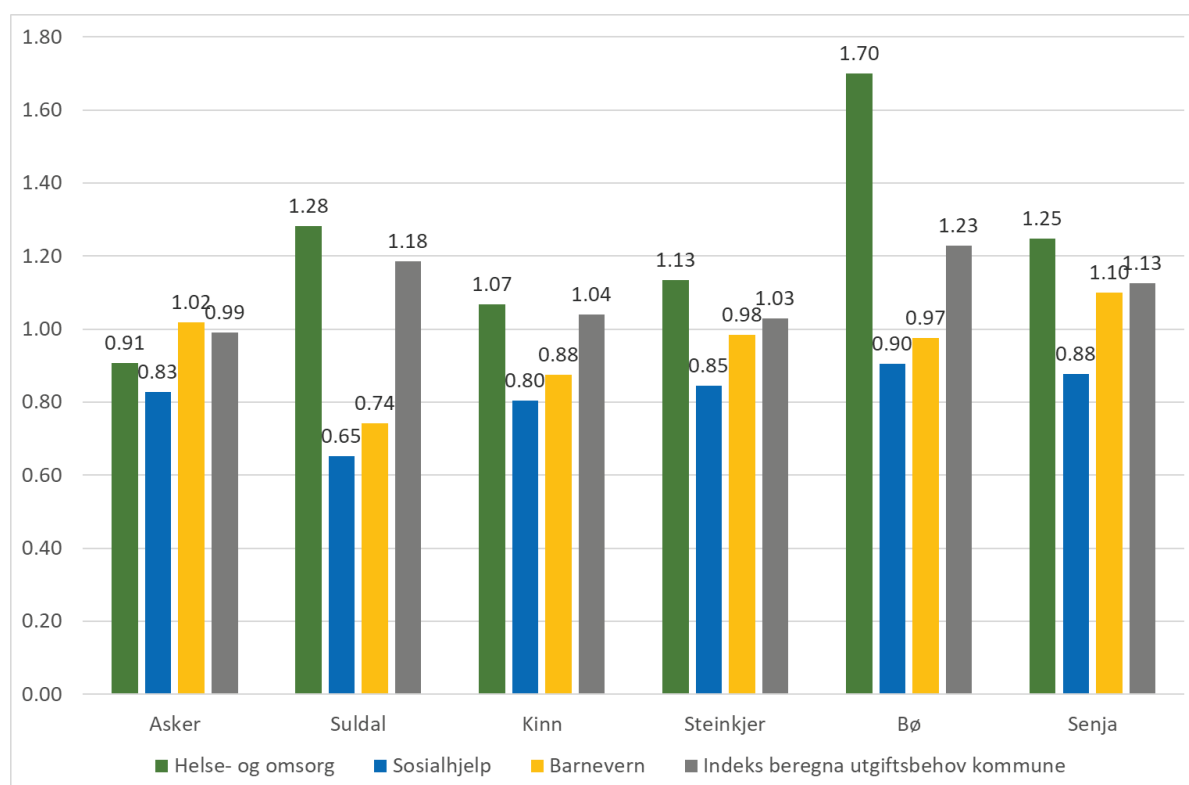
Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå

Figur 6.1 Aldersfordeling per 1. januar 2020.

Pilotkommunene er også veldig forskjellig med hensyn til helserelaterte og sosioøkonomisk forhold. Inntektssystemet for kommunene beregner forventet utgiftsbehov for kommunene basert på et sett kriterier med tilhørende vekt. Denne publiseres i Grønt hefte som er beregningsteknisk dokumentasjon til statsbudsjettet [101]. Den samlede indeksen for utgiftsbehov beregnes på grunnlag av delnøkler for ulike tjenesteområder. Vi har beregnet delindekser for helse og omsorg, sosialhjelp og barnevern basert på publiserte kriteriedata⁴⁵ og delnøkler presentert i høringsnotat Forslag til nytt inntektssystem for kommunene [102], se figur 6.2. Senja, Suldal og i særlig grad Bø har høyt beregnet utgiftsbehov til helse- og omsorgstjenester, mens Asker har lavere beregnet behov enn landsgjennomsnittet. Alle kommunene, og i

⁴⁵ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneekonomi/gront-hefte/id547024/>

særlig grad Suldal, har lavere beregnet utgiftsbehov til sosialtjenester enn landsgjennomsnittet. Kinn, og i særlig grad Suldal, har lavere beregnet utgiftsbehov i barnevernet enn landsgjennomsnittet. Senja ligger over landsgjennomsnittet for barnevern, mens de tre øvrige kommunene ligger nært landsgjennomsnittet. Alderssammensetning utgjør den viktigste delen av beregnet utgiftsbehov i helse og omsorgsindeksen. Høy andel i de eldre aldersgruppene bidrar til høyt beregnet utgiftsbehov i helse og omsorg. Det samme gjør høy andel psykisk utviklingshemmede 16 år og over, ugifte 67 år og over og høy dødelighet. For sosialhjelpsindeksen bidrar høy andel av innbyggere i alderen 16-66 år til økt utgiftsbehov (teller nesten 25 prosent), men $\frac{3}{4}$ er knyttet til andel uføre 18-49 år, flyktninger uten integreringstilskudd, opphøringsindeks⁴⁶ og aleneboende 30-66 år. Innbyggere 0-22 år, barn 0-15 år med enslig forsørger, og personer med lav inntekt, bidrar til høyt beregnet utgiftsbehov innen barnevern. Som det framgår av tabellen nedenfor, som viser et utvalg av indikatorene, er det ikke i alle tilfeller overensstemmelse mellom beregnet utgiftsbehov og nivå på faktiske utgifter og andre relevante indikatorer.



Figur 6.2 Indeks for beregnet utgiftsbehov i Inntektssystemet for kommunene 2020, helse og omsorg, sosialhjelp,

46 Opphøringsindeksen ble utviklet av Borgeutvalget, og er et kriterium sammensatt av antall skilte/separerte, antall arbeidsledige og antall personer med lav inntekt. I opphøringsindeksen multipliseres kriteriene med hverandre, og fanger slik opp at levekårsproblemene virker sammen og forsterker hverandre der de inntreffer samtidig.

Tabell 6.1 Kommunekjennetegn – demografi, helse og omsorg, sosio-økonomi. Avvik fra landsgjennom-snittet¹⁾. Se avsnitt 6.1.1 for detaljer (årstall mv.).

	Asker	Suldal	Kinn	Steinkjer	Bø	Senja
Størrelse (innbyggertall)	Stor (95 000)	Liten (3 800)	Mellomstor (17 200)	Mellomstor (24 350)	Liten (2 570)	Mellomstor (14 850)
Demografi						
Andel barn-unge 0-24 år	+	~	+	~	---	~
Andel eldre 80+	~	+++	++	+++	++++	++
Helse- og omsorg						
Helsetilstand og helserelatert atferd ²⁾	7+/2-	2+	4-	2+/5-	2+/2-	1+/5+
Hjemmetjenester: brukerrater 0-66 år	---	~	++	+	+	~
Hjemmetjenester: brukerrater 67-79 år	---	+	++	+	+	+
Hjemmetjenester: brukerrater 80+ år	---	+	+	++	+	~
Institusjon: brukerrater 80+ år	---	---	--	----	+++	+++
Andel brukere hjemmetjenester (vs. institusjonstjenester) 80+	~	+	+	+	-	-
Andel hjemmetjenester med høy timeinnsats	+++	---	~	+	----	+++
Andel hjemmetjenester med høyt behov	++	---	+	+	---	+
Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid	-	++	--	~	~	+++
Utgiftsbehovsindeks - helse og omsorg ³⁾	-	+++	+	+	+++	++
Utgifter per innbygger	-	+++	++	~	+++	+++
Utgifter per innbygger – korrigert ⁴⁾	~	++	+	-	+	++
Sosio-økonomi						
Oppvekst og levekår ²⁾	9+	5+/2-	4+/2-	1+/4-	6-	7-
Miljø, skader og ulykker ²⁾	7+	5+/2-	3+/3-	4+/3-	3+/2-	1+/5-
Utgiftsbehovsindeks (sosialhjelp) ³⁾	--	---	--	--	-	--
Utgifter sosialsektoren	---	++	+	~	+++	+++
Utgifter sosialsektoren – korrigert ⁴⁾	--	+++	+++	++	++++	+++
Barnevernstiltak (i alt)	--	---	++	+	++	+++
Utgiftsbehovsindeks (barnevern) ³⁾	~	---	--	~	~	+
Utgifter til barnevern	~	~	+	+	~	+
Utgifter til barnevern – korrigert ⁴⁾	-	+++	++	+	~	~

1)

~: (-5 til +5) prosentpoeng fra gjennomsnitt

+: >=5 & <15 prosentpoeng over gjennomsnitt

++: >=15 & <25 prosentpoeng over gjennomsnitt

+++ : >=25 & <100 prosentpoeng over gjennomsnitt

++++: >=100 prosentpoeng over gjennomsnitt

-: <=-5 & >-10 prosentpoeng under gjennomsnitt

--: <=-10 & >-20 prosentpoeng under gjennomsnitt

---: <=-20 & >-50 prosentpoeng under gjennomsnitt

----: <=-50 prosentpoeng under gjennomsnitt

2) Antall variabler med hhv signifikant positivt (+) og negativt (-) avvik fra landsgjennomsnittet i Folkehelseprofilene. Helse og helserelatert atferd 11 mulige, Oppvekst og levekår 9 mulig, Miljø, skader og ulykker ti mulige.

3) Utgiftsbehov beregnet ut fra kriterier i Inntektssystemet for kommunene.

4) Korrigert for utgiftsbehov basert på kriterier i Inntektssystemet for kommunene.

6.2 Datamaterialet

6.2.1 Datainnsamling oppstartsfase (DM1)

Beskrivelsen av pilotens oppstartsfase baserer seg hovedsakelig på seks intervju (fem fokusgrupper og ett individuelt), ett i hver pilotkommune. Disse ble gjennomført på Skype i desember 2018 og januar 2019, og hadde en varighet på omtrent halvannen time. Fra SINTEF deltok tre til fire forskere i hvert intervju.

Vi brukte en semi-strukturert intervjuguide i gjennomføringen av intervjuene for å sikre at alle informantene snakket om alle tema. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, transkribert og analysert av to av forskerne i prosjektet. I presentasjonen av funn (den kvalitative baselinen) går vi gjennom temaene som dannet utgangspunkt for intervjuene kommune for kommune.

I tillegg til disse intervjuene har evaluatør vært observatør ved flere anledninger siden oppstart av evalueringen tidlig høsten 2018. I september 2018 deltok vi på Helsedirektoratets rundreise til pilotkommunene, der evalueringen ble presentert for de ansatte i pilotkommunene for første gang. Vi deltok på oppstartsseminaret på Lillestrøm i oktober 2018, og prosjektledersamling med Helsedirektoratet og prosessveiledere (Sopra Steria og Anne Grete Steinsvåg) i november 2018. I desember 2018, og delvis januar 2019, gjennomførte vi Skype-intervju med alle pilotkommunene, og vi deltok også på prosjektledersamling i mars 2019.

Evaluatør har også hatt tilgang til prosjektets felles mappe i Sharepoint som Helsedirektoratet administrerer. Her har vi blant annet kunnet lese kommunenes søknader om pilotdeltakelse (som forberedelse til intervju) og sett gjennom innlegg som har blitt holdt på samlingene.

6.2.2 Kommunebesøk: datainnsamling vår og høst 2019 (DM2)



Et team bestående av fire forskere (Line Melby, Silje L. Kaspersen, Marian Ådnanes og Kristin Thaulow (brukerintervju i Asker)) besøkte de seks pilotkommunene i løpet av perioden april-september 2019. Avhengig av kommunens beliggenhet (og dermed reisemuligheter) oppholdt forskerne seg to til tre dager i hver kommune.

Vi ble godt tatt imot av pilotprosjektledere/-prosjektgruppe, som la ned stor innsats i å tilrettelegge for et effektivt og hyggelig forskningsopphold i kommunen. Det var en rekke aktører som skulle intervjues i hver kommune, og vi hadde stor nytte av at prosjektlederne på forhånd hadde sørget for å rekruttere informanter til oss. Et par måneder før det første intervjuet skulle finne sted i april 2019, ble det sendt ut e-post fra SINTEF til alle pilotprosjektlederne med en tabell over våre ønskede informantgrupper i intervjuene (se Tabell 6.2). Prosjektlederen kontaktet relevante kolleger med forespørsel om (frivillig) deltakelse i intervju, og tabellen ble utfylt med navn på kontaktpersoner for hvert av intervjuene, og returnert til SINTEF en tid før besøket skulle finne sted.

Figur 6.3 De seks pilotkommunene markert på kartet, slik de framsto i 2019. Fra 1. januar 2020 ble Flora til Kinn kommune og Lenvik til Senja kommune. Illustrasjon: Google Maps.

Tabell 6.2 Forslag til plan for rekruttering av informanter til intervju sendt fra SINTEF til pilotprosjektledere i forkant av forskernes besøk i kommunene.

DAG 1	Tidspunkt	Intervjuform (fokusgruppe (FG) Individuelt (I))	Stilling/tittel/funksjon
	09.00-10.30	FG	Pilot-prosjektgruppe inkl. brukerrepresentanter og IPLOS-ansvarlig (ev. styrings-/arbeidsgruppe i pilot)
	10.30-11.30	FG	Rådmann/kommuneledelse v/helse- og omsorgssjef
	11.30-12.30	FG	Lunsjintervju med fastleger
	13.00-14.30	FG	Koordinerende enhet/tildelingskontor el.l
	14.30-16.00	FG	Enhetsledere innenfor helse i kommunen (alle brukergrupper, eldre/unge)
	16.00-17.00	I	Ev. observere/intervjue fastleger om MedRave
DAG 2			
	09.00-10.30	FG	Kommunale aktører utenom helse (NAV, barnevern, skole etc.)
	10.30-12.00	FG	Intervju med koordinatorene/ledere av ansvarsgrupper og Individuell plan
	12.00-15.00	I	Intervju med brukere x 2-3 forskere — fleksibel når det gjaldt intervju hjemme hos brukeren.
	09.00-15.00	I	En av forskerne kan intervju brukere hele dag 2, med forsterkninger fra de andre etter kl. 12.00

Tjenesteutøvere

Gjennomføring av intervju

Totalt ble det gjennomført 45 intervjuer med til sammen 160 tjenesteutøvere i kommunene, i tillegg kommer ett intervju med prosessveileder for Helsedirektoratet. Tabellen under gir en oversikt over antall intervju og informanter blant tjenesteyterne i den enkelte pilotkommunen. De aller fleste intervjuene ble gjennomført som fokusgruppeintervju med tre til åtte deltakere.

Tabell 6.3 Oversikt over intervju gjennomført blant tjenesteutøvere i pilotkommunene i perioden april til september 2019.

	Antall intervju	Antall informanter i tjenestene
Asker	8	25
Bø	7	19
Flora	7	28
Lenvik	7	28
Steinkjer	9	32
Suldal	7	28
Totalt	45	160

Pilotprosjektlederne som rekrutterte informanter for oss, sørget for god spredning i faglig bakgrunn blant informantene. Av faggrupper som er intervjuet kan nevnes sykepleiere (inkludert spesialiserte som for eksempel kreftsykepleiere og demenssykepleiere), leger, fysioterapeuter, sosionomer, ergoterapeuter, vernepleiere, kliniske barnevernspedagoger, sosiologer, helsesykepleiere, barnehagelærere, rektorer mv.

Analyse av kvalitative intervju

Vi benyttet en semi-strukturert intervjuguide i gjennomføringen av intervjuene for å sikre at alle informantene kom innom alle temaene vi ønsket å belyse. Det ble utviklet egne intervjuguider for intervju med ansatte i helse- og omsorgstjenestene, fastlegene og for intervju med ansatte i andre tjenester enn helse- og omsorgstjenestene (NAV, barnevern, skole etc.). Siden kommunene er forskjellige i sin tilnærming til prosjektet, og informantene har ulik bakgrunn og kunnskap om prosjektet, er det likevel noe variasjon når det gjelder graden av hvordan temaene er dekket opp. Variasjonen i hvilke tema kommunene valgte å snakke mer eller mindre om, kan i seg selv være et uttrykk for hva kommunene er mest opptatt av. Det ble gjort lydopptak av intervjuene som ble transkribert til tekst, og deretter analysert av de samme forskerne som gjennomførte intervjuene. Det ble videre gjennomført tematisk koding og analyse av intervjuene.

Brukerstudien

Se beskrivelse i kapittel 4.1.

6.2.3 Intervju med pilotprosjektledelsen, tredje kvartal 2020 (DM3)

I slutten av oktober og begynnelsen av november 2020 intervjuet vi prosjektledelsen i alle de seks pilotkommunene. I to av kommunene intervjuet vi kun prosjektleder, i fire av kommunene hadde prosjektleder med seg én til to fra pilotprosjektgruppen i kommunen. Det deltok tre forskere fra SINTEF i intervjuene, som ble gjennomført via Teams.

Vi tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide, men lot også prosjektlederne snakke om det de var mest opptatt av. Det ble gjort lydopptak av intervjuene og de ble deretter transkribert til tekst. Transkripsjonene ble kodet tematisk, og det ble skrevet en oppsummering under hvert tema for hver av kommunene.

6.2.4 Spørreundersøkelse rettet mot koordinatorene, ledere og oppfølgingsteammedlemmer (DM4)

Målet med undersøkelsen var å kartlegge kompetanse om, og erfaringer med, oppfølgings-team/ansvarsgrupper i de seks pilotkommunene. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Sentio Research Norge som sto for den praktiske gjennomføringen. Datainnsamlingen ble gjort nettbasert og deltakerne fikk tilsendt e-post med personlig pålogging. E-poster til mulige respondenter blant koordinatorene, ledere til koordinatorene og medlemmer av oppfølgingsteam eller ansvarsgrupper (eller lignende), ble innhentet i to steg. Først fikk vi lister med e-postadresser til koordinatorene fra prosjektlederne for piloten. Det ble gjennomført en minisurvey blant disse 278 koordinatorene, for å kunne samle inn e-postadresser til medlemmer av teamene de koordinerte, samt koordinatorens nærmeste leder. Dette resulterte i 549 e-postadresser, og av disse var 146 koordinatorene, 324 teammedlemmer og 79 ledere. Disse fikk så tilsendt invitasjon til å delta i hovedundersøkelsen. 38 av de 549 som ble meldt inn, var ikke i målgruppen og ble tatt ut. Undersøkelsen pågikk i tidsrommet 14. januar til 24. februar 2021. Det ble gjennomført to purrerunder i perioden.

Undersøkelsen inneholder noen spørsmål som kun ble stilt til hver av de tre målgruppene, noen overlappende spørsmål for koordinatorene og teammedlemmer og noen som alle besvarte, herunder påstander om endringer i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov de siste par årene samt ulike bakgrunnsspørsmål.

I tillegg til å samle inn bakgrunnsinformasjon om respondentene (alder, utdanning, yrkesstatus/stilling, ansettelseskommune) inneholdt undersøkelsen følgende tema:

- Brukergrupper/målgrupper for oppfølgingsteamene.
- Prosess med å etablere koordinator og team.
- Vurdering av koordinatorrollen (muligheter for å reservere seg fra koordinatorrollen, hva man liker mest og minst ved rollen mv.).
- Lederes vurdering av rekruttering av koordinatore og lederes involvering i oppfølging av enkelbrukere.
- Kompetanse og opplæring fra både koordinator og team-perspektivet.
- Kjennetegn ved team som fungerer godt og dårlig.
- Overordnede vurderinger av endringer i kommunenes arbeid med brukergruppen.

6.2.5 Intervju med fastleger i alle pilotkommunene (DM5)

Fastlegene har en sentral rolle i piloten, og våren 2021 gjorde vi intervju med fastleger i de seks pilotkommunene. I mars fikk vi tilsendt lister over fastleger knyttet til pilotprosjektet fra prosjektlederne i piloten, og vi startet arbeidet med rekruttering av informanter. Vi ønsket å intervju minst to fastleger i hver pilotkommune, og da fortrinnsvis én av fastlegene vi intervjuet da vi besøkte kommunene i 2019, og én fastlege vi ikke hadde intervjuet tidligere. På grunn av pandemien og generelt høyt arbeidspress blant fastlegene, tok det litt tid å rekruttere informanter, men i tidsrommet mars til juni 2021 gjennomførte vi Teams-intervju med 11 fastleger i pilotkommunene. Ni av intervjuene var individuelle intervju med én fastlege, mens det i ett av intervjuene deltok to fastleger. To forskere deltok på gjennomføring av alle intervjuene, og de samme forskerne gjorde en tematisk analyse av intervjuene. Hvert intervju varte mellom 30 og 60 minutter, ble ledet av én forsker, mens den andre forskeren tok notater. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, men de ble ikke transkribert.

Vi tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide, der temaene handlet om fastlegens kjennskap til, og eventuell involvering i, selve pilotprosjektet, identifisering av brukere til oppfølgingsteam, konkrete erfaringer fastlegene hadde med å delta i oppfølgingsteam, samt spørsmål om ulike brukergrupper og samhandling rundt disse (herunder individuell plan).

6.2.6 Intervju med brukere og pårørende i 2021 (DM6)

Se beskrivelse i kapittel 4.1.

6.2.7 Intervju med pilotprosjektledelsen, tredje kvartal 2020 (DM7)

I oktober og november 2021 intervjuet vi prosjektledelsen i alle de seks pilotkommunene. I to av kommunene intervjuet vi kun prosjektleder, i fire av kommunene hadde prosjektleder med seg en eller flere fra pilotprosjektgruppen i kommunen. Det deltok tre forskere (to i ett av intervjuene) fra SINTEF i intervjuene, som ble gjennomført via Teams.

Vi tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide, men lot også prosjektlederne snakke om det de var mest opptatt av. Fem av seks intervju ble tatt opp og transkribert til tekst. Under ett intervju oppsto det tekniske problemer og her ble det tatt notater underveis.

6.3 Resultater fra spørreundersøkelse blant koordinatorene, ledere og oppfølgings- teamdeltakere

Prosedyre for datainnsamling i spørreundersøkelsen er presentert i kapittel 6.2.4. I dette vedleggskapitlet presenteres resultatene fra undersøkelsen som pågikk i første kvartal 2021. Undersøkelsen inkluderer koordinatorene og teammedlemmer også for team som ble oppnevnt før piloten, eller som ikke er etablert som del av piloten. Benevnelsen ansvarsgruppe ble brukt før piloten. Respondentene i undersøkelsen er alle med i team "person med store sammensatte behov" ledet av en koordinator (identifisert av prosjektlederne i pilotkommunene) eller er leder for en av koordinatorene. Av anonymitetshensyn vil alle svar bli presentert samlet for de seks pilotkommunene.

