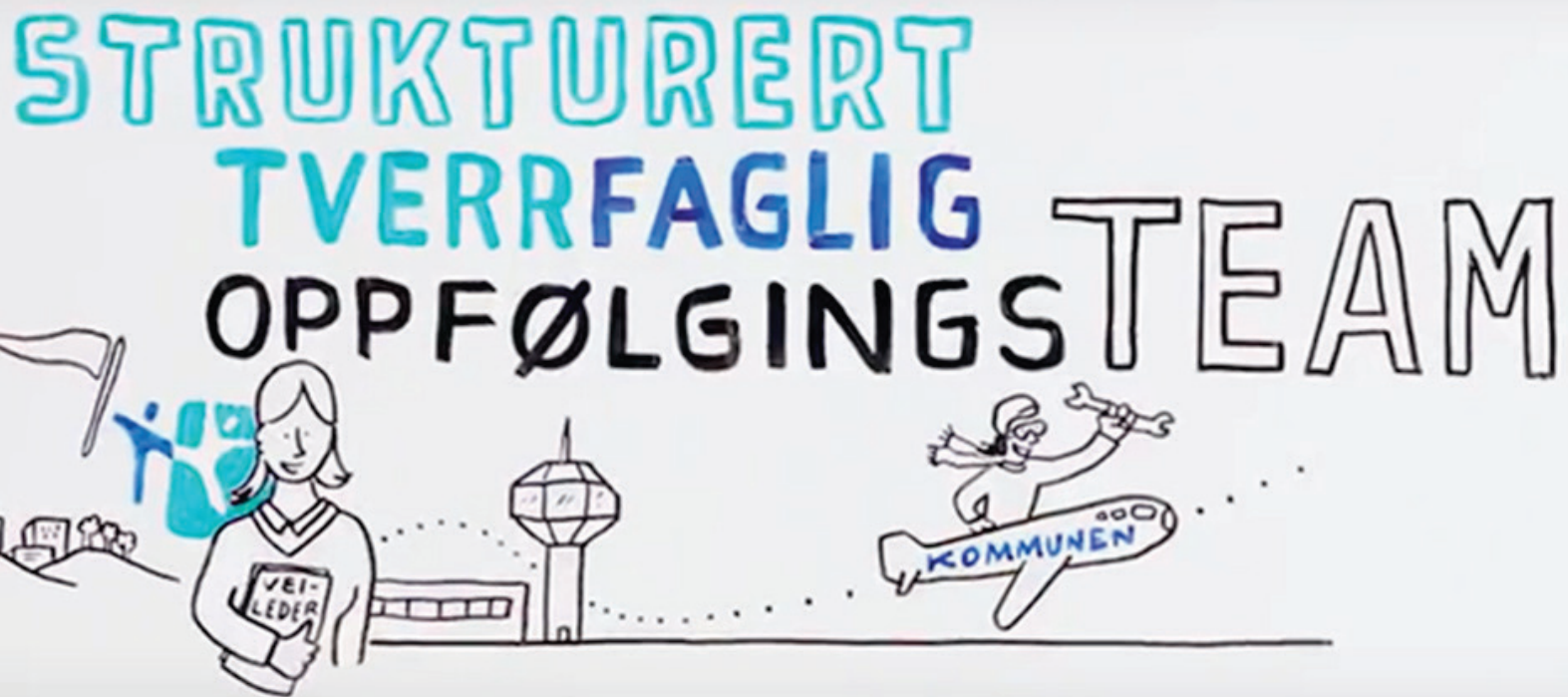




SINTEF



## Rapport - Kortversjon

### 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:

2022:00136 - Åpen

#### Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

# Rapport

## Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner

**EMNEORD**

Brukere med store og sammensatte behov  
Oppfølgingsteam  
Koordinator  
Individuell plan  
Tidlig identifisering av behov  
Brukermedvirkning  
Kommuner  
Pilot

**VERSJON**

1.0

**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**

20

**SAMMENDRAG**

[Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.](#)

Dette er en kortversjon av 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 16:01 GMT+1)

**KONTROLLERT AV**

Thomas Halvorsen, seniorforsker

## SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Arne H. Eide, konst. forskningssjef

## SIGNATUR



Arne H Eide (2. Feb. 2022 21:08 GMT+1)

**RAPPORT NR.**

2022:00136

**ISBN**

978-82-14-07541-0

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen



**Pilot oppfølgingsteam** har pågått i tre år i seks kommuner. Piloten er forlenget med to år og vil pågå ut 2023. To av de opprinnelige pilotkommune blir ikke med videre.

Piloten skal bidra til å implementere og teste ut «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» i praksis. 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.

Hovedfunn i evalueringen etter tre år med pilot:

- Arbeidet med implementering av tiltakene i pilotkommunene har tatt betydelig lengre tid enn det som ble planlagt. Det er flere årsaker til det: kompleksiteten i veilederen og i implementeringsarbeidet, kommunesammenslutninger og pandemi.
- 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.
- Kommunene har i stor grad jobbet med å få på plass nødvendige strukturer og systemer.
- Noen kommuner kom raskt "i gang" med å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform, andre har brukt lengre tid og er fortsatt i "startgropen".

## 1.1 Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

1. september 2018 startet Helsedirektoratet pilotprosjekt for å etablere strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov. Piloten skal bidra til å implementere og teste ut «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» [1] i praksis. 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.

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. Oppfølgingsteamet skal settes sammen og justeres ut fra brukerens til enhver tid gjeldende behov. Det tverrfaglige samarbeidet ledes av en oppnevnt koordinator og baseres på en plan for oppfølging hvor det settes mål utfra brukers behov og ønsker. Det gis en nærmere beskrivelse av oppfølgingsteam som arbeidsform i avsnittet om piloten nedenfor. 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.

## 1.2 Svikt i oppfølging av personer med store og sammensatte behov

I *Primærhelsetjenestemeldingen* [2] beskrives flere sentrale utfordringer ved dagens tjenestetilbud. I arbeidet med meldingen pekte brukere og pasienter blant annet på utfordringer knyttet til 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.

Mange av elementene i veilederen (koordinerende enhet, individuell plan, koordinator og teamarbeid) var allerede etablerte koordineringsmekanismer i kommunene. Men forståelsen var at dette ikke fungerte optimalt for alle brukere, i alle kommuner. En utfordring er at mange brukere med behov for strukturert, tverrfaglig oppfølging ikke får det. For eksempel er det få eldre som har individuell plan og koordinator. En annen utfordring er at man kommer for sent inn med tiltak. Tidlig identifisering kan utsette eller forebygge tjenestebehov. For mange som får koordineringstiltak, fungerer disse ikke etter hensikten. Individuell plan blir ikke tilbudt eller fulgt opp. Det kan være vanskelig å rekruttere koordinatorene. Teammøter (ofte kalt ansvarsgruppemøter) kan være for store, med for mange deltakere, for lite dynamiske når det gjelder hvem som deltar og møtefrekvens, og med for lite reell brukermedvirkning.

## 1.3 Kompleksitet skaper utfordringer

### Personer med store og sammensatte behov, hvem er det?

Målgruppen for piloten er personer som har store hjelpebehov på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, og som har høyest risiko for å utvikle sykdom og/eller funksjonsnedsettelse som resulterer i høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester. Hovedkjennetegnet 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*».

Målgruppen omfatter personer i alle aldre, med flere sykdommer eller med langvarige psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk, kroniske sykdommer, medfødte tilstander og personer med har vedvarende problemer knyttet til sosial og psykososial fungering. Dette er personer som ofte har nedsatt funksjon på flere livsområder, og behov knyttet til andre arenaer og områder enn de rent helse- og omsorgsspesifikke, som skole og arbeid, familie og sosiale nettverk, bolig og økonomi og ivaretagelse av egen helse. Dette øker kompleksiteten i oppfølgingen.

### Komplekse behov og komplekse tjenestesystemer

Pasienter og brukere i målgruppen for piloten kjennetegnes ved at behovene er komplekse og gjerne må ivaretas av flere tjenester. Dette utfordrer tradisjonell tjenesteorganisering som er basert på behandling av relativt ensartede bruker-/pasientgrupper. Et sentralt premiss i veilederen er at utfordringene som personer i målgruppene står overfor ikke kan forstås som et resultat av kjennetegn ved behovene alene, men at de i vesentlig grad må forstås som resultat av økende spesialisering og oppdeling av oppfølgingen i tjenestene, uten nødvendig grad av samhandling og koordinering mellom ulike profesjoner og sektorer som er involvert. Kompleksitet både i individuelle behov og i tjenestesystemet skaper koordineringsutfordringer.