Oppsummert viser resultatene fra undersøkelsen:

- 2/3 av teammedlemmene som deltok i spørreundersøkelsen hadde lite eller ingen kjennskap til piloten, dette gjaldt også mer enn 1/3 av koordinatorene. Lederne var i stor grad kjent med piloten.
- Eldre er lite representert som brukergruppe for oppfølgingsteam/ansvarsgruppe.
- Funksjonsnedsettelse, utviklingshemming og psykisk helse/rus/psykososiale utfordringer, er de tre største gruppene av helseutfordringer som er oppgitt for brukere med oppfølgingsteam/ansvarsgruppe.
- Det er vanlig å være teammedlem for mange personer.
- Det er også vanlig å være koordinator for flere, 30 prosent av koordinatorene er koordinator for tre til fem personer, og 15 prosent oppgir at de er koordinatorene for seks eller flere.
- Det er mest vanlig å bli oppnevnt som koordinator av koordinerende enhet eller tildelingsenhet i kommunen. Det er også ofte de som etablerer teamet, men like vanlig er det at koordinator selv etablerer teamet.
- Mange ledere er i noen eller stor grad involvert i spørsmål omkring ressursbruk og ansvarsfordeling mellom ulike tjenesteområder for enkeltbrukere. Mange tar også på seg koordinatorrollen enten i helt spesielle situasjoner, av og til eller ofte.
- Blant lederne som deltok i undersøkelsen var det like mange som opplevde at det ikke er store utfordringer med å rekruttere koordinatorene som at det er vanskelig (rundt 30 prosent). Mest vanlig er det at det av og til er utfordrende å rekruttere koordinator.
- Det å samarbeide med andre, å få oversikt over hele situasjonen til brukeren, å bidra til brukermedvirkning og myndiggjøring av brukeren og å hjelpe brukeren og pårørende, er forhold som koordinatorene likte best ved rollen. Selvutvikling, og at det er en naturlig del av jobben, ble også framhevet.
- I de tilfellene respondenten har sagt nei til å være koordinator når de har blitt spurt, eller har ønsket å reservere seg, så oppgis at de ikke var den rette til å være koordinator som vanligste årsaken. Mangel på tid, utfordringer med samarbeid, møteledelse, ikke gode nok verktøy, uklarheter med hensyn til koordinatorrollen og usikkerhet i rollen, mangel på opplæring, personlig egnethet, rolleblanding og plassering av koordinatorrollen, trekkes fram i fritekst (åpne spørsmål) som faktorer som koordinatorene liker minst ved rollen. Et mindretall mener at de i stor grad har tilstrekkelig tid og opplæring til å være koordinatorene.
- Et klart flertall av koordinatorene synes stort sett at det er greit å være koordinator. Tre av ti koordinatorene så helst at de slapp å være koordinatorene, veldig få oppgir at de er veldig ukomfortable med rollen.



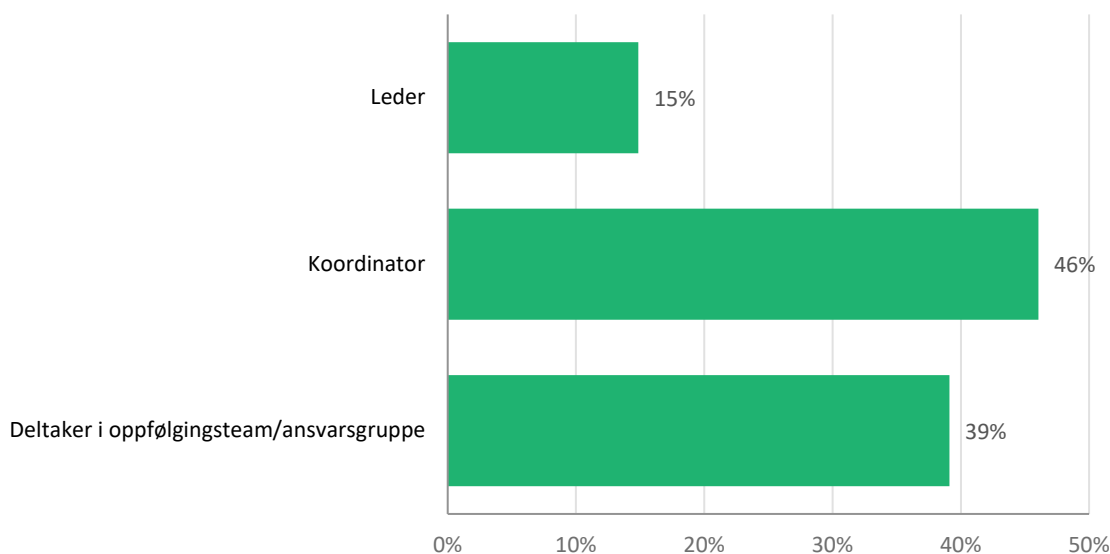
- De vanligste kompetansehevende tiltakene som koordinatorene har gjennomgått er ulike informasjonsmøter og kurs knyttet til oppfølgingsteam, individuell plan, koordinatrorolle, tverrfaglig samarbeid og brukerperspektiv. Kurs i møteledelse og veiledning fra andre erfarne koordinatører er blant tiltak som etterspørres.
- Teamdeltakere har i mindre grad enn koordinatører gjennomgått ulike kompetansehevende tiltak.
- Svarene til koordinatorene og teamdeltagerne stemmer i stor grad overens med det lederne oftest svarer, og er de tiltakene de fleste av medarbeiderne har fått tilbud om.
- Rundt 80 prosent av koordinatorene og teammedlemmene er med i (minst ett) team som de synes fungerer godt. De to faktorene som respondentene har rangert høyest som viktigste årsaker til at teamene fungerer godt er "Sammensetning av teamet svarer godt til brukerens behov" og "Vi anerkjenner hverandres kompetanse". I de fleste tilfellene av team som vurderes å fungere godt er fastlegen involvert, enten ved at fastlegen konsulteres ved behov, eller deltar på møter ved behov eller på regelmessig basis.
- En fjerdedel av koordinatorene og mer enn en av tre teamdeltakere er med i (minst ett) team som de erfarer ikke fungerer godt med tanke på brukerens behov. De to faktorene som respondentene har rangert høyest som viktigste årsaker til at teamene fungerer dårlig er "Det er ikke en felles forståelse av (ikke tydelig avklarte) roller, forventinger og oppgaver" og "Det er ikke en felles forståelse av verdier og mål (for eksempel med tanke på brukervedvirkning)". Nesten halvparten av teamdeltakerne som hadde erfaring med team som fungerte dårlig, svarte at fastlegen i liten grad var aktiv part i arbeidet rundt bruken, selv om det hadde vært bruk for det.
- Ikke uventet vurderer lederne utviklingen de siste tre årene i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov positivt enn de to andre respondentgruppene, mens koordinatorene var mer positive enn teamdeltakerne. Det er i stor grad enighet mellom de tre gruppene basert på hvilke områder det er mest og minst endring. Alle tre gruppene har disse påstandene blant de som de i størst grad er enig i: "Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt", "Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere", "Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/ koordinator/ oppfølgingsteam" og "Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre". Påstander som får minst støtte blant alle tre gruppene er "Oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på". Men de tre gruppene er også relativt samstemt med å plassere følgende påstand langt ned på listen over påstander de er enig i: "Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)". Koordinatorene og teamdeltakerne har også disse blant de fem nederste på listen: "Opplæring av koordinatører fungerer bedre" og "Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter".

6.3.1 Svarprosent og fordeling av respondenter på målgruppe

Spørreskjema ble sendt ut til 549 personer i de seks pilotkommunene. 38 personer ga tilbakemelding om at de ikke var i målgruppen og disse ble tatt ut. Det var i tillegg sju personer som begynte å svare på det nettbaserte spørreskjemaet, men som stoppet utfyllingen når de kom til spørsmål om rolle. Dette tyder på at de ikke var i målgruppen og disse ble tatt ut i presentasjonen av resultater. Korrigert antall i målgruppen som fikk skjema blir da 511. Av disse fikk vi svar fra 202 personer, som gir en responsrate på 40 prosent (Tabell 6.4). Svarprosenten varierer fra 62 prosent blant koordinatorene, 47 prosent blant lederne til 27 prosent blant teammedlemmer. Vi har derfor flest svar, i absolutte tall, fra koordinatører. Noen kan ha flere roller, men ved utfylling av dette skjemaet ble de som hadde flere roller bedt om å velge leder hvis de var leder, eller koordinator hvis de hadde denne rollen. Det gir en marginal endret fordeling samlet sett, fem flere i kategorien koordinator og fem færre i kategorien ledere.

Tabell 6.4 Svarprosent.

Rolle registrert før utsendelse av skjema					Oppgitt rolle ved utfylling av skjema		
	Utsendt	Korrigert	Antall svar	Svarprosent	Koordinator	Deltaker	Leder
Koordinator	146	141	88	62 %	78	9	1
Teamdeltaker	324	295	79	27 %	10	66	3
Leder	79	75	35	47 %	5	4	26
Total	549	511	202	40 %	93	79	30


Figur 6.4 Fordeling av respondenter på målgruppe.

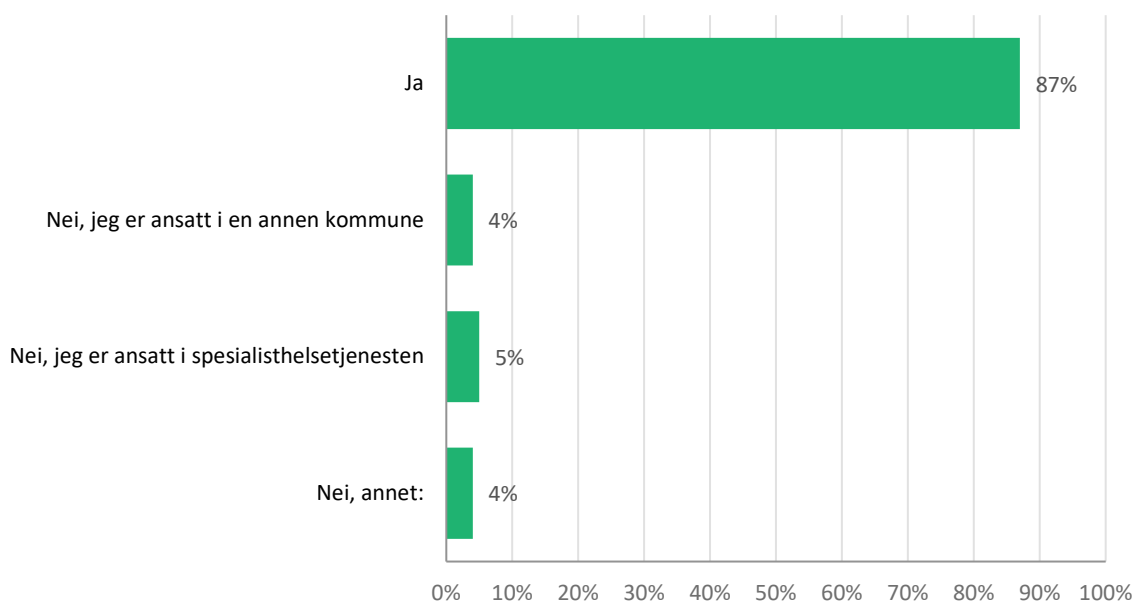
6.3.2 Bakgrunnsinformasjon

Av de som svarte var 87 prosent ansatt i pilotkommunen, noen få var ansatt i spesialisthelsetjenesten (Figur 6.5). De fleste respondentene var i alderen 35-49 år og 50-64 år. Koordinatorene var typisk noe yngre enn de øvrige deltakerne i team, mens lederne typisk var eldre enn respondenter fra de to andre gruppene (Figur 6.6). De fleste har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå, bare seks prosent var på lavere nivå. Tre av fire koordinatorene har høyskole- eller universitetsutdanning på lavere grad, mens om lag halvparten blant team-medlemmene hadde samme utdanningsnivå (Figur 6.7). I sistnevnte gruppe var det flere med utdanning både på høyere nivå og på lavere nivå. Når det gjelder yrkesstatus oppga mange kategorien "Annet", hele 37 prosent blant teamdeltakere og 33 prosent blant lederne og 15 prosent blant koordinatorene. Vi ba de som krysset av for "annet" spesifisere tittel, og det er mange som kunne blitt plassert i de spesifiserte kategoriene. Nesten halvparten av "annet"-kategorien hadde ulike stillinger i oppvekstsektoren, mange hadde ulike stillinger innen rusfeltet og miljøarbeid, rådgivning og veiledning, noen oppgir at de har lederstilling (noen i helse-/omsorgstjenesten, men de fleste uten angivelse av sted), mens noen få har oppgitt en spesifisert helsefaglig stilling. Blant koordinatorene er den største kategorien sykepleier (23 prosent) etterfulgt av vernepleier (18 prosent) og helsesykepleier (13 prosent). Mens det er hele 33 prosent av lederne som oppgir å være sykepleier, er det en stor spredning blant de spesifiserte kategoriene blant teamdeltakere med andeler for en gitt kategori fra 11 prosent (lærer) og nedover.

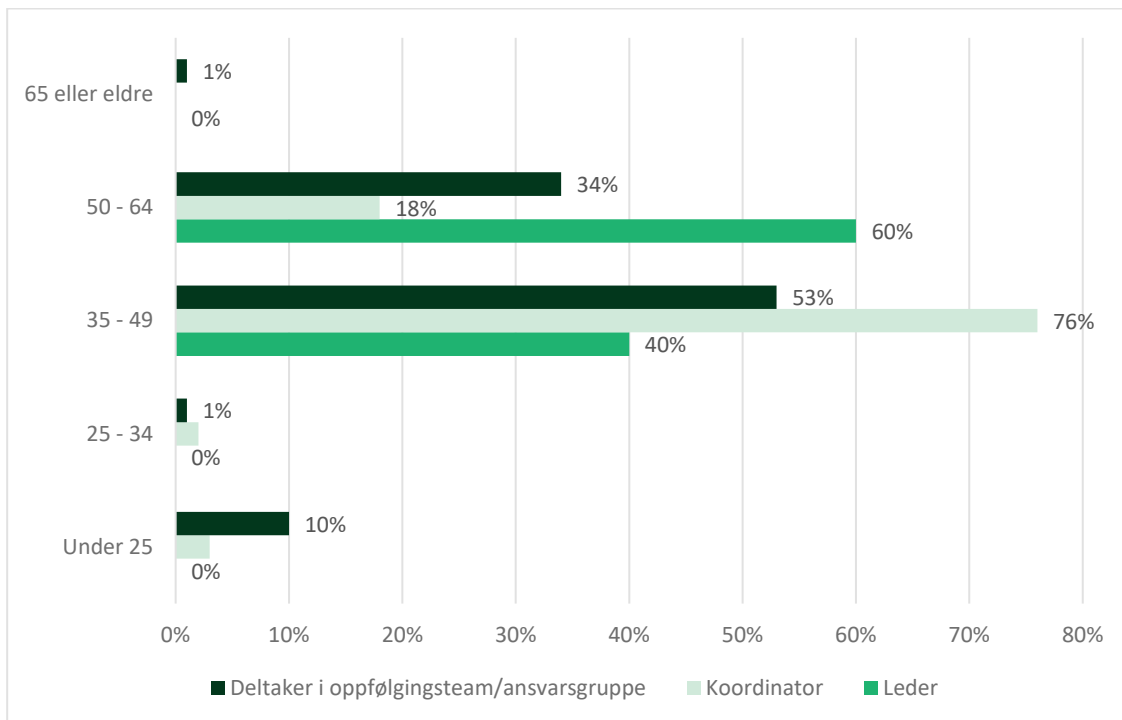
Vi spurte videre om hvor godt de kjente til pilotprosjektet. En femtedel oppga at de var godt kjent med prosjektet, ytterligere 36 prosent svarte at de var noe kjent med prosjektet, 23 prosent var litt kjent med prosjektet, mens for 21 prosent var prosjektet ukjent. Pilotprosjektet var best kjent blant lederne og minst blant teammedlemmer.

Av lederne er det 20 som har krysset av for at de er leder innenfor helse og/eller omsorg, seks som har krysset oppvekst (barnehage, skole, PPT). I tillegg kommer tre som har krysset for annet-kategorien, av disse har en oppgitt "Barn og familie, forebygging og habilitering", en "Helsestasjon" og en "NAV".

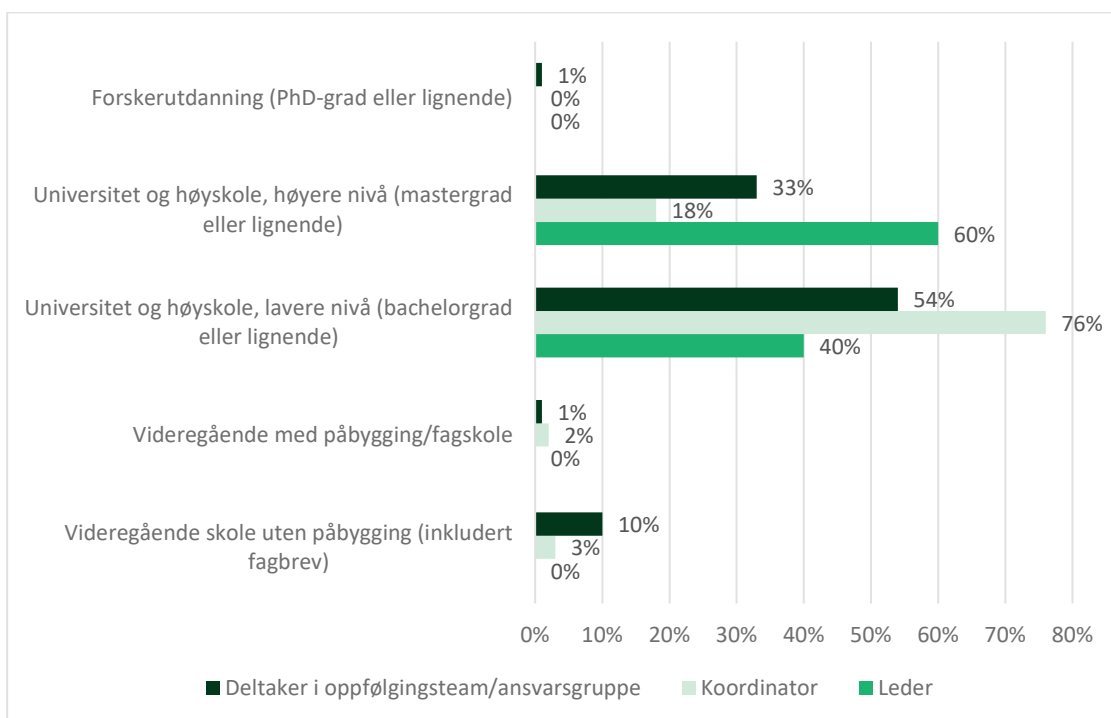
Av de 24 lederne som har oppgitt hvor mange de er leder for, oppgir 25 prosent færre enn 30, 42 prosent 30-50 og 33 prosent 50 eller flere.



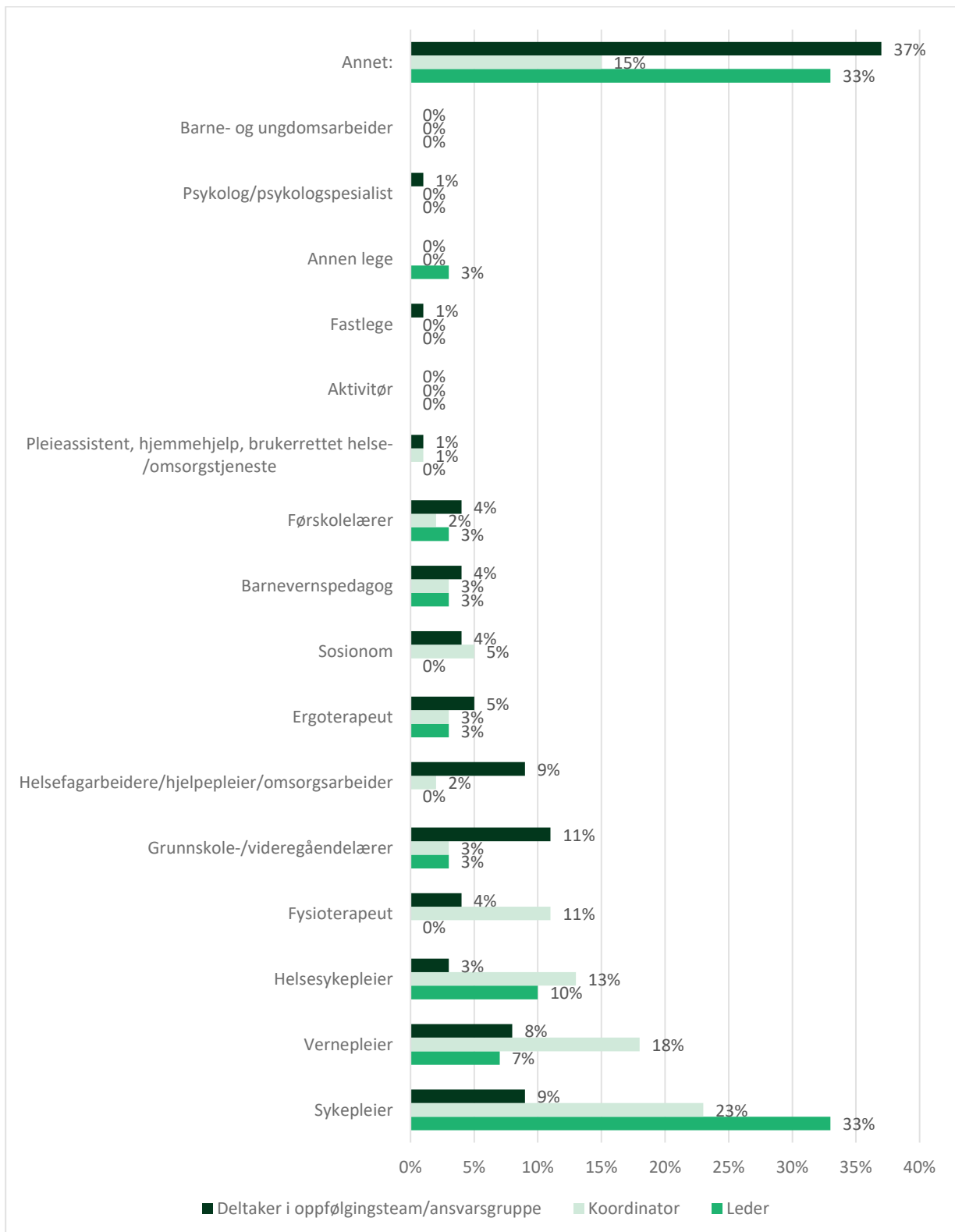
Figur 6.5 Ansatt i pilotkommune? Prosent.



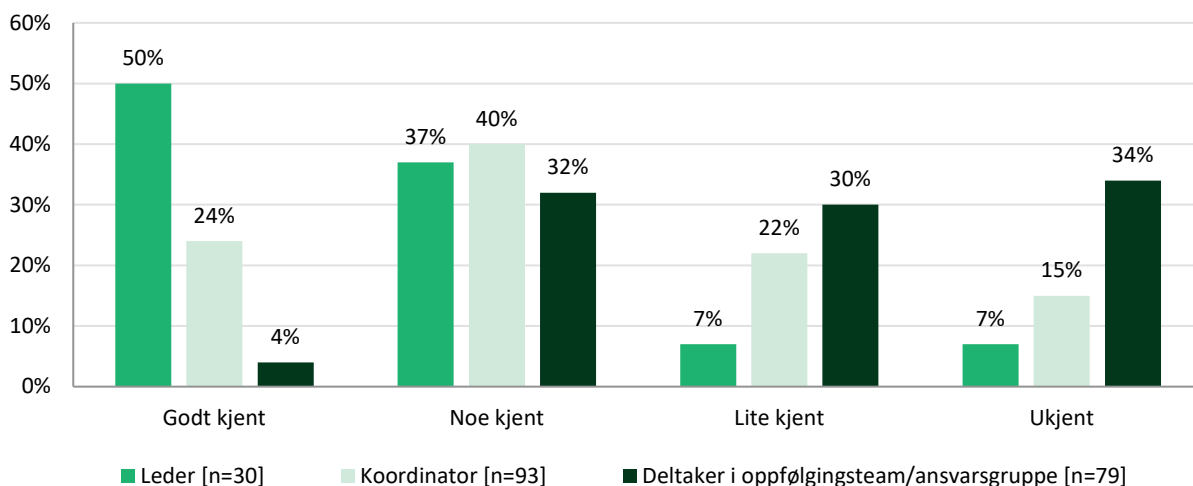
Figur 6.6 Alder. Prosent av alle i gruppe.