### Kompleksiteten krever koordinering, fleksibilitet og "skreddersøm"

Kompleksiteten i oppfølgingsbehovene betyr for det første at de ikke kan løses separat av hver enkelt tjeneste, uavhengig av hverandre, og for det andre at det krever personsentrerte tilnærminger. Piloten retter seg derfor mot tre nivåer: system, tjenesteutøver og bruker.

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.

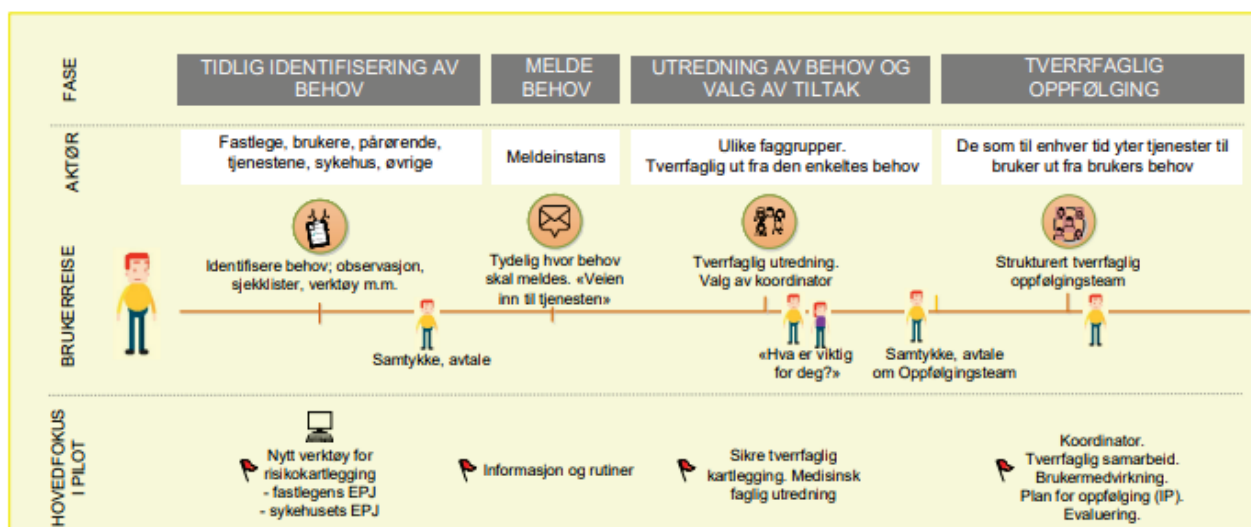
På *tjenesteutøvernivå* handler piloten om at tjenesteutøverne skal settes i stand til å arbeide i henhold til intensjonene i veilederen, både når det gjelder tidlig identifisering og melding av behov for tverrfaglig koordinert oppfølging, samt tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning i utredning av behov og arbeid i oppfølgingsteam. Dette innebærer at ledere må legge til rette for holdnings- og praksisendring og sørge for at intensjonene i veilederen etableres som felles visjon og arbeidsform. Videre må lederne legge til rette for at kommunen har riktig kompetanse på plass og en plan for dette. Dette betyr også at ledere støtter opp under og myndiggjør tjenesteutøverne generelt og koordinatorrollen spesielt, både når det gjelder ressurser, tid, opplæring og veiledning.

På *brukernivå* handler piloten om å myndiggjøre brukerne, å sikre reell brukervedvirkning og å skreddersy oppfølging til brukerens og pårørendes behov og ønsker.

Dette handler om **lederskap** på alle nivåer. Ledere skal legge til rette for at behov fanges opp, følges opp og koordineres tverrfaglig og at tjenestene fremmer mestring og selvstendighet både for brukere og tjenesteutøvere. Lederne skal avklare forventninger og sørge for at pasienter, brukere, pårørende, fagpersoner og team myndiggjøres og gis tydelig ansvar og nødvendig støtte.

## 1.4 Piloten – et tjenesteutviklingsprosjekt

Et sentralt element i piloten er at kommunene skal arbeide bevisst og aktivt med tjenesteutvikling. Arbeidet kan inndeles etter faser i bruker-/pasientoppfølging, fra tidlig identifisering av behov via melde behov, utrede behov og velge tiltak til tverrfaglig oppfølging (se figuren nedenfor).



Hovedtema i piloten (figuren er fra rammedokumentet for piloten)

### Tidlig identifisering og melding av behov for tverrfaglig koordinert oppfølging

Tidlig identifisering av behov for strukturert oppfølging har vært et hovedfokus i piloten. Et nytt verktøy for risikokartlegging er et viktig element i piloten for å avdekke behov for oppfølgingsteam tidlig. Risikokartleggingsverktøyet er en av flere metoder for å arbeide systematisk med å avdekke (mulige) behov både for brukere som allerede har tjenester, men hvor behovet endres over tid eller for personer som står i fare for å utvikle behov for tjenester. Å styrke observasjonskompetansen i tjenestene, det vil si å gjenkjenne tidlige tegn på (endringer i) behov, er også et viktig element i tidlig identifisering. I melding av behov er hovedfokus i piloten å få på plass informasjon om og rutiner for hvor og hvordan det meldes.

### Tverrfaglig utredning av behov

Når det gjelder behovsutredning er hovedfokus i piloten å få på plass strukturer som sikrer tverrfaglig kartlegging og medisinsk faglig utredning. Brukermedvirkning og tilpasset oppfølging ut fra hva som er viktig for brukeren står sentralt. Familie, nettverk og brukerens livssituasjon ellers er viktig i kartlegging og utredning av ressurser og behov.

## Tverrfaglig koordinert oppfølging

Når det gjelder oppfølgingen av brukerne er hovedfokus i piloten å få etablert oppfølgingsteam som arbeidsform, å få til god opplæring og struktur med hensyn til koordinatorrollen, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, plan for oppfølging og evaluering av utvikling.

### Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?

I veilederen beskrives oppfølgingsteam som «*en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker*». Det er altså et team som består av pasientens/brukerens tjenesteytere. Det vil si at det ikke er ett fast team med faste ansatte, men settes sammen etter brukernes behov og ønsker. Teamet ledes av en koordinator. Fastlegene har det medisinskfaglige ansvaret. I veilederen defineres et oppfølgingsteam slik:

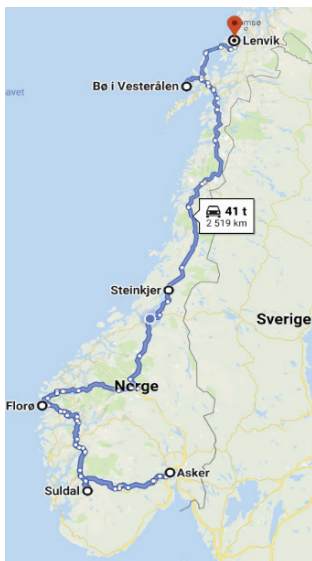
- Teamet består av de som yter tjenester til vedkommende og er dermed til enhver tid sammensatt ut fra personens behov.
- Det er oppnevnt en koordinator som leder teamarbeidet.
- Det sikres systematikk i oppfølgingen gjennom
  - tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.
  - at det utformes en plan 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<sup>1</sup>. *Individuell plan* er et felles verktøy, i form av et planleggingsdokument og en strukturert samarbeidsprosess, på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Individuell plan er samtykkebasert og forutsetter aktiv brukermedvirkning. *Koordinator* er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. I veilederen vises det til at koordinator oppnevnes blant tjenesteyterne i teamet. Pasient og brukers ønske skal vektlegges ved valg av koordinator. Koordinatorrollen er brukerens støttespiller og spiller en sentral rolle i oppfølgingsteamene. Å styrke koordinatorrollen er et viktig element i piloten.