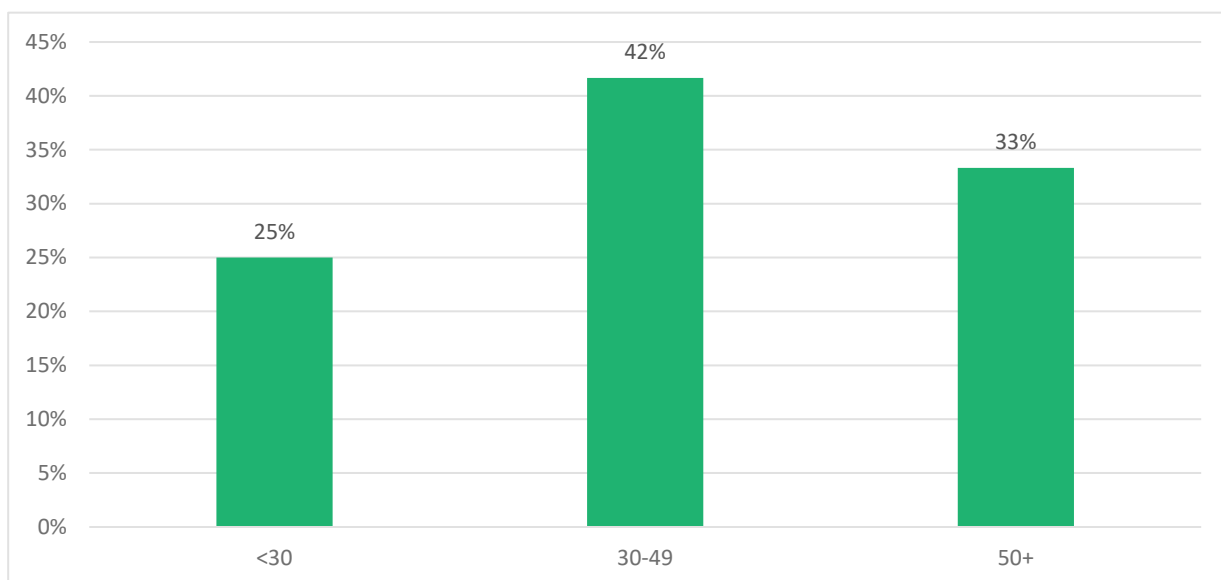
Figur 6.7 Høyeste fullførte utdanning. Prosent av alle i gruppe.



Figur 6.8 Yrkesstatus. Prosent av alle i gruppe.



Figur 6.9 Hvor godt kjenner de pilotprosjektet? Prosent av alle i gruppe.



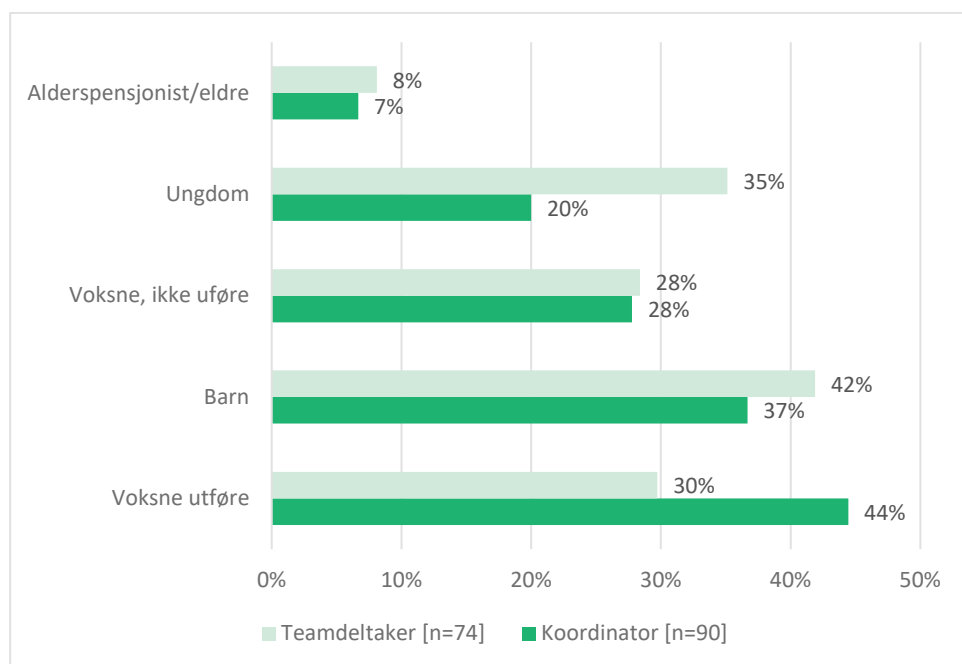
Figur 6.10 Hvor mange ansatte (antall personer) er du leder for? Prosent [n=24].

6.3.3 Brukergrupper

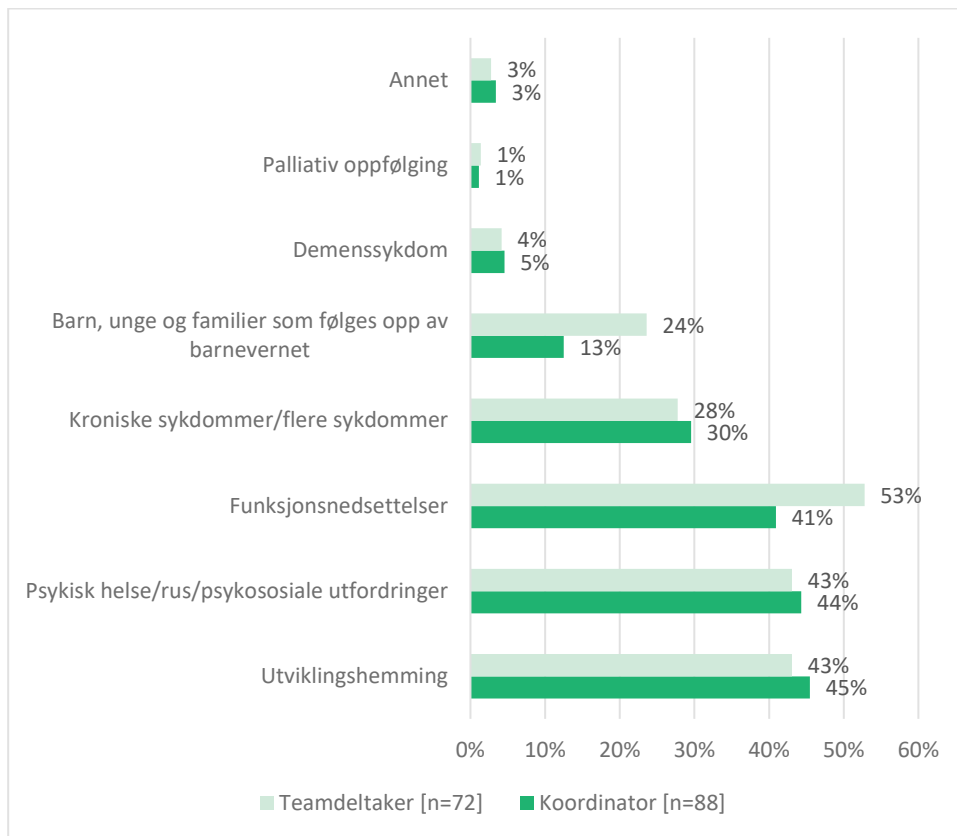
Vi spurte koordinatorene og teammedlemmene om hvilke brukergrupper de er henholdsvis koordinator eller teamdeltaker for (Figur 6.11). Her kunne de krysse av for flere grupper. Den hyppigst nevnte gruppen blant koordinatorene er voksne uføre (44 prosent). Denne gruppen var det kun 30 prosent av teamdeltakere som krysset av for. Barn er den hyppigst nevnte brukergruppen blant teamdeltakere (42 prosent). Dette var også en hyppig nevnt gruppe blant koordinatorene (37 prosent). Det er en større andel av respondentene blant teamdeltakerne som er med i team for ungdom (35 prosent) enn blant koordinatorene (20 prosent). Det er få, færre enn ti prosent både blant koordinatorene og teammedlemmene, som har krysset for alderspensjonist/eldre person. At det er en høyere andel ungdommer, og færre voksne uføre oppgitt som brukergruppe blant teamdeltakere enn koordinatorene, kan skyldes at personer som er deltaker i team for ungdom har vært mer tilbøyelig til å delta i undersøkelsen enn de som er teamdeltakere for voksne uføre, eller at det generelt er større team blant ungdom enn blant voksne uføre.

Vi spurte også om hvilke helseutfordringer brukerne har (Figur 6.12). De tre største brukergruppene som rapporteres av koordinatorene er personer med utviklingshemming (45 prosent), personer med psykisk helse/rus/psykososiale utfordringer (44 prosent) og funksjonsnedsettelse (41 prosent). Blant teamdeltakerne svarer mer enn halvparten at de er med i team for brukere med funksjonsnedsettelse. Det er også en høyere andel som har krysset for gruppen barn, unge og familier som følges opp av barnevernet blant teammedlemmer enn blant koordinatorene (24 prosent versus 13 prosent).

11 prosent (av de 87 som har besvart spørsmålet) er koordinator for personer med flerkulturell bakgrunn.



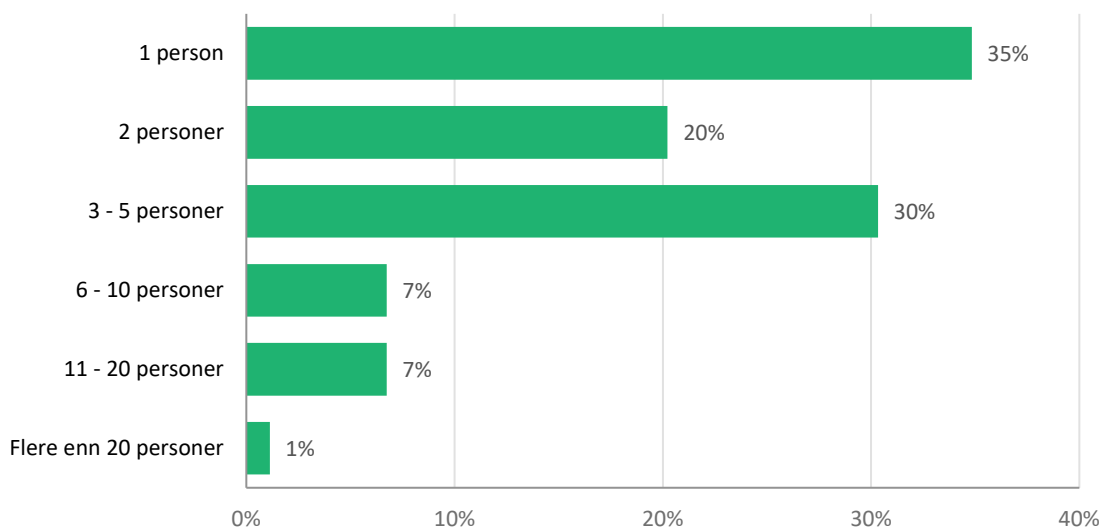
Figur 6.11 Brukergrupper. Prosent av alle i gruppe.



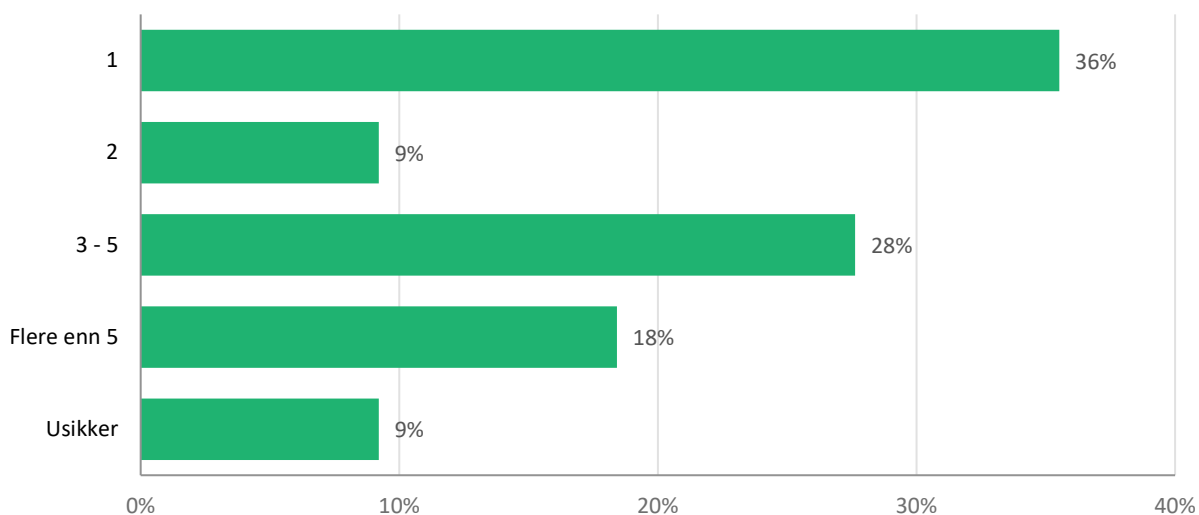
Figur 6.12 Helseutfordringer. Prosent av alle i gruppe.

6.3.4 Hvor mange brukere er respondentene koordinator/teammedlem for?

Det er en relativ lik fordeling i antall team blant koordinatorene (Figur 6.13) og teammedlemmene (Figur 6.14). Det er mest vanlig å være koordinator eller teamdeltaker for én person (litt mer enn 1/3) eller tre til fem personer (rundt 30 prosent). Den største forskjellen mellom teamdeltakere og koordinatorene er at det er en mindre andel teamdeltakere som svarer at de er med i to team (9 prosent versus 20 prosent) og at ni prosent svarer at de er usikre på hvor mange team de er medlem av. Noen er koordinator for veldig mange brukere, åtte prosent av koordinatorene har mer enn ti personer de er koordinator for.



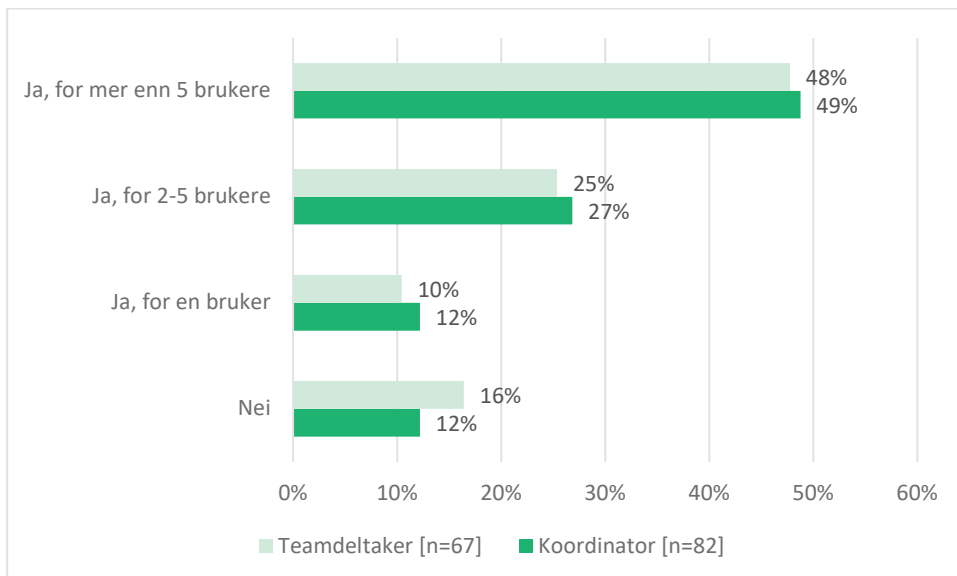
Figur 6.13 Hvor mange personer er du koordinator for i øyeblikket? Prosent. [n= 89].



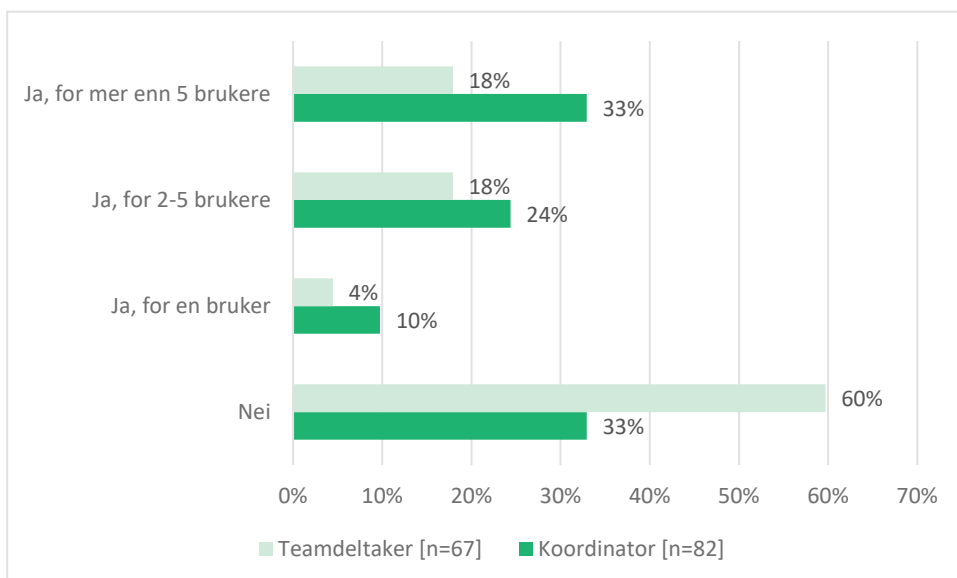
Figur 6.14 Hvor mange oppfølgingsteam/ansvarsgrupper er du medlem av per i dag? Prosent. [n= 76].

6.3.5 Hvor mange brukere har respondentene vært koordinator/teammedlem for tidligere?

Det er relativ lik fordeling mellom koordinatorne og teamdeltakerne på om, og hvor mange, team de har vært medlemmer av tidligere (Figur 6.15). Om lag halvparten har vært med i team for mer enn fem brukere tidligere. Det er relativt få som ikke har tidligere erfaring som teamdeltaker, henholdsvis 12 prosent blant nåværende teamdeltakere og 16 prosent blant nåværende koordinatorer. Mens 33 prosent av nåværende koordinatorer ikke har vært koordinator tidligere, gjelder det 60 prosent av nåværende teammedlemmer (Figur 6.16).



Figur 6.15 Har du deltatt i oppfølgingsteam/ansvarsgruppe tidligere? Prosent av alle i gruppe.



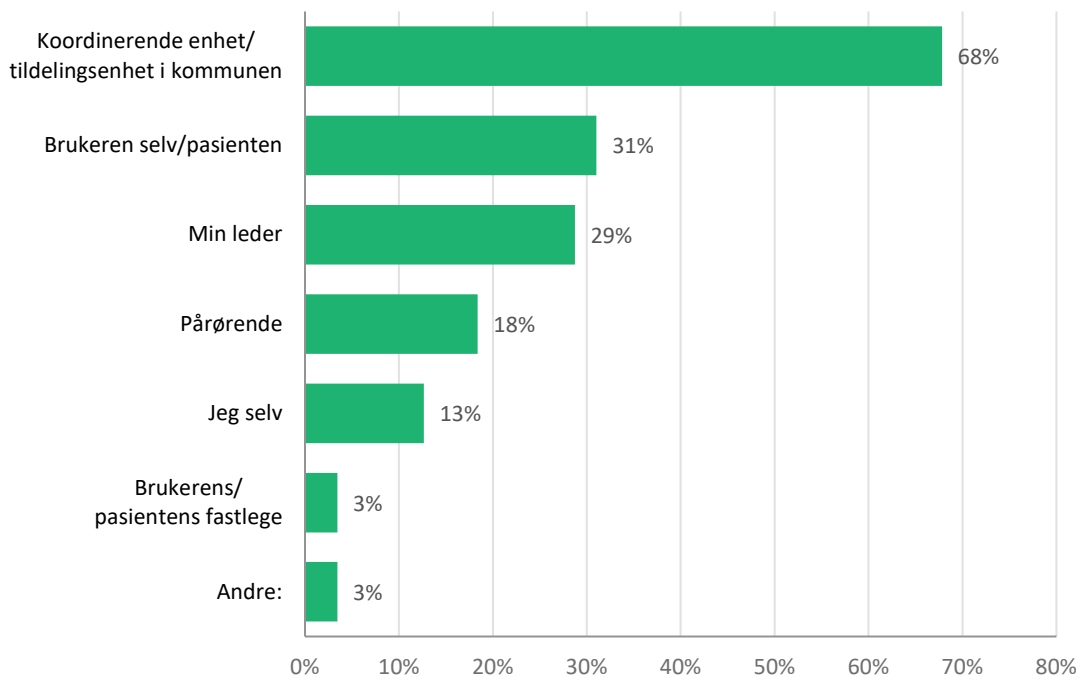
Figur 6.16 Har du vært koordinator tidligere? Prosent av alle i gruppe.

6.3.6 Prosess med å etablere koordinator og team

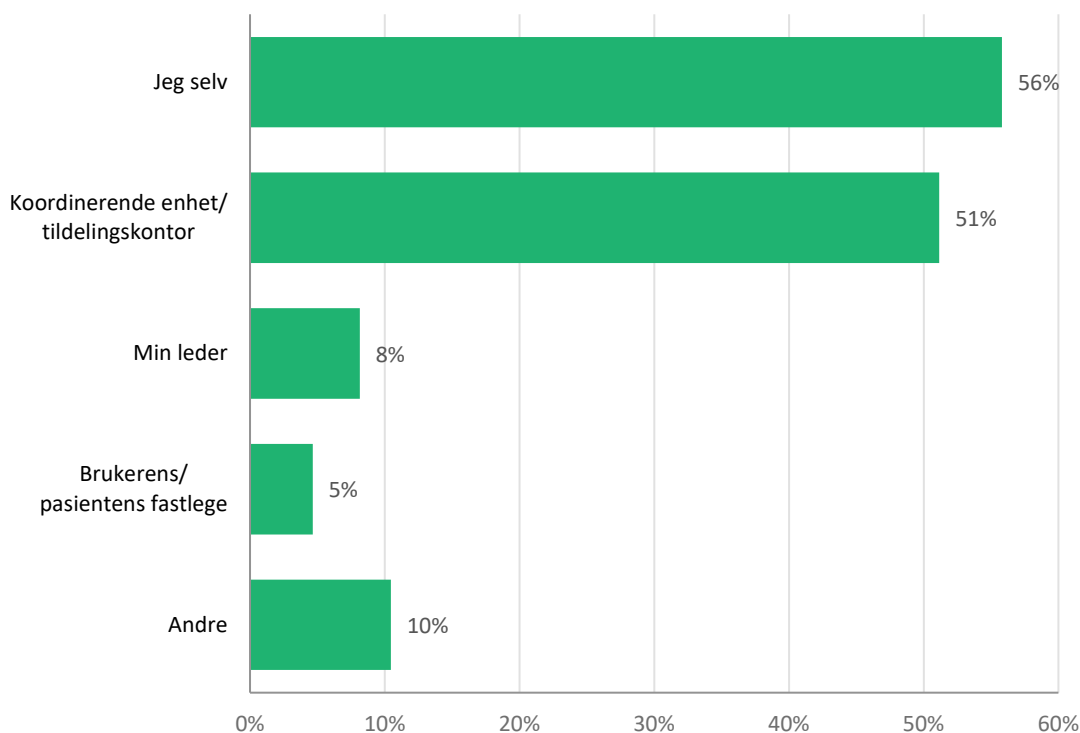
Vi stilte koordinatorerne spørsmål om prosessen rundt oppnevning av koordinator og etablering av teamet. Siden samme person ofte er koordinator for flere brukere, kan respondenten ha svart på flere svarkategorier.