Pårørende har rett til å medvirke sammen med pasient/bruker i tilfeller vedkommende ikke er i stand til å representere seg selv/ikke har samtykkekompetanse. Veilederen viser generelt til at tjenestene skal legge til rette for at pårørende, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med pasient og bruker sitt ønske. Veilederen viser til at teamarbeid er en kontinuerlig og dynamisk prosess hvor løsninger utvikles sammen med bruker og som sikrer at en «*fanger opp eventuelle endrede behov som gjør at man må endre kurs*». Dette betyr at prosess i oppfølgingen, herunder organisering av teammøter (hvor ofte, når, hvem som deltar), bestemmes av brukers behov. At det arbeides systematisk med plan for oppfølging, som setter rammen for arbeidet og som evalueres er også et viktig element. Dokumentasjonen «*i den individuelle planen blir å nedtegne mål og tiltak og sikre tidfestede sjekkpunkter for å vurdere oppnåelse av mål og utvikle nye*».

---

<sup>1</sup> jfr. blant annet §7-1 og 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven og §2-5 i pasient- og brukerrettighetsloven.



### Pilotkommuner

Seks kommuner, Asker, Bø i Vesterålen, Flora, Lenvik, Steinkjer og Suldal, ble valgt ut som pilotkommuner på bakgrunn av søknad til Helsedirektoratet. Fire av de seks 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). Asker og Steinkjer søkte ikke om å være med i forlengelsen av prosjektet.

### Helsedirektoratet som fasilitator

Helsedirektoratet har lagt opp til tett oppfølging gjennom prosjektperioden, herunder i form av nettverkssamlinger, statusmøter og andre informasjons- og veiledningsmøter. Helsedirektoratet har også tilrettelagt for opplæring i innsiktsarbeid og tilbyr pilotkommunene ekstern prosessveiledning som skal hjelpe kommunene med utviklingsarbeidet.

## 1.5 Evalueringen

### Overordnet mål

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.

### Prosess og resultatmål

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:

- 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.

### Kompleks intervensjon

Implementering av veilederen kan best karakteriseres som en kompleks intervensjon hvor oppnådd resultat er avhengig av samspill mellom kjennetegn ved intervensjonen (piloten), konteksten som intervensjonen implementeres i og implementeringsprosessen. Vi har tatt utgangspunkt i implementeringslitteraturen og beskriver og analyserer implementeringsprosess og resultat utfra anerkjente implementeringsrammeverk og forklaringsmodeller [3]. Datamaterialet er samlet inn i flere omganger gjennom de tre årene piloten har vart og omfatter data fra intervju med ulike aktører, spørreundersøkelse og kommunenes rapportering til Helsedirektoratet.



## 2 Resultater

### 2.1 Implementeringsprosessen

#### Ulikt utgangspunkt

De seks pilotkommunene hadde forskjellige utgangspunkt både når det gjaldt motivasjon for å melde seg på pilotprosjektet og i hvilken grad strukturene og rutineene som skal til for å etablere oppfølgingsteam som innarbeidet arbeidsform var til stede før piloten startet. Det var spesielt i oppstarten en del usikkerhet og forvirring rundt tolkning av begreper og tilnærminger i piloten.

#### Innsiktsarbeid – nyttig, men tidkrevende

Som en del av innledende fase gjennomførte kommunene innsiktsarbeid i form av intervju av både tjenesteutøvere og brukere. De fleste kommunene opplevde at innsiktsarbeidet var en nyttig, men tidkrevende, måte å jobbe på for å bli kjent med behovet både hos tjenestemottakere og tjenesteutøvere. Det var en felles opplevelse i pilotkommunene at kvaliteten på oppfølgingen varierte mellom tjenester og brukergrupper.

#### Forankring – viktig, og et omfattende og kontinuerlig arbeid

Forankring i organisasjonen ble gjort på flere måter, for eksempel gjennom møter og workshops, og å informere på ulike samlinger og arrangement. Flere påpekte at det er et stort og kontinuerlig arbeid å drive forankring i organisasjonen. For å nå ut nedover i organisasjonen er man avhengig av å arbeide aktivt med ledere og mellomledere i tjenestene. Man må også være bevisst på hvordan man selger inn prosjektet, det må ikke oppleves som "bare enda en ting å gjøre".

#### Ulik motivasjon i tjenestene

Kunnskap om og motivasjon til å jobbe i henhold til veilederen varierte også mellom tjenestene innad i kommunene. Det ble for eksempel kommentert at veilederen er veldig *pasientfokusert* og rettet mot helse- og omsorgstjenesten, noe som kan virke fremmedgjørende for andre tjenester, som for eksempel velferdstjenestene. At sentrale elementer i piloten ikke er klart avgrenset fra eksisterende praksis (koordinator, individuell plan, ansvarsgrupper), representerer en utfordring i formidling av og motivasjon for arbeid med piloten. Prosjektlederne har ofte blitt møtt med at dette er "Keiserens nye klær". Dette er viktig å ha i mente når man skal motivere ansatte til endring. Selv om mange brukere har hatt individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper, så har det ikke fungert optimalt for alle. Dette kan blant annet gjelde vansker med å få involvert alle nødvendige tjenester, svak koordinatorrolle, at individuell plan ikke tilbys eller ikke brukes aktivt og om manglende brukermedvirkning. Mange brukere med behov for tverrfaglig koordinert oppfølging har heller ikke fått tilbud om dette. Etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester handler om å forbedre begge deler, at alle som trenger koordinerte tjenester, får det etter de samme prinsipper og arbeidsmåter uavhengig av hvor i organisasjonen den enkelte har det meste av sine tjenester fra.

#### Lokal tolkning og tilpasning

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 kun gjaldt innfasing av nye team eller også aktivt arbeide med eksisterende team (kalt ansvarsgrupper på oppstartstidspunktet i alle kommuner) og gjøre nødvendige endringer for å oppfylle kravene til oppfølgingsteam.

### **Nødvendig tilpasning av strukturer**

Koordinerende enhet har en nøkkelrolle i piloten. Å sørge for en optimal struktur og arbeidsform i koordinerende enhet var derfor sentralt.

### **Organisering av prosjektarbeidet**

Kommunene valgte ulik form på prosjektarbeidet og det er ulikt hvordan prosjektmidlene har vært fordelt på frikjøp av prosjektleder og prosjektmedarbeidere. Flere prosjektledere ytret ønske om å frikjøpe mer tid, fordi prosessen har vært mer tidkrevende enn antatt. 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. Å knytte prosjektarbeidet nært til koordinerende enhet ser ut til å være et godt grep.

### **Prosessveiledning har vært nyttig**

Kommunene har vurdert ekstern prosessveiledning som svært nyttig generelt i implementeringsprosessen, herunder til forankringsarbeid, og noen har valgt å kjøpe ekstra tid med prosessveileder.

### **Gevinstrealisering, hva er det?**

En del av prosjektplanleggingen omfattet å lage plan for gevinstrealisering. Dette var utfordrende for kommunene og virket å være nytt for alle. Det ble også pekt på at det er vanskelig å måle både kostnader og gevinster, siden både kostandene 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. Kommunene har i liten grad selv utviklet systematiske opplegg for måling og tilbakemelding.

### **Felles kartleggingsverktøy**

I henhold til rammeverket for pilotprosjektet var valg av felles kartleggingsverktøy for å måle funksjon hos brukerne noe som skulle avklares i dialog mellom Helsedirektoratet og pilotkommunene. Det ble besluttet at IPLOS funksjonsmåling og "Hva er viktig for deg" (PSFS) skal brukes for å kartlegge behov og måle status og endring hos brukerne.

### **Kompleks intervensjon – krevende å formidle og forstå**

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. Denne utfordringen ble erkjent av Helsedirektoratet som satte i gang mange tiltak for å bidra til en omforent forståelse av målsettingen med og av tiltakene i veilederen.

### **Ulikt gjennomslag for endringsarbeidet i piloten**

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, via ledere i ulike tjenester, til tjenesteutøverne. Svakt gjennomslag på ett eller flere ledd vil svekke praksisendringer. Ulikt gjennomslag, mellom og innad i kommunene, kan knyttes til at kunnskapen om og holdningene til veilederen kan variere, som påvirker motivasjonen til å endre atferd. 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.