Det ser ut som det er mest vanlig å bli oppnevnt som koordinator fra koordinerende enhet eller tildelingsenhet i kommunen (Figur 6.17). Nesten 70 prosent oppgir dette. Videre oppgir rundt 31 prosent av koordinatorerne at brukeren selv foreslo vedkommende som koordinator. Om lag like mange (29 prosent) oppgir at de ble foreslått av sin leder.

Videre ser det ut til at det er vanlig at koordinatoren selv etablerer teamet (Figur 6.18). Dette oppgis av 56 av koordinatorene. Over halvparten (51 prosent) oppgir at teamet ble oppnevnt av koordinerende enhet eller tildelingskontor.



Figur 6.17 Hvem oppnevnte (foreslo) deg som koordinator? Prosent. [n= 87].

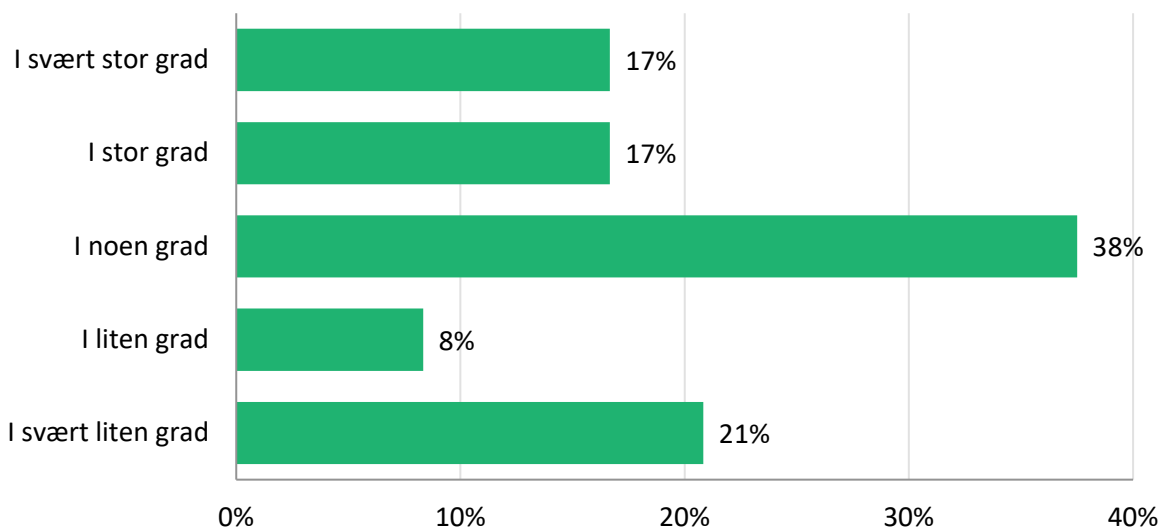


Figur 6.18 Hvem etablerte oppfølgingsteamet/ansvarsgruppen? Prosent. [n= 86].

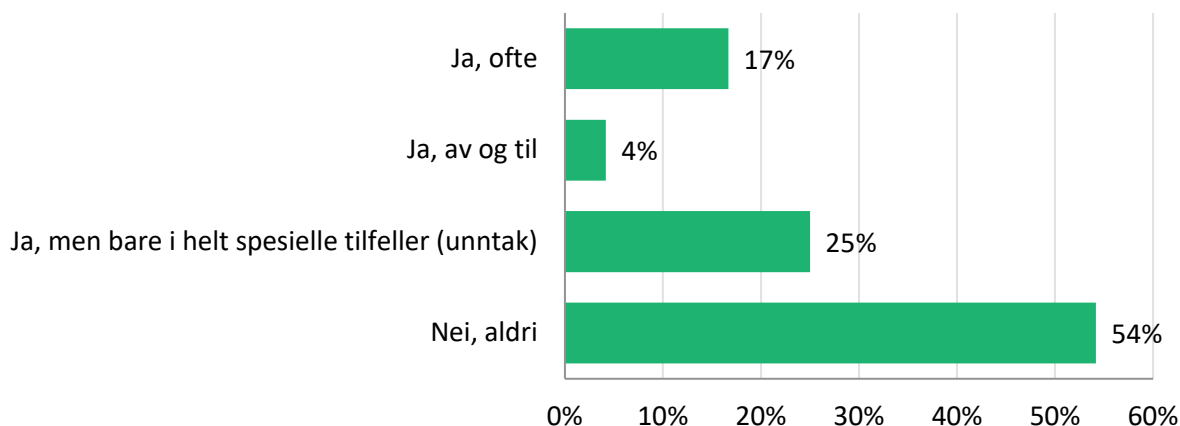
6.3.7 Leder involvering i arbeid med enkeltbrukere

En tredjedel av lederne svarer at de i stor, eller svært stor grad, er involvert i spørsmål omkring ressursbruk og ansvarfordeling mellom ulike tjenesteområder når det gjelder enkeltbrukere (Figur 6.19). Hver femte er i svært liten grad involvert i dette.

Det er kun et fåtall av lederne som ofte, eller av og til, tar på seg oppgave som koordinator eller teamdeltaker. Halvparten gjør aldri dette, og ¼ gjør det unntaksvis, helst i spesielle tilfeller (Figur 6.20).



Figur 6.19 I hvilken grad er du involvert i spørsmål omkring ressursbruk og ansvarfordeling mellom ulike tjenesteområder når det gjelder enkeltbrukere? Prosent. [n= 24]. Ledere.



Figur 6.20 Tar du på deg oppgave som koordinator eller deltaker i oppfølgingsteam/ansvarsgruppe? Prosent. [n= 24]. Ledere.

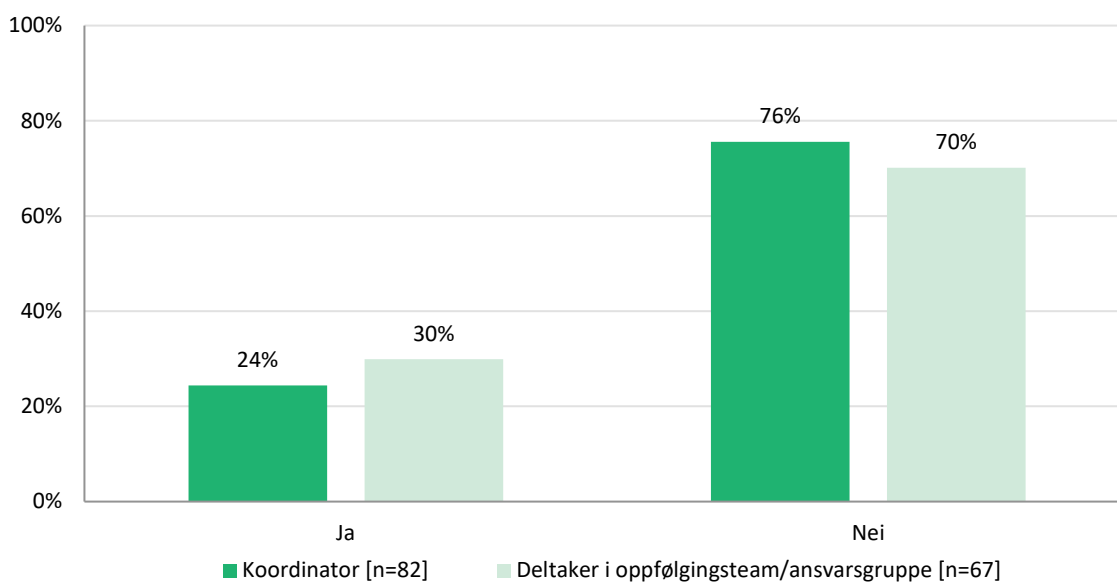
6.3.8 Hvordan vurderes koordinatorrollen?

Vi ønsket også å få vurderinger av attraktiviteten av å være koordinator, om de noen gang har reservert seg med hensyn til denne rollen og i så fall hvorfor, eller om de har ønsket å reservere seg og i så fall hvorfor. Vi spurte videre om hva koordinatorene liker best og minst med rollen.

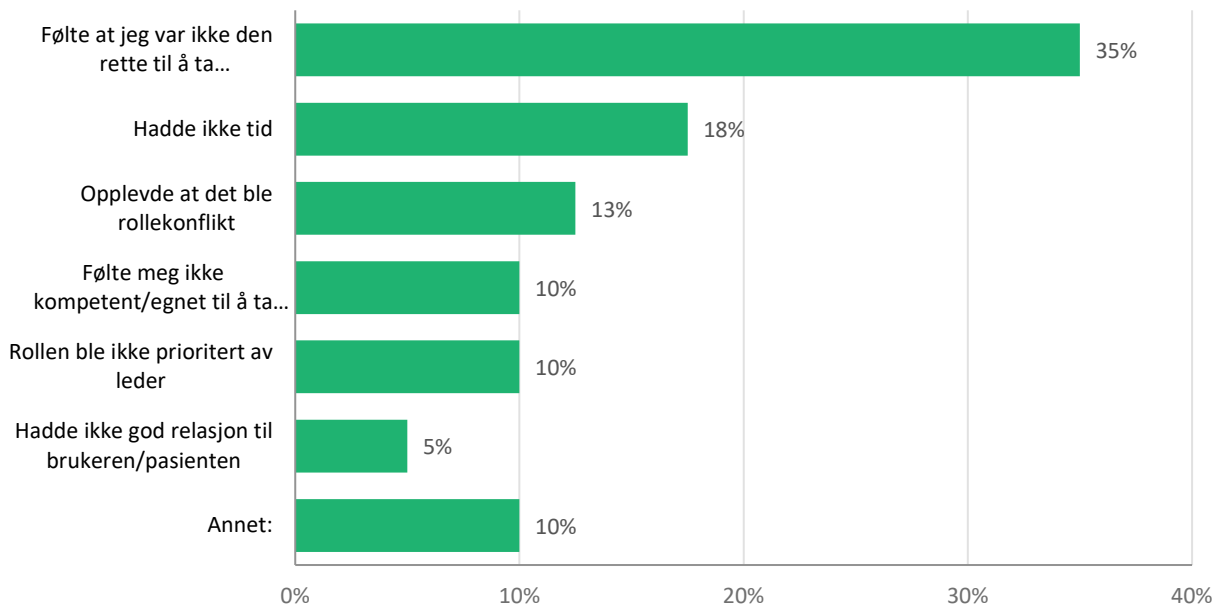
6.3.8.1 Har de noen gang reservert seg mot å være koordinator eller har ønsket å reservere seg?

24 prosent av koordinatorerne og 30 prosent av teamdeltakerne har sagt nei til å være koordinator når de har blitt spurt (Figur 6.21). Flest (35 prosent) oppga som årsak at de ikke var den rette til å være koordinator, at det var andre som var bedre egnet (Figur 6.22). Nest viktigste årsak til å si nei var tidsmangel (18 prosent). Kun ti prosent oppga som årsak at de ikke følte seg kompetent. Samme andel oppga at rollen ikke ble prioritert av leder.

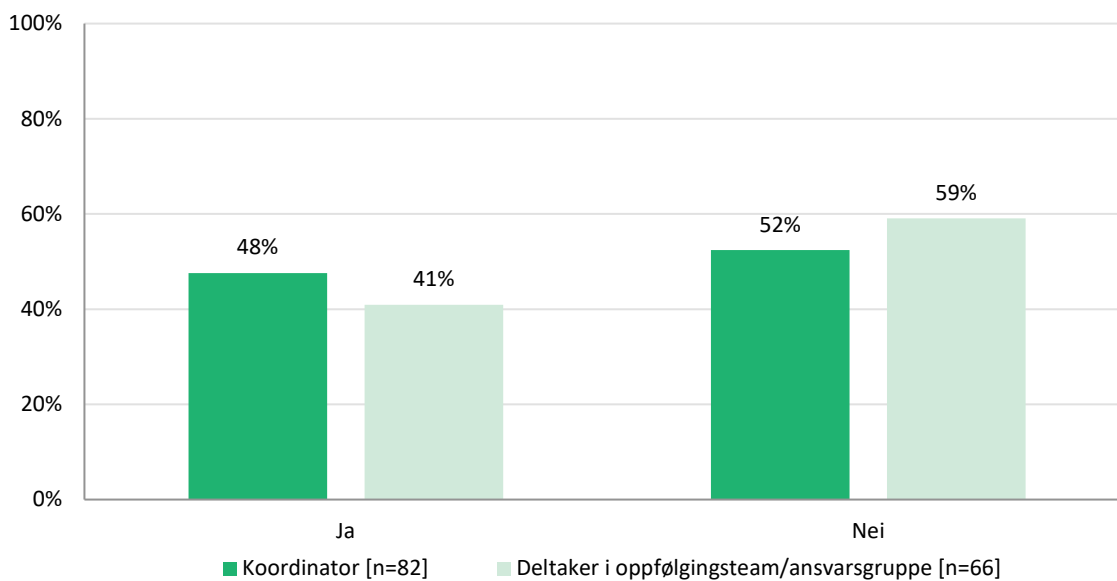
På spørsmål om de noen gang ønsket å reservere seg, svarer nesten halvparten av koordinatorerne, og i overkant av 40 prosent av teamdeltakerne, bekreftende (Figur 6.23Figur 6.21). Igjen var den vanligste årsaken at de ikke var den rette til å være koordinator, at det var andre som var bedre egnet (27 prosent), men nesten like mange oppga manglende kompetanse (spesielt blant teamdeltagere) og manglende tid (26 prosent) (Figur 6.24).



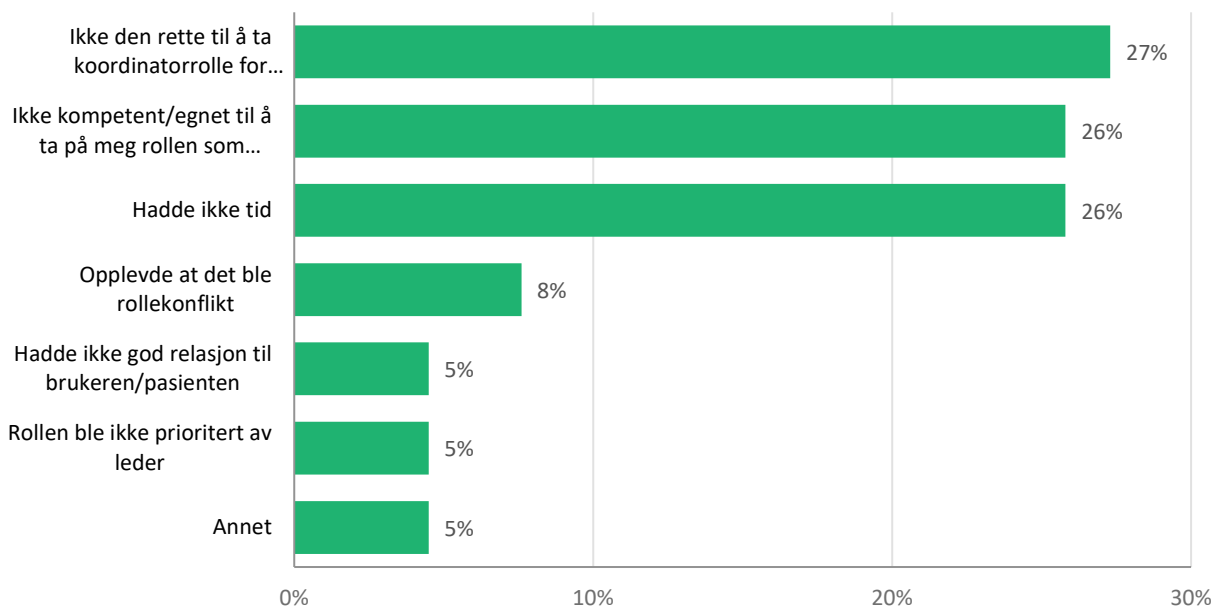
Figur 6.21 Har du noen gang sagt nei til å være koordinator når du har blitt spurt om det? Prosent av alle i gruppe.



Figur 6.22 Hva var viktigste årsak til å reservere seg? Prosent. Begge grupper [n= 40].



Figur 6.23 Har du noen gang ønsket at du kunne reservere deg mot å være koordinator? Prosent av alle i gruppe.



Figur 6.24 Hva var viktigste årsak (til at du ønsket å reservere deg)? Prosent. Begge grupper [n= 66].

6.3.9 Hvordan vurderer koordinatører rollen sin alt i alt?

Koordinatorerne ble bedt å vurdere rollen som koordinator og flertallet er enten svært komfortabel med rollen (17 prosent) eller synes det stort sett er greit å være koordinator (49 prosent) (Figur 6.25). Ganske mange (30 prosent) så helst at de slapp. Det er få som er veldig ukomfortabel med å ha denne rollen (fire prosent).



Figur 6.25 Alt i alt i hvordan vurderer du rollen som koordinator? Prosent. [n= 82].

6.3.9.1 Hva liker koordinatørene best ved rollen?

Koordinatorerne ble også gitt anledning til å skrive i fritekst hva de liker mest og minst med å være koordinator. Hyppig nevnte tema på plussiden er oppsummert i boksen nedenfor.



- Samarbeidet med andre tjenester, teamopplevelse.
- Få oversikt over hele situasjonen til brukeren.
- Bidra til brukermedvirkning og myndiggjøring.
- Hjelp brukeren og de pårørende.
- Selvutviklende.
- Naturlig del av jobben.

På plussiden ble det å ha oversikt, både over brukers behov og ulike involverte instanser, samt å jobbe målrettet, helhetlig og tverrfaglig nevnt av mange.

"Samarbeid med bruker og foresatte, samt samarbeid med ulike instanser til beste for bruker. Bli enda bedre kjent med tjenestene og personene som innehar ulik kompetanse og hvordan vi sammen blir gode."

"Får ein god oversikt og kjennskap til brukaren, hans/hennar behov og interesser som må og bør ivareta, betre oversikt på kven som er involverte kring brukar og kva som er viktig for han/ho."

"Får god oversikt over, og innblikk i den helhetlige situasjonen til bruker. Hjelper meg til å tenke utover individnivået."

"Har oversikt over arbeidsplassen til enhver tid. Møter alle involverte rundt beboerne og får være delaktig i planarbeid m.m."

"Kontakten med foreldrene, lytte, det tverrfaglig samarbeidet med andre faggrupper, "dra i samme retning", komme i mål med saker og videre!"

Mange trakk fram det å være tett på bruker og familiene, å planlegge, skape oversikt og struktur sammen med bruker og familie, hjelpe og støtte bruker og familie, og bidra til best mulig oppfølging av deres behov. Å bidra til brukermedvirkning og myndiggjøring ("empowerment") av bruker ble også trukkes spesifikt fram av enkelte.

"Det å ha mulighet til å være en kontaktperson for barn/ungdom med foreldre. Bidra til at de slipper å føle at de står så alene. Kan avlaste foreldre med å ta den ene telefonen de har gruet seg til. Samarbeide med foreldre og barnet/ungdommen. Være deres støttespiller."

"Det å kunne hjelpe brukeren med å få gode løsninger i hverdagen. Trygge overgangene, så det å ta skritt videre i livet blir noe brukeren ser fram til og føler mestring ved."

"Man får mulighet å påvirke pasientens hverdag til det bedre."

"Å vera den næraste rådgjevaren til pasienten/brukaren i hjelpeapparatet, som då har oversyn over alle tiltak, og dermed kan passa på at brukaren heile tida får den hjelpa han/ho har krav på og at det i tillegg er progresjon i tiltaka."

"Samarbeidet med bruker i forkant av ansvarsgruppemøte for å bestemme saker, hvem hva hvor? Se i ettertid hva bruker har bestemt på egenhånd, for eksempel få en mer aktiv og meningsfull hverdag. Bistå bruker med å finne ut av hvem i kommunen som kan bistå med ulike utfordringer."

"Å sikre brukermedvirkning. Som ergoterapeut vi har stort fokus i utdanning for å legg vekt til bruker sitt perspektiv og at alt skal være basert ut ifra brukeren sine mål. På den måten synes jeg at jeg kan bruke den delen av min kompetanse i koordinatorrollen."

Noen framhever at det er faglig spennende og lærerikt å være koordinator, mens andre pekte på at det generelt sett er en naturlig del av rollen sin. Noen trakk fram at de liker å koordinere, ha generelt ansvar og kontroll over arbeidet.

"Faglig spennende å få følge bruker tverrfaglig".

"Det er en naturlig del av min rolle som vernepleier og fagkoordinator i et bofelleskap å være koordinator for beboere med individuell plan og oppfølging av ansvarsgrupper."

"Jeg trives med å trekke i tråder, samle teamet gjennom elektronisk individuell plan i visma Flyt samspill og sikre at tjenestene er helhetlig om bruker sine behov, ønsker og mål. (Hva som er viktig for bruker)"

"Oversikt, struktur, delegering av oppgaver og kontroll på om det blir gjennomført."

"Muligheten til å se helheten og hjelpe til med å finne løsninger. Liker også å lede tverrfaglige møter."

Noen skrev litt mer utfyllende om hva de likte best med å være koordinator og oppsummerer godt det generelle bildet:

"Svært meningsfullt å kunne bidra til at sårbare mennesker og deira pårørende får oppleve grundigare samtalar, kartlegging, meir koordinerte og målretta tiltak. Oppleve at dei, til trass for svært krevjande livssituasjonar, finn rom for ro, større tryggleik, oversikt, oppnår betre kjensle av å bli sett, forstått og gitt nødvendig plass til seg og sine utfordringar, håp og mål. Nesten like viktig i arbeidet er det å oppleve at eksisterande tenestene, kollegaer, opplever større mening, motivasjon, pågangsmot og felles innsikt. Det gir mening å bidra til auka trivsel på arbeidsplassane, større oppleving av felles innsats, tette fallgruver/«håll» i samarbeidet".

"Det å få følge opp brukaren og gjere det ein kan for at den skal ha ein best mogleg livskvalitet ut fra sine forutsetningar. Det er spennande og følge med på kva andre i oppfølgingsteamet kjem fram til og kva vi kan gjere i samarbeid for å oppnå dette. Pårørende/verge er ein resurs som er viktig å ta med i prosessen, dei kjenner og brukaren si livshistorie. Brukarane eg er koordinator for er "svakt"-fungerende og det er viktig at dei får medvirke til det dei kan, og at ikkje vi bare kjører på. Så å evaluere undervegs og sjå på reaksjonene deira er for meg viktig. Då det er gjennom observasjon ein har best mulighet for å sjå om dette fungerer eller ikkje".

6.3.9.2 Hva liker koordinatorene minst ved rollen?

Viktige tema som ble trukket fram som det koordinatorene liker minst ved rollen er oppsummert i boksen nedenfor.

- Tidspress og manglende allokering av tid.
- Utfordringer med samarbeid.
- Ikke gode nok verktøy.
- Utilstrekkelighet og usikkerhet i rollen.
- Møteledelse.
- Mangler opplæring.
- Personlig egnethet.
- Uavklart rolle.
- Rolleblanding.
- Plassering av koordinatorrollen.

Tidspress og manglende allokering av tid til å være koordinator er den enkeltårsaken som oftest oppgis som det man minst liker ved å være koordinator. Mange opplever at koordinatoroppgaver tar tid og at de har for lite tid til å gjøre en god jobb.

"Tidkrevende å gjøre en god jobb."

"Tid, trenger mere tid."

"For mykje tidspress, for lite avsett tid til rollen."

"Ikke har nok tid til å gjøre arbeidet ordentlig. Alle oppgaver kommer i tillegg til den ordinære stillingen."

"For å kunne gjera ein god jobb som koordinator må det vera sett av tid nok til å fylle rolla si. Det kan av og til vera utfordrande når det ofte skal gjerast innimellom andre faste arbeidsoppgåver ein har."

"Det eg likar minst er at det ofte vert jobba overtid som følge av ein ikkje har avsett tid til koordinatorarbeid. Eg synes også det er svært utfordrande med brukarsakar som har mange tenester involvert (6-7 tenester)."

Noen få knytter tidspress opp mot manglende prioritering fra leder.

"Jeg opplever at det ikke er satt av tid til å koordinere, og at arbeidet i liten grad verdsettes av arbeidsgiver. Tvert imot får jeg beskjed om at koordinatorarbeidet ikke skal gå ut over mine oppgaver knyttet til skolen jeg jobber på."

Noen nevner bekymringen for at dette kan gå utover kvalitet i arbeidet og rettigheter til bruker.

"Tidsbruken. Følelsen av utilstrekkelighet når en får oppgaver fordi man er koordinator, men føler ikke man har kompetanse til å gjøre denne oppgaven. Ansvarer som ligger i å hjelpe familier som ikke på egen hånd klarer/har mulighet til å finne frem i mylderet av lovverk og rettigheter. Redselen for at en familie går glipp av viktig hjelp/støtte fordi jeg som koordinator ikke kan nok. Koordinator rollen kommer oppå alle andre oppgaver man gjør det ikke ofte nok til å bli skikkelig god på det."

"Koordinatorarbeid kan til tider ta mye tid og det er tid som da fjernes fra pasientbehandling jeg kunne gjort som fysioterapeut. "

Tak på maks antall brukere nevnes som tiltak mot tidspress:

"Det burde være et maks antall brukere man kan være koordinator for i en 100 % stilling uten at det er avsatt tid til det."

Andre nevner tidspress i sammenheng med at det uklarhet om forventninger til rollen.

"Tida det tek for å skrive planar og følgje opp punkta, synes også det er vanskeleg å vite kva som er forventa av meg (av både brukar, pårørande og andre involverte i oppfølgingsteamet). Kor mykje skal ein ta på seg som koordinator? Kva kan ein kreve av brukar sjølv i å ordne? Det bør vera ein betre "mal" på kva oppgåver som ligg til koordinatoren, og kva som brukar sjølv skal halde fast på av "oppgåver". ELels må meir fastsett tid vera bestemt til koordinator-arb. slik at ein veit at då og då skal ein jobbe med dette arbeidet."

"Det er mykje uklart ift korleis ein skal utføre rolla si som koordinator. Mykje opp til meg sjølv.. Det er ikkje sett av tid til dette arbeidet foreløpig. Dermed skal det puttast inn i ein travel kvardag med

andre oppgaver. Mykje kjensle av dårleg samvit for at ein ikkje har gjort det ein har lova osv. I ny turnus har eg fått kontordagar kor eg kan sette av tid. Det er bra!"

"Liker minst følelsen av utilstrekkelighet. Følelsen av at "mer burde blitt gjort". Forvirrer ofte kordinator rollen, med å være pådriver og den som har alt ansvar."

Avsatt tid til refleksjon og kulturbygging i teamet nevnes som et tiltak for å lette ansvaret som ligger på kordinator:

Liker minst: Å ha så stort ansvar i enkeltsaker, og tidvis oppleve stor einsemd i rolla. «Alle» reknar med at du fikser jobben, men dei fleste ser ikkje alt arbeidet som ligg bak arbeidet med å bygge trygge relasjonar til pasient, pårørande og samarbeidende helsepersonell, andre instansar. Dette tek kløkt, planlegging, stor evne til fleksibilitet. Tidvis vert det «umogleg» å gå heim fordi viktig informasjon og planar for komande timar og døgn må dokumenterast for samarbeidende instansar, for å sikre at ting vert rett forstått og gjennomført/ fulgt opp. Forslag: Legge tilrette for felles, tverrfagleg refleksjon kring eigne roller og arbeidsoppgaver. Jevnlige møtepunkt der vi kan reflektere over kva som (sidan forrige møte) har gått bra (i samarbeidet, evt i enkeltsaker), mindre bra og kanskje kva som har gått gale. Tid til å øve opp ein felles kultur for å dele erfaringar, vurderingar, innsikt, haldningar og ferdigheter. Kompetansebygging. Styrke innsikta i at pasientarbeidet er eit felles prosjekt, der alle har ansvar for samhandling og nødvendig informasjonsflyt (også tilbake til kordinator). (Pr no er det i størst grad tilfeldigheter, og ekstremt vanskelegesituasjonar, som styrer om ein klarer å finne tid for dette)

Utfordringer rundt samarbeidet ble også nevnt av mange som faktor som gjør kordinatorrollen mindre attraktiv. Dette dreier seg om manglende engasjement, manglende samarbeid og manglende bruk av verktøy blant samarbeidspartnere, og det å måtte "kontrollere" og følge opp andre.

""oppdragarrolla" på andre tilsette som har vondt i viljen for å bidra. Burde vært unødvendig. Eg meiner det skulle vært lovpålagt for alle tenester som yter tenester til målgruppa (barnehage, skole, bvt, ppt, etc) å være kordinatorar, - ikkje bare delta i samarbeid."

"Purre opp og vente på svar fra andre virksomheter."

"Å følge opp/ kontrollere de andre fagpersonene i gruppen."

"Få med alle de andre i ansvarsgruppa."

"Når instanser "hiver" ansvar over på andre og en må gå inn i dialoger i forhold til dette."

"Kan være vanskelig av og til med tverrfaglig samarbeid, særlig når det gjelder skolen."

Det vises til manglende forankring som en årsak:

"Vanskeleg samhandling med enkelte aktørar, som manglande tilbakemelding eller oppfølging av planlagde tiltak. Bør forankrast betre i organisasjonen på alle nivå."

Utfordringene er også knyttet til verktøy for samarbeid, herunder individuell plan og digitalt verktøy (SamPro):

"Det er varierende korleis samarbeidspartnere i helseføretak og fastleger forholder seg til individuell plan, og til dømes til Sampro. Ønsker at dei blir meir samkjørte på si tilnærming og haldning".

"Jeg tenker at det hadde fungert best med faglige og interesserte personer som har dette som ansvarsområde. Det kan fort bli dårlig samvittighet for at en ikke greier å ivareta funksjonen godt nok. Det å lære opp foreldre til bruk av Sampro som et godt felles verktøy for alle som jobber rundt barna krever tid. Ser at det ofte ikke fungerer slik det er tenkt med god informasjonsflyt og planarbeid i takt med barnets utvikling. Vanskelig at alle får eierskap til planen."

"Jeg har problemer med Sampro. Det er mange ulike fagsystemer som blir brukt av deltagerne i teamet. Det oppleves som om det er bare jeg som bruker det som verktøy. Bedre oppfølging av superbrukere av Sampro."

"Vanskelig å få enkelte pårørende og andre i tverrfaglig team til å bruke og følge opp individuell plan i Sampro."

Utfordringer med SamPro knyttes også til type brukergrupper:

"Sampro, for innviklet for min pasientgruppe. Lite engasjement fra andre. Lede møter, innkalle til møter. Har altfor mange systemer og planer så det blir mye dobbeltdokumentasjon."

"Digitale verktøy fungerer dårlig for mennesker med aktiv rusavhengighet og marginale livsbetingelser. Ønsker at det var mer rom for bruk av skriftlig IP på papir."

"Vi er pålagt å bruke SAMPRO, noe som erfaringsmessig ikke er et godt verktøy for vår brukergruppe med hovedvekt på rus. Noe av årsaken er krav til teknisk utstyr og internett. Brukerne ser heller ikke nytteverdien i verktøyet. Man får ikke utnyttet potensialet til verktøyet når det blir lite/ikke brukt av spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre relevante samarbeidspartnere."

Flere nevner også tiltak for å bedre på utfordring med samarbeid og verktøyet:

"Dårleg løysing for sjølve planen: må få til noko nettbasert som lettar kommunikasjonen."

"Obligatoriske kurs for alle deltakere i tverrfaglig samarbeidsteam hvor de får opplæring og beskrevet forventninger til deltakelse. Det kan også jobbes med holdninger fra instanser som har mange dataprogrammer å forholde seg til (eks. skoler som også har egne skoleprogrammer) da de ofte synes det er uheldig å ha "enda ett" program å skulle bruke. Det kan også jobbes frem tydelige retningslinjer for hvordan de ulike programmene (journalprogrammer, skoleprogrammer, IOP osv) og individuell plan kan utfylle og harmonisere med hverandre. Kompetanse, opplæring, tid og støtte."

"Det burde vore på plass ein betre teknisk utgåve av IP (som me i grunnen er lova i mange år). Den tekniske løysinga må vera enkel. Planen må kunne endrast av alle impliserte heile tida der det også må vera ein kommunikasjonskanal/meldingskanal mellom alle aktørane i planen. Då vil utvilsamt arbeidet rundt pasienten bli meir levande og betre (dersom alle følgjer opp sjølvsagt)"

"Bedre elektronisk verktøy.eks:stafettlogg".

"Digitale verktøy fungerer dårlig for mennesker med aktiv rusavhengighet og marginale livsbetingelser. Ønsker at det var mer rom for bruk av skriftlig IP på papir."

Møteledelse er også et tema som kommer opp på den negative siden av koordinatorrollen:

"Møteledelse"

"Lede store møter. Skrive individuell plan."

"Møteleiing / vanskeleg å kome vekk frå "gamle tradisjonar": Forsøker å få endre fokus på møtene, dvs frå detaljnivå ("status pr idag" der alle involverte skal fortelje i detalj kva som har skjedd sidan sist) til å handle om dei store linjene. Vanskeleg å endre ein lang tradisjon med detalj-møter, kunne tenkt meg meier "dra-hjelp " i høve dette. koordinerende enhet har forsøkt å kalle inn til møter med møteleiing som tema, men endar med avlysing grunna for få påmelde."

Møteledelse kobles også til personlig egnethet:

"Jeg er ingen god møteleder noe jeg opplever at har veldig stor betydning for hvordan et oppfølgingsteam fungerer. En person må ha ledelsen og der gjør ikke jeg en god figur. Dette tror jeg både handler om opplæring, men også personlige egenskaper. Uavhengig av opplæring, så tror ikke jeg at alle vil kunne fylle koordinatorrollen på en slik måten barn/ungdom/voksne og pårørende fortjener."

Flere peker på behov for bedre opplæring og kunnskap både når det gjelder møteledelse og andre sider av koordinatorrollen. Manglende opplæring og kunnskap knyttes til usikkerhet i rollen som koordinator:

"Møteledelse er krevende. Møtedeltakerne har svært ulik bakgrunn og erfaring i f.t. oppfølgingsteam og IP og kjenner ikke/følger ikke alltid "spillereglene". For å bedre dette trengs kurs og veiledning i møteledelse for koordinatører. Også viktig at alle som sitter i et oppfølgingsteam får jevnlig kunnskapspåfyll om arbeidsmodellen."

"Skulle gjerne hatt kurs og god opplæring."

"I utfordrende tematikk/dilemmaer skulle jeg ønske at jeg hadde mer "verktøy" i jobben for å gi brukeren et bedre tilbud/tjeneste etter behovet til brukeren."

"Roller er ny for meg og skulle gjerne ha hatt mer opplæring knyttet til rollen. Erfarer at kartleggingsverktøyet vi skal prøve ut fungerer dårlig for gruppen jeg arbeider med."

"Pårørendesamtaler - skulle gjerne ha hatt kursing i det"

Usikkerhet knyttes også til plassering av koordinatorrollen:

"Det er utfordrende å være koordinator for en bruker du ikke har så stor kjennskap til, verken som person eller sykdom. Det jeg liker minst er at jeg ikke har noen spesiell opplæring i rollen og at jeg blir usikker på det meste når det er møter osv. Jeg vil jo gjerne gjøre en god jobb og ønsker ikke fremstå som usikker."

"Eg synes ikkje me har god nok opplæring og støtte frå leiar, må ta initiativ sjølv. Eg er også usikker på om eg er enig i ressursbruken. Eg har ingen personleg oppfølging med nokon av elevane eg er koordinator for og kjenner ikkje eleven. Eg fungerer som møteleiar og prøver å samle trådane og ha kontakt med dei ulike faga og familien, eg hadde ikkje vore med i oppfølgingsteamet om eg ikkje var koordinator og då blir eg berre ein ekstra person på møte som må sette seg inn i alt. Eg tenker at det hadde vore mykje bedre viss ein av dei som faktisk møter eleven også hadde vore koordinator."

"Jeg mener at koordinatorrollen bør være tilknyttet koordinerende enhet i kommunen der bruker har et uavklart tjenestetilbud/botilbud. Eks: er man koordinator for en bruker IP på et aktivitetstilbud, så blir det feil for meg å være den som skal koordinere hvilke instanser tjenester som skal kobles på for hjelp i hjemmet, fastlege og fysioterapeut med mer. Der trenger jeg ikke mer støtte fra koordinerende enhet,

men at rollen plasseres på et mer overordnet nivå? Der personer med utviklingshemming har et fast avklart botilbud, vil det være naturlig at koordinatorrollen for IP er."

"Jeg tenker at det hadde fungert best med faglige og interesserte personer som har dette som ansvarsområde. Det kan fort bli dårlig samvittighet for at en ikke greier å ivareta funksjonen godt nok. Det å lære opp foreldre til bruk av Sampro som et godt felles verktøy for alle som jobber rundt barna krever tid. Ser at det ofte ikke fungerer slik det er tenkt med god informasjons flyt og planarbeid i takt med barnets utvikling. Vanskelig at alle får eierskap til planen."

"Det er ikke så ok å være koordinator hvis du har lite med bruker å gjøre og dermed kjenner henne/han lite. Koordinator burde være en som "naturlig" hadde mye med denne å gjøre."

Problematisering av plassering av koordinatoransvaret knyttes også til utfordring med å skille ulike roller:

"Vanskelig å representere skolen og samtidig lede det tverrfaglige arbeidet."

"Skille mellom rollene. Trenger kurs/erfaring med å sette grenser for hva som ligger til de ulike rollene når man både er koordinator og skal representere barnehagen i møter."

"Det er utfordrende å være både koordinator og terapeut for en og samme bruker. Pårørende/bruker klarer ikke skille rollene. Det er også uhensiktsmessig at en midlertidig tjeneste som går ut og inn skal ha denne rollen. Det som skal til for å gjøre dette bedre er å ansette egne koordinatorene på koordinerende enhet som kan ha koordinatoransvar for de brukerne de mener skal ha IP siden koordinerende enhet allerede kan mye om dette. For oss som jobber nedover i tjenesten kommer koordinatoransvaret på toppen av alle andre lovpålagte oppgaver, og tiden strekker ikke til."

"Liker minst: dobbeltrolle - både koordinator og samtaleterapeut. Koordinator skal være en uhildet person men det blir jeg ikke. At kommunen ansetter egne koordinatorene, at denne rollen ikke blir lagt til de utøvede tjenesten."

Det også noen som peker på det praktiske rundt det å være koordinator som det de liker minst:

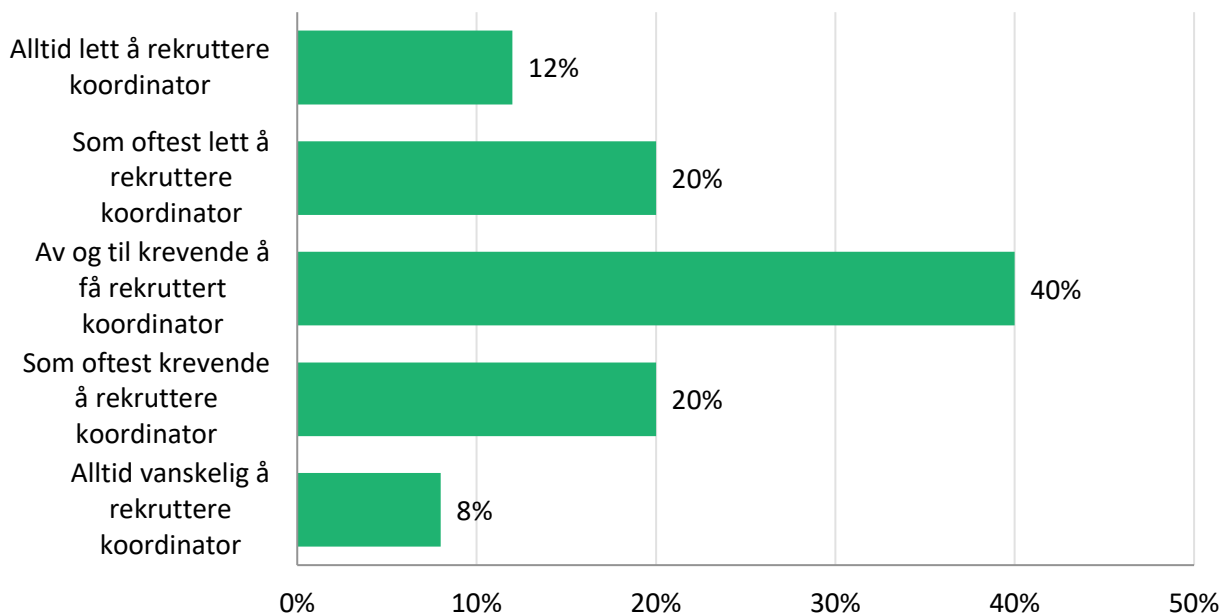
"Møteinnkalling, finne nye tidspunkt når møter må avlyses/utsettes."

"Huske på innkallinger, referatskriving, følge opp "alle""

"Tidkrevende ved avlysning og koordinering av mange parter."

6.3.10 Ledernes vurdering av om det er enkelt å rekruttere koordinatorene

Når vi spør koordinatorernes ledere om de vurderer om det er krevende å rekruttere koordinatorene svarer henholdsvis 12 prosent og 20 prosent at det er henholdsvis alltid lett, eller som oftest lett, å rekruttere koordinatorene (Figur 6.26). På den annen side svarer åtte prosent og 20 prosent at det henholdsvis alltid, eller oftest, er vanskelig å rekruttere koordinatorene. Den største gruppen (40 prosent) opplever at det er krevende å rekruttere koordinatorene av og til. Det er vert å bemerke at det er et begrenset antall ledere med i undersøkelsen, og situasjonen til disse trenger ikke være representativ for alle lederne i de seks pilotkommunene.



Figur 6.26 Hvordan opplever du at det er å rekruttere koordinatorer til oppfølgingsteam/ansvarsgrupper fra din virksomhet? Prosent. [n= 25].

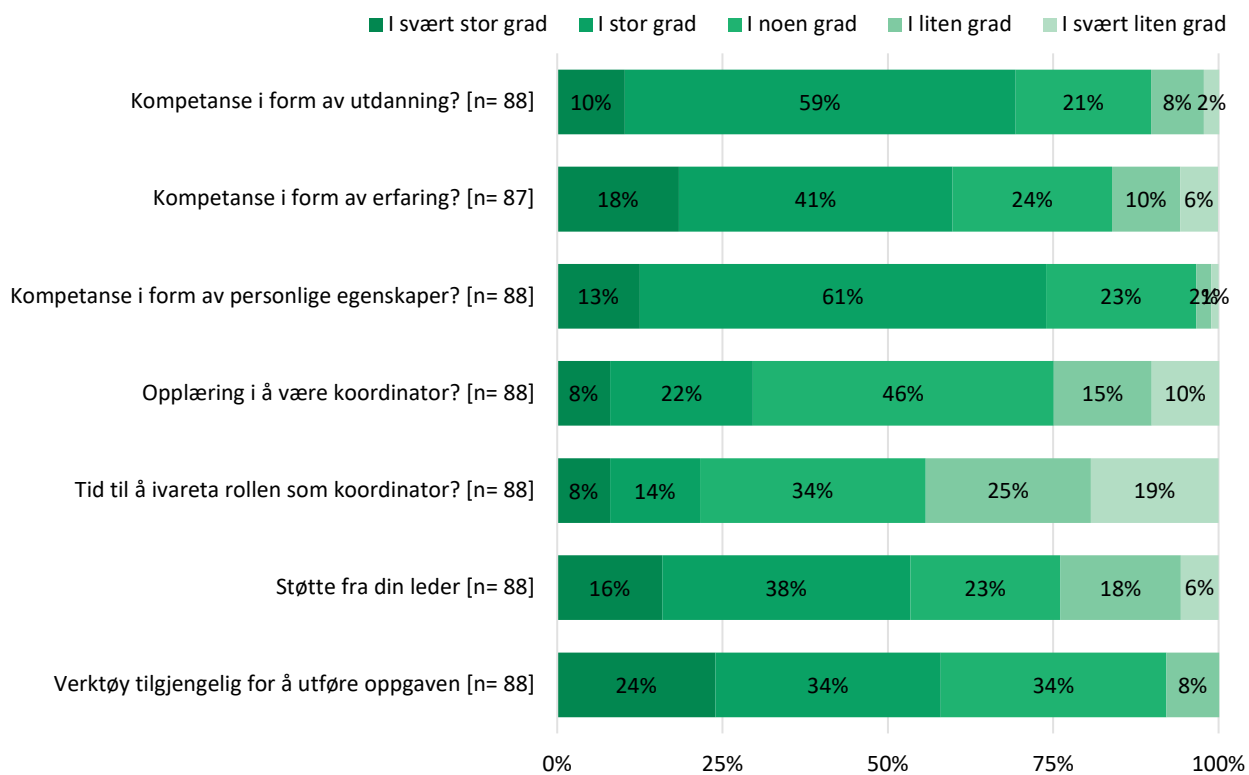
6.3.11 Kompetanse og opplæring

6.3.11.1 Koordinatorer

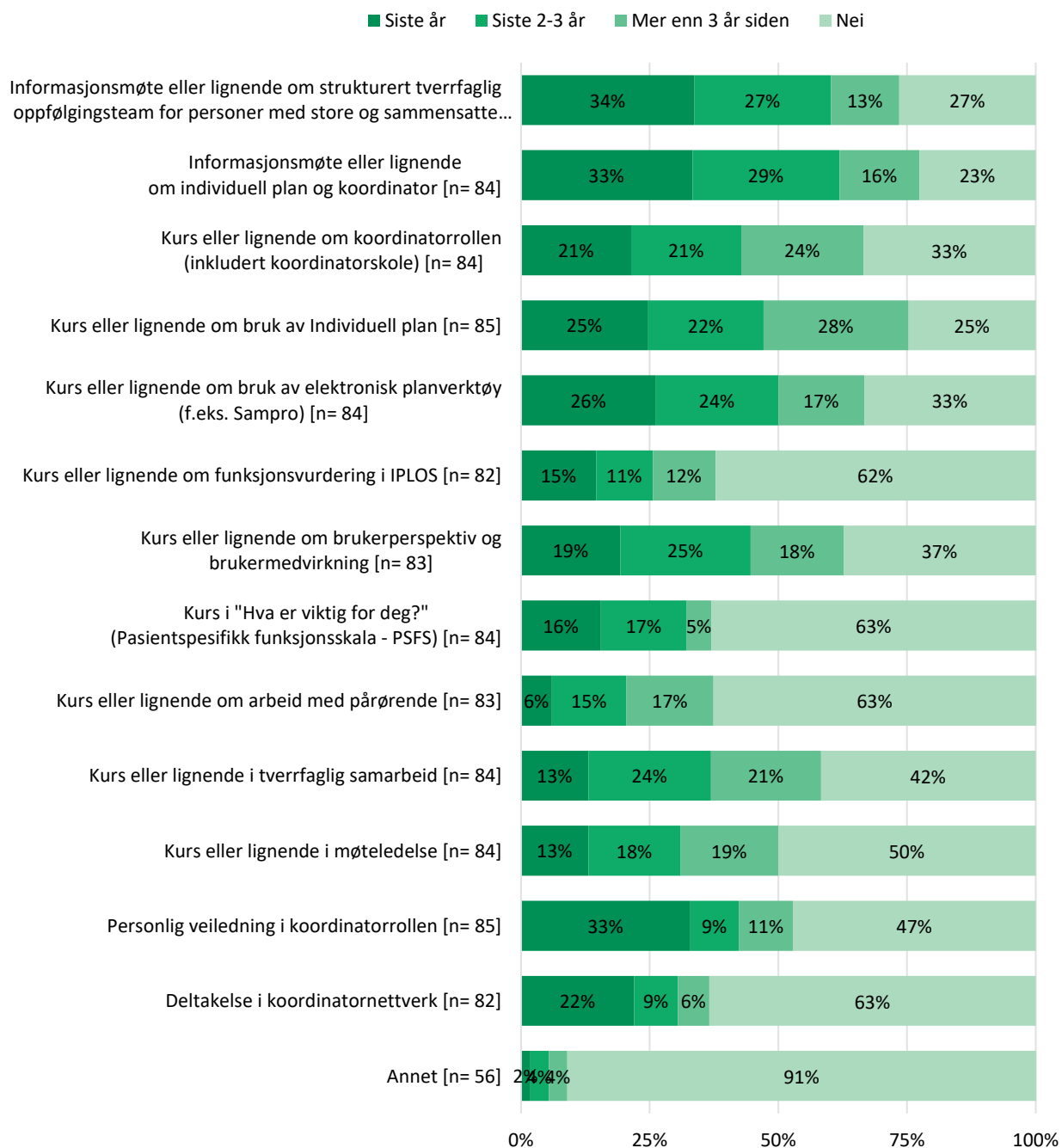
Flertallet av koordinatorerne vurderer at de i stor, eller svært stor, grad har kompetanse i form av personlig egenskaper (74 prosent), utdanning (69 prosent) og erfaring (59 prosent) for å utøve koordinatorrollen (Figur 6.27). Litt over halvparten vurderer også at de har tilgjengelige verktøy for å utføre oppgaven (58 prosent) og støtte fra sin leder (54 prosent). Men det er kun 30 prosent som opplever at de har tilstrekkelig opplæring og enda færre (22 prosent) opplever i stor grad å ha nok tid.

Koordinatorerne har i varierende grad mottatt ulike former for kompetansehevende tiltak (Figur 6.28). Flertallet har i det siste året eller de siste to til tre årene deltatt på informasjonsmøter. Det er også mange som har deltatt på kurs eller lignende om individuell plan, koordinatorrollen, elektroniske planverktøy, brukerperspektiv og brukermedvirkning med videre. Over 60 prosent har aldri deltatt i kurs om PSFS eller om arbeid med pårørende. Halvparten har aldri deltatt på kurs om møteledelse. Halvparten har heller ikke hatt personlig veiledning om koordinatorrollen og over 60 prosent har ikke deltatt i koordinatornettverk. Møteledelse og veiledning fra andre erfarne koordinatorer er blant tiltak som etterspørres av et flertall av koordinatorerne (Figur 6.29). Mange etterspør også kompetanse på metode for oppfølging av pårørende og elektroniske verktøy.

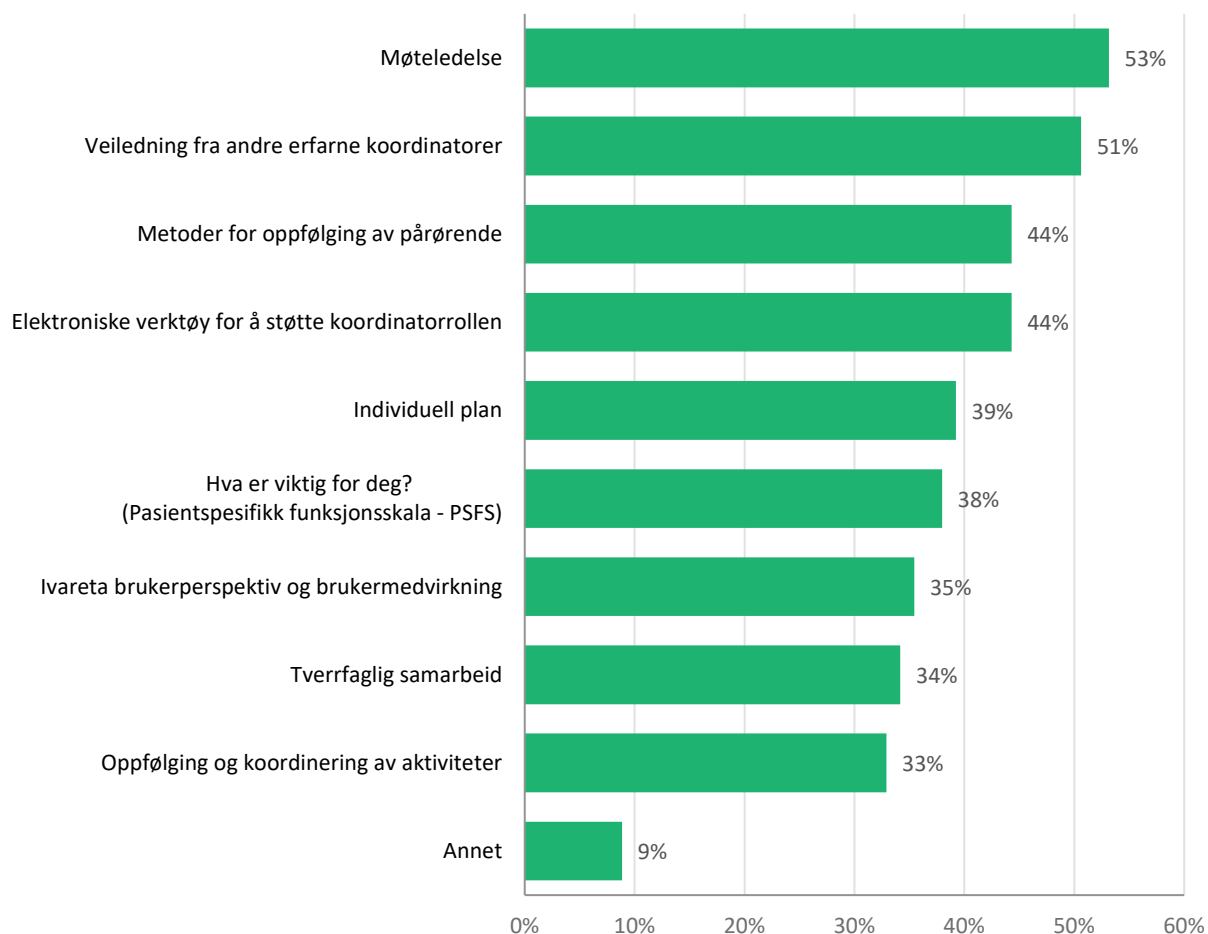
Rundt 70 prosent av koordinatorerne hadde gjennomgått minst ett av de kompetansehevende tiltakene som det ble spurt om i surveyen siste år. Hvis vi ser bort fra informasjonsmøter, hadde 63 prosent hatt minst ett av de kompetansehevende tiltakene siste år.



Figur 6.27 Når det gjelder å ivareta rollen som koordinator, i hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig ... Prosent.



Figur 6.28 Hva slags opplæring/veiledning/kompetansutviklende tiltak har du fått når det gjelder rollen som koordinator? Prosent.

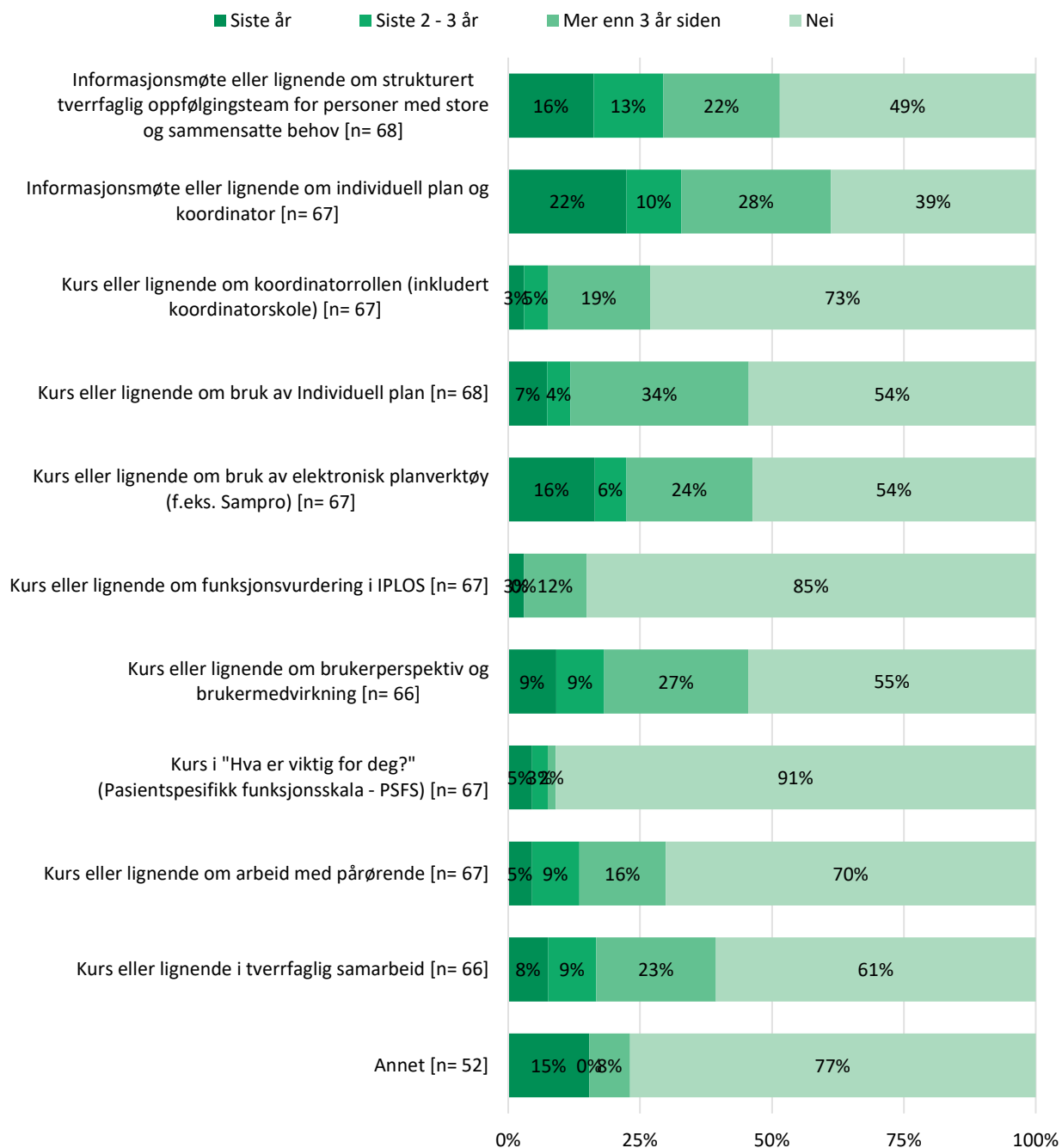


Figur 6.29 Hva slags opplæring, kompetanse eller støtte mener du at du burde hatt mer av for å ivareta rollen som koordinator på en god måte til det beste for bruker? Andel av alle. [n= 79].

6.3.11.2 Teamdeltaker

Teamdeltakere har i mindre grad enn koordinatører gjennomgått ulike kompetansehevende tiltak (Figur 6.30). Igjen er det informasjonsmøter flest har deltatt på. Flertallet har ikke gjennomgått kursene som ble listet opp. Av kurs var det flest som hadde hatt kurs i individuell plan, bruk av elektronisk planverktøy og brukerperspektiv og brukermedvirkning (45-46 prosent).

Rundt 40 prosent av teammedlemmene hadde gjennomgått minst ett av de kompetansehevende tiltakene som det ble spurt om i surveyen siste år. Hvis vi ser bort fra informasjonsmøter, hadde 26 prosent hatt minst ett av de kompetansehevende tiltakene siste år.



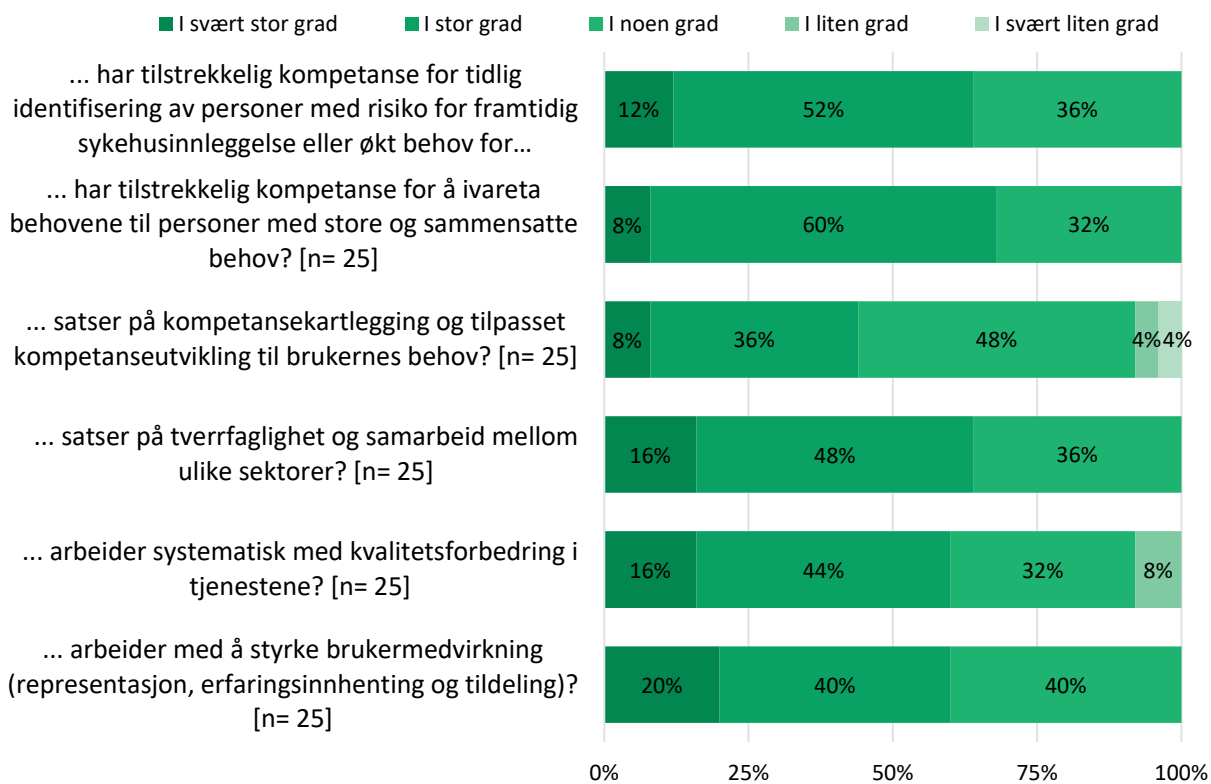
Figur 6.30 Hva slags opplæring/veiledning/kompetansutviklende tiltak har du fått når det gjelder tverrfaglig teamarbeid for oppfølging av mennesker med store og sammensatte behov? Prosent.

6.3.11.3 Ledere

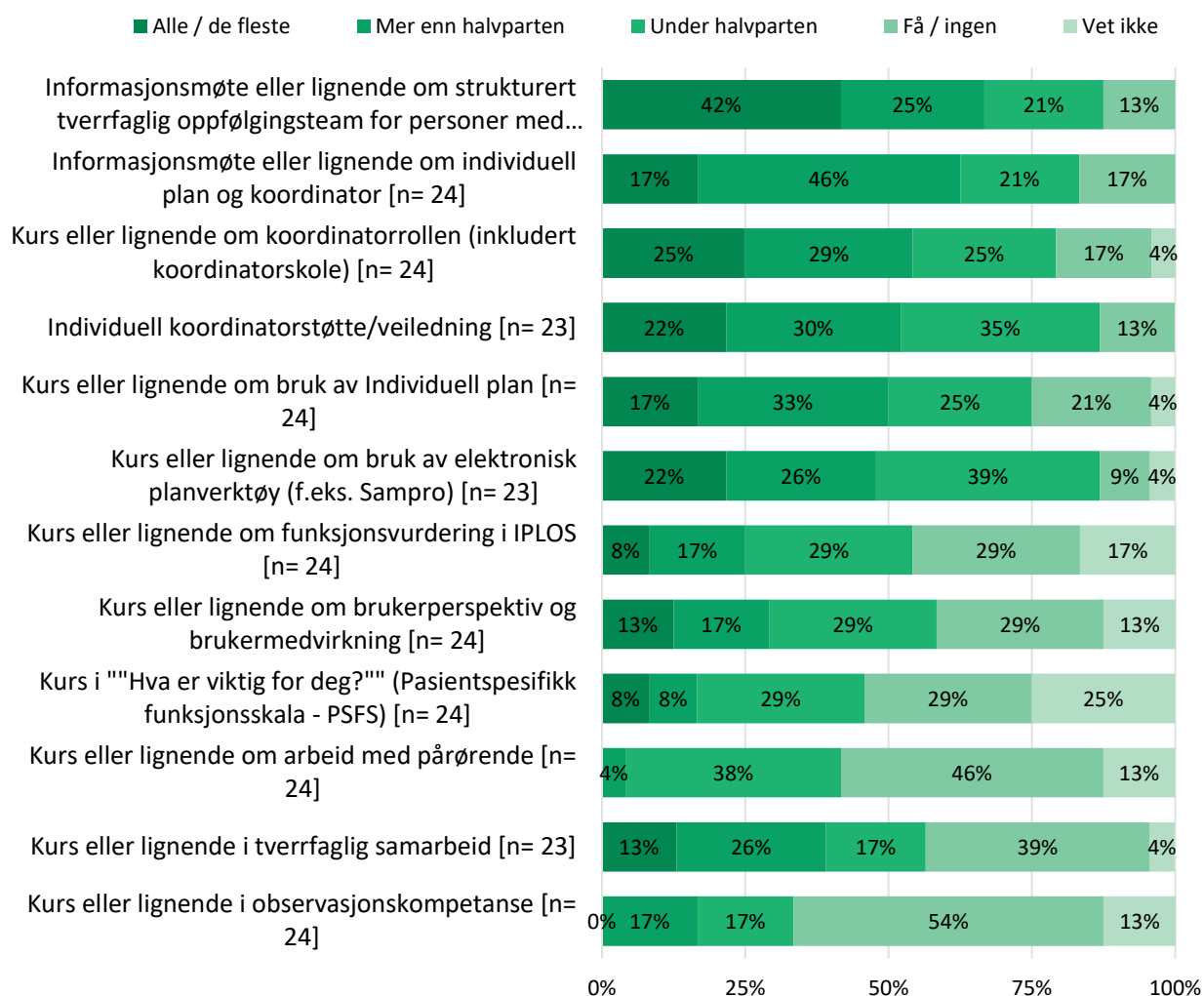
Et flertall av lederne vurderer at kommunen i stor, eller svært stor, grad har kompetanse og arbeider systematisk med brukergruppen for oppfølgingsteam (Figur 6.31). Det er kun for kompetansekartlegging og tilpasset kompetanseutvikling til brukernes behov at færre enn halvparten vurderer at kommunene i svært stor eller stor grad satser på det.

Mer enn 60 prosent av lederne svarer at mer enn halvparten av deres ansatte har fått tilbud om informasjonsmøte om oppfølgingsteam eller individuell plan og koordinator (Figur 6.32). Flertallet svarer

også at mer enn halvparten har fått tilbud om kurs om koordinatorrollen og bruk av individuell plan, bruk av elektroniske planverktøy og individuell koordinatorstøtte/veiledning.



Figur 6.31 Ledernes vurdering av kommunenes kompetanse og arbeid på dette området. "I hvilken grad opplever du at kommunen ...". Prosent.



Figur 6.32 Hva slags opplæring/veiledning/kompetansutviklende tiltak mht. oppfølgingsteam og koordinatorrollen har dine ansatte fått tilbud om siste tre år? Prosent. Ledere.

6.3.12 Kjennetegn ved team som fungerer godt

Vi ønsket å få mer kunnskap om hvordan teamarbeidet fungerte. Vi spurte derfor koordinatorerne og teammedlemmene om de var med i team som de syntes fungerte godt med tanke på brukerens behov (Figur 6.33). Deretter ba vi dem vurdere hva som er de viktigste årsakene til at teamet/gruppen fungerer godt ut fra deres synspunkt. Dette ble gjort ved å liste opp et sett med påstander som de så skulle angi graden av enighet/uenighet i på en skala fra 1 (helt uenig) til 10 (helt enig) (Figur 6.34).

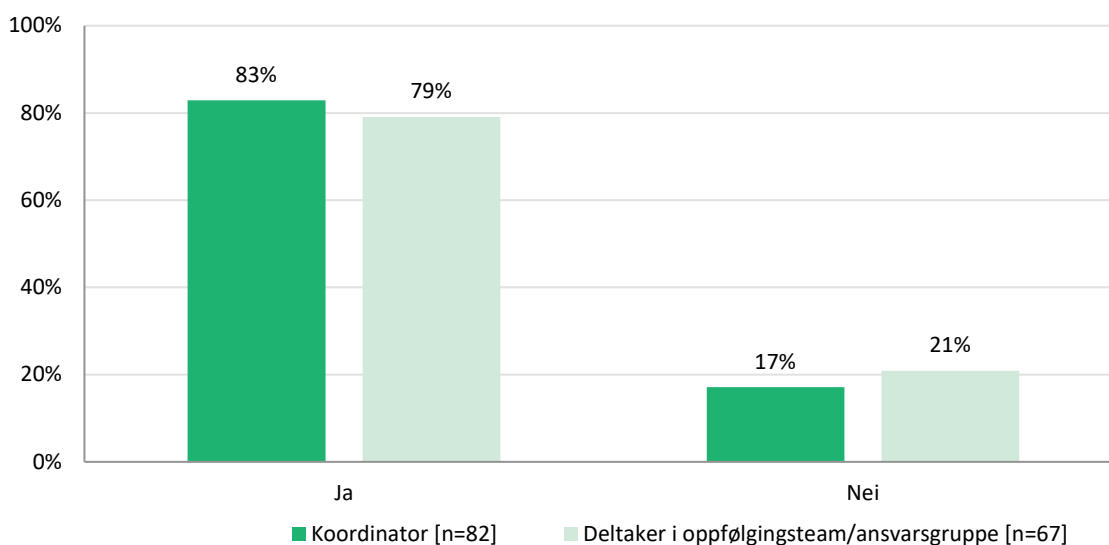
Rundt 80 prosent (litt mer blant koordinatorer, litt mindre blant teammedlemmer) oppga at de var medlem av et team de syntes fungerte godt. Dette betyr imidlertid ikke at 80 prosent av teamene fungerer godt, siden de typisk er koordinatorer for, eller medlem av, flere team.

Gjennomsnittsskår på de faktorene som er listet opp er sju eller høyere, som indikerer at alle de nevnte faktorene anses som viktig for at teamene fungerer godt. Høyest gjennomsnittsskår (8.4) finner vi for "Sammensetning av teamet svarer godt til brukerens behov" og "Vi anerkjenner hverandres kompetanse". Deretter følger "Det er passe antall deltakere i teamet" (8.2), " Alle får brukt sin kompetanse til brukerens beste" (8.1), "Det brukes ikke tid på uenigheter om ressurser og ansvar" (8.0) og "Det som avtales blir fulgt

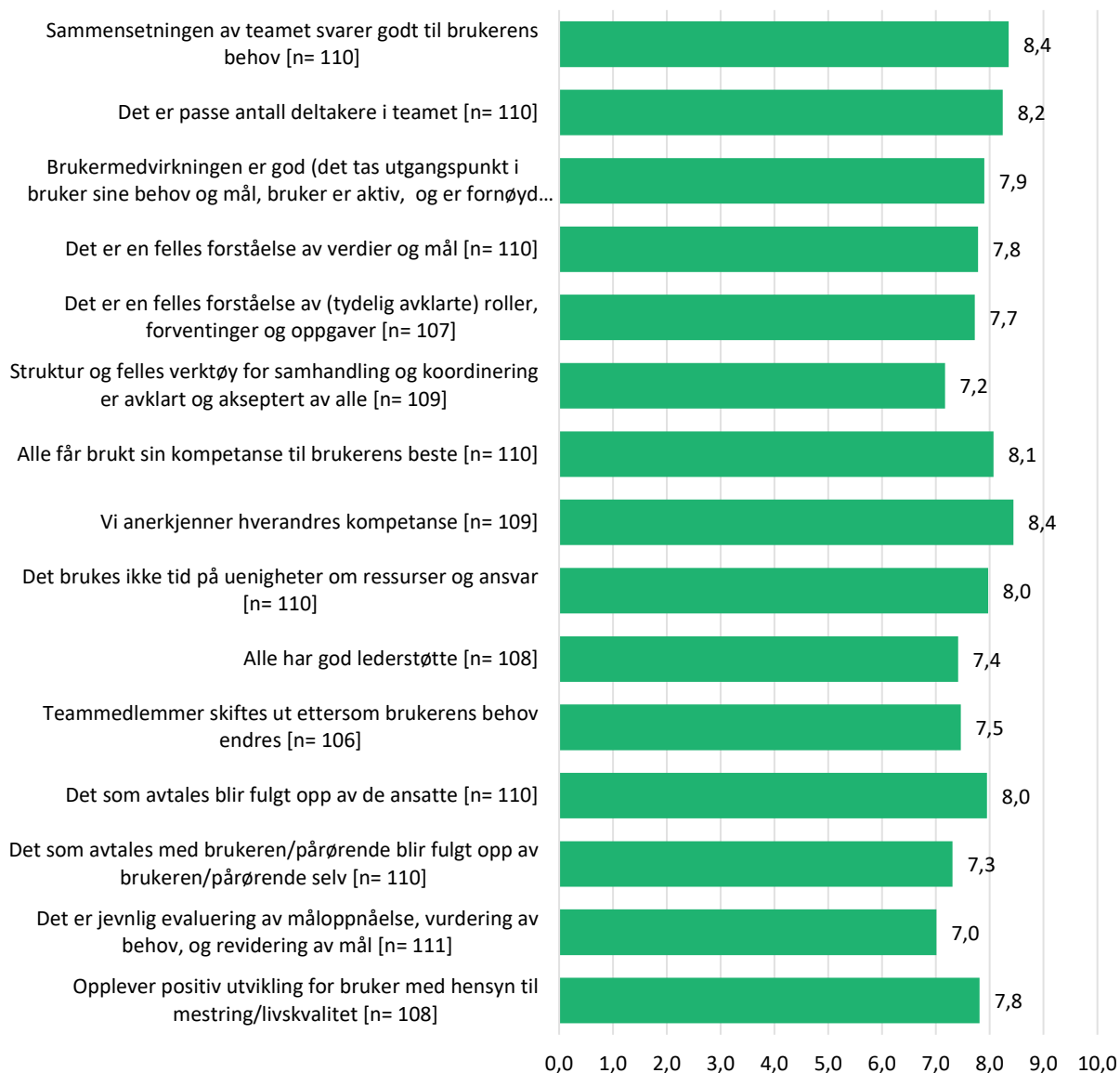
opp av de ansatte" (8.0). Det er signifikant forskjell i vurdering (gjennomsnittskår) mellom koordinatorene og teammedlemmer på følgende faktorer, alle vurdert viktigere av koordinatorene:

- "Brukermedvirkningen er god (det tas utgangspunkt i bruker sine behov og mål, bruker er aktiv, og er fornøyd med prosessen)",
- "Teammedlemmer skiftes ut ettersom brukerens behov endres" og
- "Det som avtales med brukeren/pårørende blir fulgt opp av brukeren/pårørende selv".

Disse tre var signifikant forskjellig i de to gruppene med bruk av to-sidig t-test med 5 prosent signifikansnivå. Senker vi kravet til 10 prosent-nivå, ble påstanden "Det brukes ikke tid på uenigheter om ressurser og ansvar" vurdert som viktigere av koordinatorene enn teamdeltakerne.

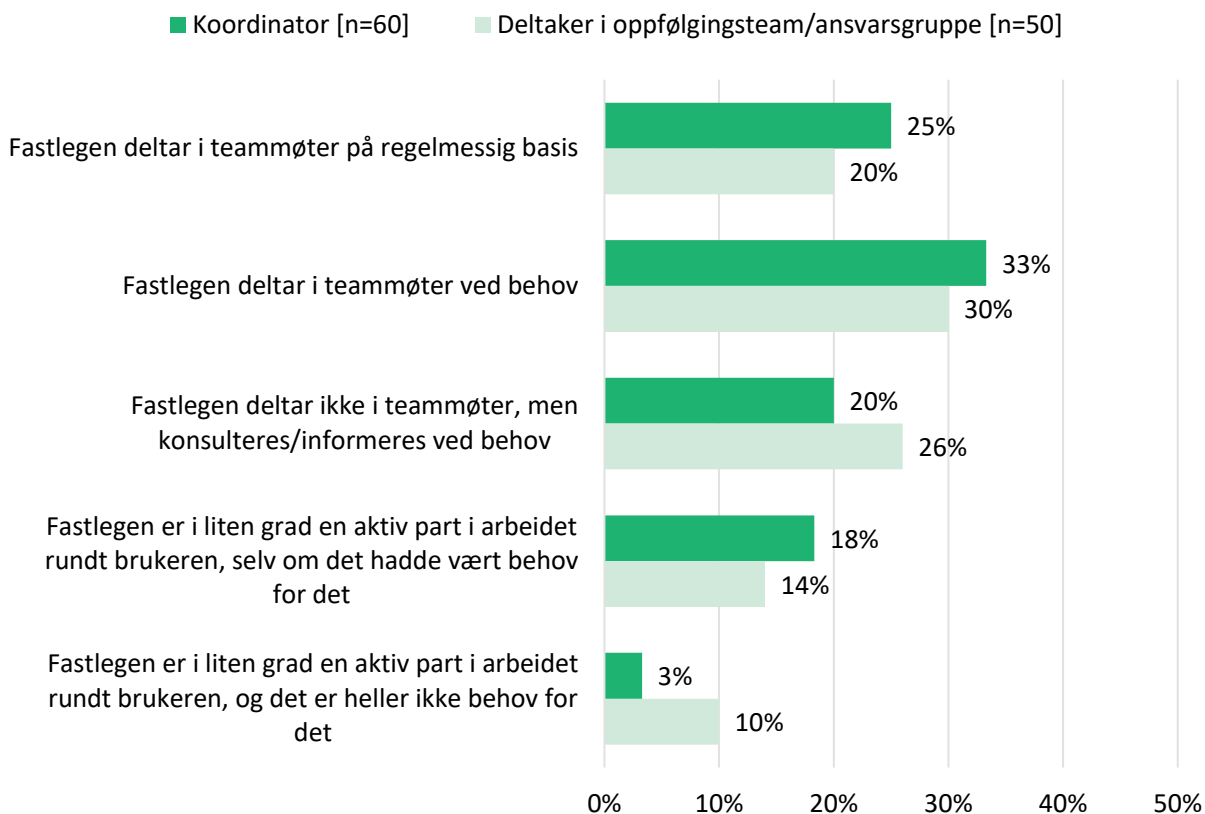


Figur 6.33 Er du med i et oppfølgingsteam/ansvarsgruppe som du synes fungerer godt med tanke på brukerens behov? Prosent.



Figur 6.34 Hva er de viktige årsakene til at teamet/gruppen fungerer godt ut fra ditt syn? Gjennomsnitt; 0=Helt uenig

Vi spurte også om samarbeid med fastlegen for teamet som de syntes fungerte godt (Figur 6.35). Rundt 1/3 svarer at fastlegen deltar i teammøter på regelmessig basis. Ofte deltar fastlegen ved behov, eller deltar ikke i teammøtet, men konsulteres/informeres ved behov. Det er få som svarer at fastlegen ikke deltar aktivt og at det ikke er behov for det.



Figur 6.35 Hvordan er samarbeidet med fastlegen for dette teamet (som fungerer godt)?

6.3.13 Kjennetegn ved team som fungerer dårlig

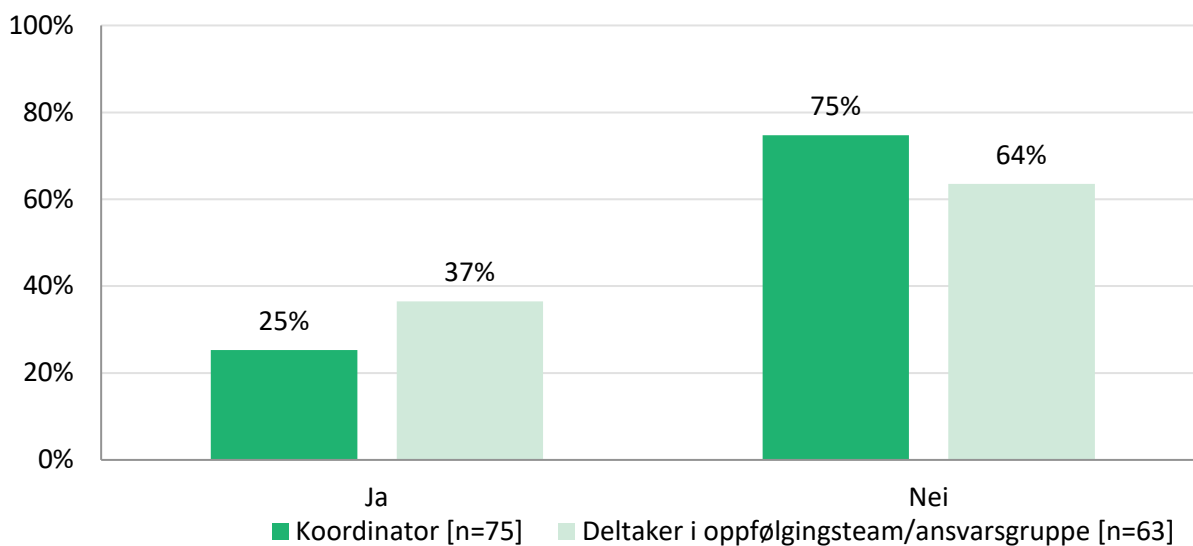
Vi spurte også koordinatorene og teammedlemmene om de var med i team som de syntes fungerte dårlig med tanke på brukerens behov (Figur 6.36). Deretter bad vi dem vurdere hva som er de viktige årsakene til at teamet/gruppen fungerer dårlig ut fra deres synspunkt. Dette ble gjort ved å liste opp ett sett med påstander som de så skulle angi graden av enighet/uenighet i på en skala fra 1 (helt uenig) til 10 (helt enig) (Figur 6.37). Mange av påstandene er de samme som de som ble vurdert for team som fungerer godt.

Flertallet oppga at de ikke var med i team som fungerte dårlig. En høyere andel blant teammedlemmer (37 prosent) enn blant koordinatorene (25 prosent), oppga at de var med i (minst ett) team som fungerte dårlig.

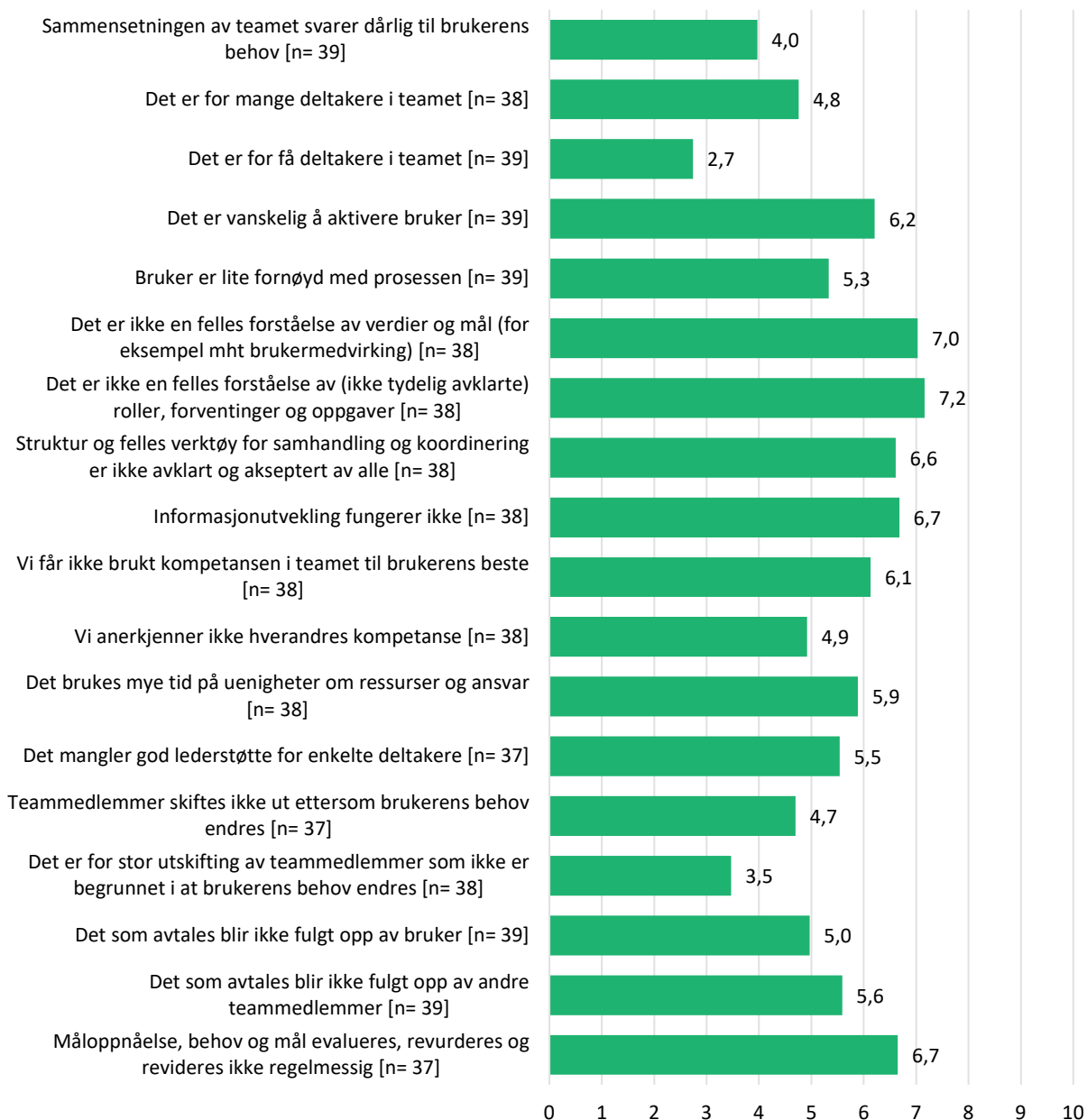
Det var større spredning i gjennomsnittsskår på de faktorene som er listet opp i vurdering av team som vurderes å fungere dårlig. Gjennomsnittsskår varierer fra 2.7 til 7.2. De faktorene som er skåret høyest, altså som flest synes er viktig for at teamet fungerer dårlig er: "Det er ikke en felles forståelse av (ikke tydelig avklarte) roller, forventninger og oppgaver (7.2), "Det er ikke en felles forståelse av verdier og mål (for eksempel med hensyn til brukermedvirkning)" (7.0), "Informasjonsutveksling fungerer ikke" (6.7), "Måloppnåelse, behov og mål evalueres, revurderes og revideres ikke regelmessig" (6.7), " Struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering er ikke avklart og akseptert av alle" (6.6). Det er altså ikke nødvendigvis de samme faktorene som vurderes viktig for team som fungerer godt og de som vurderes å fungere dårlig. Vi fant ikke signifikante forskjeller mellom koordinatorene og teamdeltakere i gjennomsnittsskår, men det må bemerkes at det er relativt få som har svart at de er med i team som fungerer dårlig (18-20 i hver kategori).

Vi spurte også om samarbeid med fastlegen for teamet som de syntes fungerte dårlig (Figur 6.38).

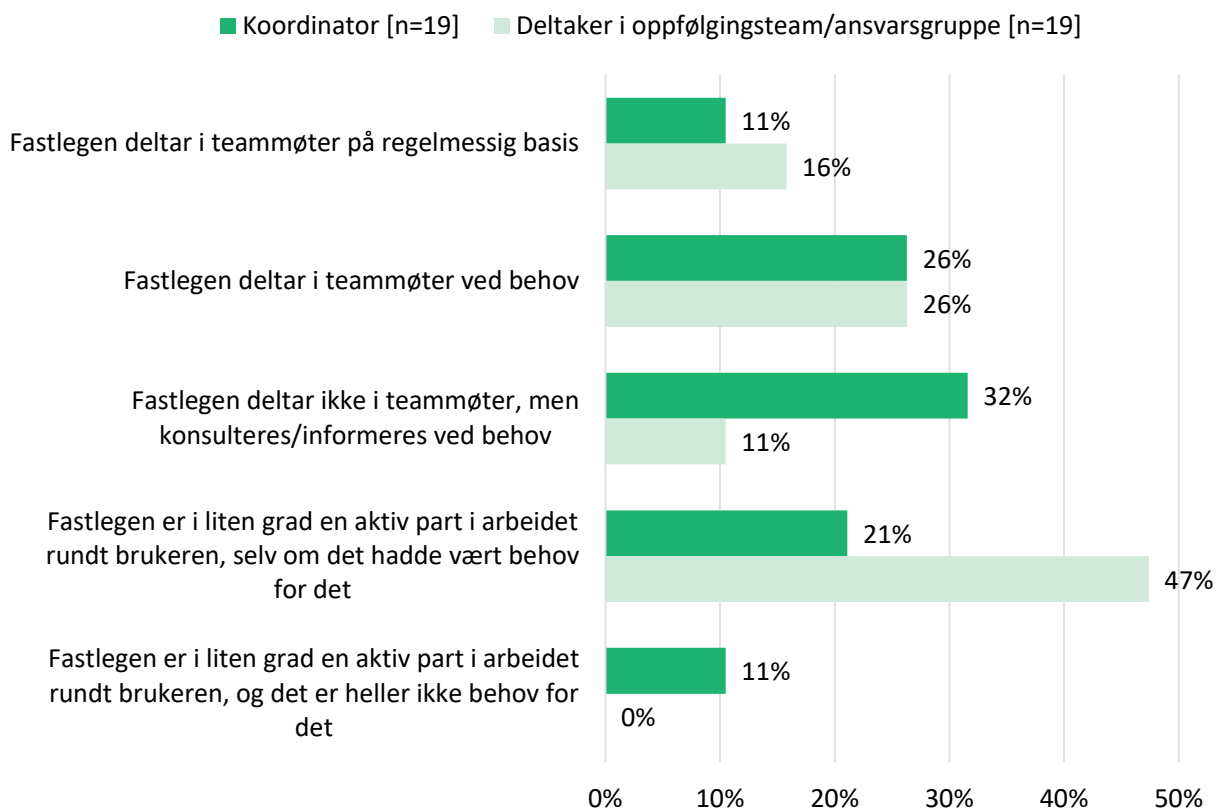
Halvparten av teamdeltakerne svarer at fastlegen i liten grad har vært aktiv part i teamet selv. Kun 21 prosent av koordinatorene svarer det samme. Dette kan ha å gjøre med at teamdeltakerne som svarte oss ofte var koordinatorene for barn og unge, de fire koordinatorene som har krysset av for dette alternativet er alle koordinatorene for barn.



Figur 6.36 Er du med i et oppfølgingsteam/ansvarsgruppe som du synes fungerer dårlig med tanke på brukerens behov? Prosent.



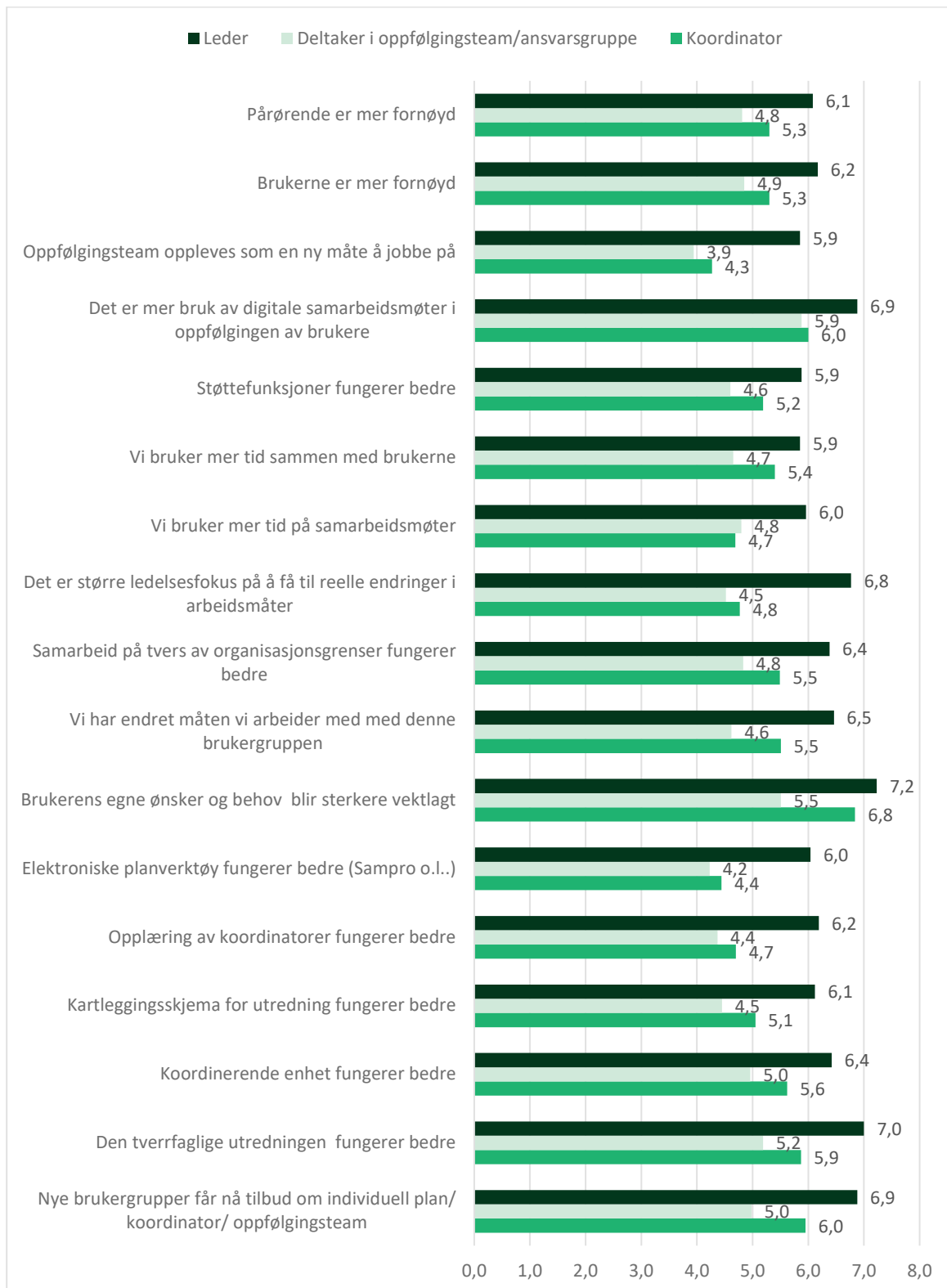
Figur 6.37 Hva er de viktige årsakene til at teamet/gruppen fungerer dårlig ut fra ditt syn? Gjennomsnitt; 0=Helt uenig - 10=Helt enig. Koordinatorer og teamdeltakere.



Figur 6.38 Hvordan er samarbeidet med fastlegen for dette teamet (som fungerer dårlig)?

6.3.14 Vurdering av endringer i kommunens arbeid med brukergruppen de siste årene

Vi ba alle tre grupper vurdere et sett av påstander om potensielle endringer de siste tre årene i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov, hvor de kunne angi grad av enighet/uenighet på en skala fra 0 (helt uenig) til 10 (helt enig). Gjennomsnittskår er vist i Figur 6.39 og i Tabell 6.5 hvor vi har listet opp påstandene etter gjennomsnittsskår for hver av de tre gruppene.



Figur 6.39 Svar på påstander om potensielle endringer de siste tre årene i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov. Gjennomsnitt; 0=Helt uenig - 10=Helt ening. Koordinatorer [n=59-64], teamdeltakere [n=51-55] og ledere [n=24-26].

Tabell 6.5 Svar på påstander om potensielle endringer de siste tre årene i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov. Gjennomsnitt; 0=Helt uenig - 10=Helt enig. Koordinatorer [n=59-64], teamdeltakere [n=51-55] og ledere [n=24-26]. Rangert etter gjennomsnittskår for hver av de tre gruppene.

Koordinator		Teamdeltaker		Leder	
Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt	6.8	Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere	5.9	Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt	7.2
Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere	6.0	Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt	5.5	Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre	7.0
Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam	6.0	Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre	5.2	Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam	6.9
Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre	5.9	Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam	5.0	Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere	6.9
Koordinerende enhet fungerer bedre	5.6	Koordinerende enhet fungerer bedre	5.0	Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter	6.8
Vi har endret måten vi arbeider med denne brukergruppen	5.5	Brukerne er mer fornøyd	4.9	Vi har endret måten vi arbeider med denne brukergruppen	6.5
Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser fungerer bedre	5.5	Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser fungerer bedre	4.8	Koordinerende enhet fungerer bedre	6.4
Vi bruker mer tid sammen med brukerne	5.4	Pårørende er mer fornøyd	4.8	Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser fungerer bedre	6.4
Brukerne er mer fornøyd	5.3	Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter	4.8	Opplæring av koordinatorer fungerer bedre	6.2
Pårørende er mer fornøyd	5.3	Vi bruker mer tid sammen med brukerne	4.7	Brukerne er mer fornøyd	6.2
Støttefunksjoner fungerer bedre	5.2	Vi har endret måten vi arbeider med denne brukergruppen	4.6	Kartleggingsskjema for utredning fungerer bedre	6.1
Kartleggingsskjema for utredning fungerer bedre	5.1	Støttefunksjoner fungerer bedre	4.6	Pårørende er mer fornøyd	6.1
Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter	4.8	Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter	4.5	Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)	6.0
Opplæring av koordinatorer fungerer bedre	4.7	Kartleggingsskjema for utredning fungerer bedre	4.5	Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter	6.0
Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter	4.7	Opplæring av koordinatorer fungerer bedre	4.4	Støttefunksjoner fungerer bedre	5.9
Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)	4.4	Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)	4.2	Vi bruker mer tid sammen med brukerne	5.9
Oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på	4.3	Oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på	3.9	Oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på	5.9

Lederne svarte gjennomgående mer positivt på alle spørsmålene enn koordinatorene og teamdeltakerne, mens koordinatorene gjennomgående svarer mer positivt enn teamdeltakerne. Alle forskjellene mellom ledere og teamdeltakere er signifikant på fem prosent-nivå for ensidig test om at ledere har høyere skår enn teamdeltakere, unntatt påstanden "Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere", som er signifikant ved ti prosent signifikansnivå. Det er kun for påstandene "Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt" og "Vi bruker mer tid sammen med brukerne" hvor ledere ikke svarer signifikant bedre (på ti-prosentnivå) enn koordinatorene. Hvis vi senker signifikanskravet til fem prosent, når heller ikke disse fire påstandene dette nivået: "Koordinerende enhet fungerer bedre", "Støttefunksjoner fungerer bedre", "Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere" og "Pårørende er mer fornøyd". Koordinatorene skårer klart bedre enn teamdeltakere (ved fem prosent signifikansnivå), på fire påstander: "Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt", "Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam", "Vi har endret måten vi arbeider med denne brukergruppen" og "Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre". Legger vi lista litt lavere (ti prosent-nivå) så kommer ytterligere fem påstander inn: "Koordinerende enhet fungerer bedre", "Kartleggingsskjema for utredning fungerer bedre", "Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser fungerer bedre", "Vi bruker mer tid sammen med brukerne" og "Støttefunksjoner fungerer bedre".

Dersom vi legger til grunn at skrå over fem kan tolkes som støtte til påstanden, så skårer lederne fra 5,9 og over på alle spørsmålene. Koordinatorene skårer under fem på fem påstander og teamdeltakerne skårer over fem på kun tre påstander.

Det er i stor grad enighet mellom de tre gruppene basert på hvilke påstander som får høyest skår. Av de fem påstandene som får høyest skår hos koordinatorene: "Brukerens egne ønsker og behov blir sterkere vektlagt" (6.8), "Det er mer bruk av digitale samarbeidsmøter i oppfølgingen av brukere" (6.0), "Nye brukergrupper får nå tilbud om individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam" (6.0), "Den tverrfaglige utredningen fungerer bedre" (5.9 og "Koordinerende enhet fungerer bedre" (5.6) finner vi igjen alle disse som de fem høyest rangerte også for deltakerne, om enn ikke i identisk rekkefølge. Fire av de fem finner vi også blant de fem høyest rangerte blant lederne. Påstanden om at "Koordinerende enhet fungerer bedre" er skjøvet ned på sjuendeplass hos lederne, og påstanden "Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter" er rangert på femteplass for lederne.

Det er også stor grad av enighet om påstandene det er minst støtte til. Alle tre grupper har lavest gjennomsnittsskår på "Oppfølgingsteam oppleves som en ny måte å jobbe på" (4.3 i gjennomsnitt blant koordinatorene, 3.9 blant teamdeltakere og 5.9 blant lederne). De fire påstandene som koordinatorene er mest uenig i er for øvrig: "Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)" (4.4), "Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter" (4.7), "Opplæring av koordinatorene fungerer bedre" (4.7) og "Det er større ledelsesfokus på å få til reelle endringer i arbeidsmåter" (4.8). Med ett unntak finner vi igjen disse nederst blant teamdeltakerne også, unntaket er "Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter" som teamdeltakerne har litt lenger opp på lista. Denne erstattes av "Kartleggingsskjema for utredning fungerer bedre", som også kommer langt ned (6. nederst) hos koordinatorene også. Lederne har også, i likhet med de to andre gruppene, rangert "Elektroniske planverktøy fungerer bedre (Sampro o.l.)" blant de fem lavest rangerte. I tillegg har de, som koordinatorene, "Vi bruker mer tid på samarbeidsmøter" blant de fem nederste på listen. De har i gjennomsnitt skåret "Støttefunksjoner fungerer bedre" tredje lavest og "Vi bruker mer tid sammen med brukerne" har fått nest lavest skår.

7 Referanser

1. Helsedirektoratet, *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. 2018.
2. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. 2015.
3. Melby, L., S.L. Kaspersen, M. Ådnanes, and J. Kalseth, *Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2021. **7**(02): p. 69-84.
4. Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250*. 2017.
5. Helsedirektoratet, *Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Innhold og gjennomføring*. 2018.
6. Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256*.
7. Crimmins, E.M. and H. Beltran-Sanchez, *Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity?* Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 2011. **66**(1): p. 75-86.
8. Fortin, M., et al., *Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review*. Health and Quality of Life Outcomes, 2004. **2**: p. 51-51.
9. Divo, M.J., C.H. Martinez, and D.M. Mannino, *Ageing and the epidemiology of multimorbidity*. European respiratory journal, 2014. **44**(4).
10. Grimsmo, A., et al., *Disease-specific clinical pathways—are they feasible in primary care? A mixed-methods study*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2018: p. 1-9.
11. Kalseth, J. and T. Halvorsen, *Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data*. BMC health services research, 2020. **20**: p. 1-14.
12. Kalseth, J., K.S. Anthun, and L. Forma, *Health care and long-term care costs by age and proximity to death in a publicly funded universal system: A descriptive study of population data*. Nordic Journal of Health Economics, 2020. **8**(1): p. 31-45.
13. Pedersen, P.B., M. Sitter, S.E. Lilleeng, and R. Bremnes, *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009*. Helsedirektoratet, 2009.
14. Kalseth, J. and E. Lassemo, *Reinnleggelser i psykisk helsevern for voksne i Norge: Analyser ved bruk av registerdata. Policy brief basert på resultater fra CEPHOS-LINK prosjektet*. SINTEF, 2017.
15. Ose, S.O., S.L. Kaspersen, and I. Pettersen, *Transferring psychiatric specialist services to local authorities—Characteristics of the patients involved*. Nordic Journal of Psychiatry, 2016. **70**(8): p. 633-640.
16. Ose, S.O., et al., *Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission*. Health policy, 2018. **122**(4): p. 359-366.
17. Ose, S.O. and I. Pettersen, *Døgnpasienter i TSB 20. november 2012*. SINTEF, 2014.
18. Ose, S.O. and I. Pettersen, *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV)*. SINTEF, 2014.
19. Kaasbøll, J., L. Melby, and M. Ådnanes, *Evaluering av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov"*. SINTEF, 2017.
20. Ådnanes, M., G.M.D. Haugen, and L. Melby, *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern*. SINTEF, 2016.
21. Andrews, T.M. and A.K. Eide, *Mellom hjelp og straff-fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?* 2019.

22. Melby, L., A. Das, T. Halvorsen, and S. Steihaug, *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*. SINTEF, 2016.
23. Grut, L., M.H. Kvam, and J.-W. Lippestad, *Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukeres erfaringer med tjenesteapparatet*. SINTEF, 2008.
24. Lo, C., T. Olsen, and C.H. Anvik, *Mellom linjene? En kunnskapsstatus om ungdom med sammensatte behov for offentlige velferdstjenester*. 2016, Nordlandsforskning.
25. Grimsmo, A., et al., *Helhetlige pasientforløp-gjennomføring i primærhelsetjenesten*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2016. **2**(2).
26. Kalseth, J., F. Kasteng, and L. Borgermans, *Financial Models for Care Integration. Deliverable D8.1, Project Integrate*. 2015, Project Integrate, www.projectintegrate.eu.
27. Steihaug, S., et al., *Challenges in Achieving Collaboration in Clinical Practice: The Case of Norwegian Health Care*. International Journal of Integrated Care, 2016. **16**(3).
28. Borgermans, L., et al., *How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project*. International Journal of Integrated Care, 2017. **17**(4).
29. Romøren, T.I., D.O. Torjesen, and B. Landmark., *"Promoting coordination in Norwegian health care."* International Journal of Integrated Care 2011.
30. Røstad, T., et al., *Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study*. BMC Health Services Research, 2013. **13**(1): p. 121.
31. Bjerkan, J., et al., *Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law*. International journal of integrated care, 2011. **11**.
32. Helsedirektoratet and Rambøll, *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. 2011, Helsedirektoratet.
33. Ose, S.O. and S.L. Kaspersen, *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016*. 2017, SINTEF: Trondheim.
34. Holum, L.C. and R. Toverud, *Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?* FONTENE Forskning 2013. **13**(1).
35. Nilssen, E., *Kommunal iverksetting av retten til individuell plan*. Tidsskrift for velferdsforskning 2011. **14**(2).
36. Steihaug, S., B. Paulsen, and L. Melby, *Norwegian general practitioners collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2017. **35**(4): p. 344-351.
37. KPMG, *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Helsedirektoratet 2020. **IS-2975**.
38. Bjerkan, J., S. Vatne, and A. Hollingen, *Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles—toward a power transition in caring relationships*. Journal of multidisciplinary healthcare, 2014. **7**: p. 561.
39. Myking, K.R., *Er forutsetningene til stede, i kommunen, for at brukerkoordinator skal kunne lykkes med samhandling rundt elektronisk individuell plan?* 2019, Høgskulen på Vestlandet.
40. Hagen, S. and K. Hvitstein-Strøm, *Brukeradopsjon av ACOS Individuell plan hos plankoordinatorne: En studie med kombinerte metoder om påvirkningsfaktorer for plankoordinatorenes brukeradopsjon av ACOS IP*. 2018, Universitetet i Agder; University of Agder.
41. Kirkevold, Ø., *Evalueringsrapport: «Tjenester til personer med demens som bor fliegen bolig»*. 2020.
42. Sægrov, S., *Sjukepleiernes arbeid med individuell plan for kreftramme*. Sykepleien, 2015.
43. Holum, L.C., *«Individual plan» in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of «individual plan» in Norwegian mental health services*. Nordic Psychology, 2012. **64**(1): p. 44-57.
44. Berven, N., K. Ludvigsen, D.A. Christensen, and E. Nilssen, *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene*. 2013.
45. Klausen, R.K., *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid—En oppsummering av kunnskap*. 2016.

46. Humerfelt, K., *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan: - anerkjennelse og krenkelse*, in *Institutt for sosialt arbeid 2012*, NTNU: Trondheim.
47. Larsen, L.S., H.K. Normann, and T. Hamran, *Processes of user participation among formal and family caregivers in home-based care for persons with dementia*. *Dementia*, 2015. **16**(2).
48. Tøndel, G. and S.O. Ose, *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. 2014, SINTEF: Trondheim.
49. Lappegård, T., *Ansvarsgruppen i kommunen Brukeren og ansattes erfaringer*. 1999.
50. Wenaas, M., H.W. Andersson, R. Kiik, and A. Juberg, *User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2021. **38**(2): p. 190-203.
51. Fredwall, T.E., B. Dale, E.R. Nilsen, and B.S. Strøm, *Sammenheng og overganger i tjenestene-Kunnskapsnotat*. 2020.
52. Arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet, *Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene - Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester*. 2017.
53. Boge, M., *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*. 2018, <https://naku.no/kunnskapsbanken/koordinerende-enhet-habilitering-og-rehabilitering>.
54. Helsedirektoratet, *Koordinerende enhet binder tjenestene sammen*. 2011, Oslo: Helsedirektoratet.
55. Berven, N., K. Ludvigsen, D.A. Christensen, and E. Nilssen, *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene*. 2013, Uni Rokkan: Bergen.
56. Røstad, T., et al., *Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care*. *BMC Health Services Research*, 2015. **15**.
57. Schaink, A.K., et al., *A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework*. *Journal of comorbidity*, 2012. **2**(1): p. 1-9.
58. Ferlie, E., et al., *Public policy networks and 'wicked problems': a nascent solution?* *Public Administration*, 2011. **89**(2): p. 307-324.
59. Lodge, M. and K. Wegrich, *The problem-solving capacity of the modern state: Governance challenges and administrative capacities*. 2014: Hertie Governance Report.
60. Rittel, H.W. and M.M. Webber, *Dilemmas in a general theory of planning*. *Policy sciences*, 1973. **4**(2): p. 155-169.
61. World Health Organization, *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. 2018.
62. World Health Organization, *Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016.
63. Calciolari, S., L. González Ortiz, N. Goodwin, and V. Stein, *Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework*. *Journal of Interprofessional Care*, 2021: p. 1-9.
64. Valentijn, P.P., S.M. Schepman, W. Opheij, and M.A. Bruijnzeels, *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. *International journal of integrated care*, 2013. **13**.
65. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *Bmj*, 2008. **337**.
66. Mills, T., R. Lawton, and L. Sheard, *Advancing complexity science in healthcare research: the logic of logic models*. *BMC Medical Research Methodology*, 2019. **19**(1): p. 55.
67. Pfadenhauer, L.M., et al., *Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework*. *Implementation Science*, 2017. **12**(1): p. 21.

68. Nilsen, P., *Making sense of implementation theories, models and frameworks*. Implementation Science, 2015. **10**(1): p. 53.
69. Meyers, D.C., J.A. Durlak, and A. Wandersman, *The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process*. American Journal of Community Psychology, 2012. **50**(3-4): p. 462-480.
70. Metz, A., et al., *Active implementation frameworks for successful service delivery: Catawba county child wellbeing project*. Research on Social Work Practice, 2015. **25**(4): p. 415-422.
71. Fixsen, D.L., et al., *Implementation research: A synthesis of the literature*. 2005.
72. Kitson, A., G. Harvey, and B. McCormack, *Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework*. Quality in Health Care, 1998. **7**(3): p. 149-158.
73. Bergström, A., et al., *The use of the PARIHS framework in implementation research and practice—a citation analysis of the literature*. Implementation Science, 2020. **15**(1): p. 68.
74. Durlak, J.A. and E.P. DuPre, *Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation*. American journal of community psychology, 2008. **41**(3): p. 327-350.
75. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation Science, 2009. **4**(1): p. 50.
76. Cochrane, L.J., et al., *Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care*. Journal of continuing education in the health professions, 2007. **27**(2): p. 94-102.
77. Hawe, P., A. Shiell, and T. Riley, *Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be?* Bmj, 2004. **328**(7455): p. 1561-1563.
78. Skivington, K., et al., *A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance*. bmj, 2021. **374**.
79. Hawe, P., A. Shiell, and T. Riley, *Theorising interventions as events in systems*. American journal of community psychology, 2009. **43**(3-4): p. 267-276.
80. von Thiele Schwarz, U., G.A. Aarons, and H. Hasson, *The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation*. BMC Health Services Research, 2019. **19**(1): p. 1-10.
81. Berwick, D.M., T.W. Nolan, and J. Whittington, *The triple aim: care, health, and cost*. Health affairs, 2008. **27**(3): p. 759-769.
82. Bodenheimer, T. and C. Sinsky, *From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider*. The Annals of Family Medicine, 2014. **12**(6): p. 573-576.
83. Fullan, M., *The new meaning of educational change*. 2007: Routledge.
84. Roland, P., *Avhandling: Implementering av skoleutviklingsprogrammet Respekt*. 2012, Universitet i Stavanger, senter for atferdsforskning, Humanistisk fakultet.
85. Roland, P. and E. Westergård, *Implementering: å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. 2015: Universitetsforlaget.
86. Blanchard, C., et al., *The Active Implementation Frameworks: A roadmap for advancing implementation of Comprehensive Medication Management in Primary care*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2017. **13**(5): p. 922-929.
87. Høyem, A., D. Gammon, G.R. Berntsen, and A. Steinsbekk, *Policies Make Coherent Care Pathways a Personal Responsibility for Clinicians: A Discourse Analysis of Policy Documents about Coordinators in Hospitals*. Int J Integr Care, 2018. **18**(3): p. 5.
88. Olsen, C.F., et al., *What matters when asking, “what matters to you?”—perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care*. BMC health services research, 2020. **20**(1): p. 1-13.

- 89.Hesjedal, E., *Tverrprofesjonelt samarbeid i ansvarsgrupper for utsette barn i lys av etisk fordring og instrumentalistisk mistak*. Norsk pedagogisk tidsskrift, 2017. **101**(04): p. 304-314.
- 90.Skarli, J.B., *Sammensatte behov og store variasjoner*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2020. **6**(03): p. 1-17.
- 91.Engen, M., M. Fransson, J. Quist, and P. Skållén, *Continuing the development of the public service logic: a study of value co-destruction in public services*. Public Management Review, 2021. **23**(6): p. 886-905.
- 92.Askheim, O.P., *Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken*. Tidsskrift for velferdsvforskning, 2017. **20**(02): p. 134-149.
- 93.Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, *NOU 2004:18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene — Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*.
- 94.Karlsen, H., et al., *Etikkarbeid i kommunal helse-og omsorgstjeneste*. Nordisk sygeplejeforskning, 2018. **8**(01): p. 22-36.
- 95.Borgen, K., L. Melby, R. Hellesø, and A. Steinsbeck, *Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger*. Sykepleien Forskning. 2015; **10** (1): 42–8.
- 96.Slettebø, Å., et al., *Between power and powerlessness—discourses in the individual plan processes, a Norwegian dilemma*. Scandinavian Journal of Disability Research, 2012. **14**(3): p. 270-283.
- 97.Matscheck, D., A. Ljungberg, and A. Topor, *Beyond formalized plans: User involvement in support in daily living—users’ and support workers’ experiences*. International Journal of Social Psychiatry, 2020. **66**(2): p. 156-162.
- 98.Helsedirektoratet, *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Nasjonal veileder.
- 99.Lauveng A and S. E, *Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP)*. Nettundersøkelse høsten 2020. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2020.
100. Holum, L.C., *Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: en evaluering*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2010. **47**(4).
101. Kommunal og moderniseringsdepartementet, *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2020. Grønt hefte. Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2019–2020)*.
102. Kommunal og moderniseringsdepartementet, *Forslag til nytt inntektssystem for kommunene. Høringsnotet*. 2015.