### **Piloten retter seg mot og må tilpasses ulike nivå**

En utfordring med formidling av komplekse intervensjoner er at tiltakene er rettet mot ulike nivå og aktører, og at standardisering av tiltak versus tilpasning av tiltak er avhengig av nivået man betrakter. På overordnet nivå er det viktig at strukturer, rutiner og nødvendige verktøy (elektroniske eller andre) er på plass. Det betyr imidlertid ikke at alle skal følges opp likt og har behov for "full pakke". Fleksibilitet i tiltak og tilnærming, skreddersydd til hver enkelt bruker og pårørende sitt 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. Kommunene jobber fortsatt med å finne form på oppfølgingen for alle brukergrupper. Så langt finner vi fleksibilitet og lokal tilpasning når det gjelder hvordan de tenker rundt oppfølging tilpasset brukers behov.

### **Konkurransen om oppmerksomhet, tid og ressurser**

Pilotprosjektet med implementering av veilederen har ikke foregått i isolasjon. Pandemien og kommunesammenslåing er faktorer som har påvirket implementeringen. 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. Men, det kan være en utfordring at implementering av veilederen fort kan oppfattes som nok et prosjekt som introduserer enda flere begreper som bidrar til forvirring og kan lede oppmerksomhet bort fra felles målsettinger.

### **Implementering tar tid**

Endring av praksis vil trolig komme både som resultat av bevisste implementeringsstrategier og diffusjon gjennom kollegial læring. Implementering er en tidkrevende og kontinuerlig prosess. I implementeringslitteraturen vises det til at full implementering ofte tar to til fem år [4, 5]. 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.

### **Fra seks til fire**

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. Steinkjer 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. Begge viste til at arbeidet går videre i ordinær drift.

## **2.2 Resultatmål 1: Struktur som sikrer systematikk og kompetanse i tjenestene**

### **Hovedaktivitet i piloten de første tre årene**

Strukturer som skal sikre systematikk og kompetanse for tverrfaglig og koordinert oppfølging av brukere i tjenesten er den delen av prosjektet pilotkommunene har jobbet mest med de tre første årene av prosjektperioden. 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.

### **Hva handler dette om?**

Det 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. 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 søknadsskjema/meldeskjema for tjenestebehovsutredning til kommunens tildelingsenhet/koordinerende enhet, samt få på plass e-meldingssystem mellom fastlegene, øvrige tjenester og koordinerende enhet. Ressurser og kompetanse i koordinerende enhet vil være 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.

### **Det har tatt tid..**

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.

### **.. blant annet til å forstå hva og hvordan**

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 til tilpasninger av "Hva er viktig for deg?"-skjemaet.

### **.. og på grunn av ulike omstendigheter**

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".

### **.. og på grunn av at arbeidet med piloten er kompleks, omfattende og tidkrevende**

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.

### **Å få på plass strukturer som skal sikre systematikk og kompetanse krever lederforankring**

Erfaring viser at oppfølgingsteam som konsept må forankres i ledelsen – både oppover (kommuneledelse) og nedover i organisasjonen (virksomhetsledere). Å sikre at koordinerende enhet har et tydelig mandat og en tverrfaglig innretning bidrar til å styrke implementeringen.

### **Virksomhetslederne må se sitt ansvar**

Å innføre oppfølgingsteam som arbeidsmetode i henhold til veilederen er først og fremst et lederansvar. Etter nærmere tre år med pilot var det mange blant de som jobber med oppfølging av brukere med store og sammensatte behov (teammedlemmer, koordinatører, ledere til koordinatører) som fortsatt var ukjent eller lite kjent med piloten. Selv om piloten var bedre kjent blant ledere enn koordinatører og spesielt teammedlemmer, som var minst kjent med piloten, svarte kun halvparten av de 30 lederne som deltok i vår spørreundersøkelse, de fleste fra helse- og omsorgstjenestene, at de var godt kjent med piloten. God kjennskap til piloten er en forutsetning for endringsarbeid fra lederne side. Veilederen er spesielt rettet mot helse. 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. Å få tydeliggjort ansvaret som også ligger på ledere i disse tjenestene er derfor viktig. Plikten

for ulike tjenester til å samarbeide styrkes og lovverket harmoniseres i ny lov om endring i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

### **Tydlig involvering og grep fra kommuneledelsen er en nøkkel til suksess**

Forankring av veilederen og oppfølgingsteam som arbeidsmåte i skriftlige planer og retningslinjer som går ut fra kommuneledelsen er strukturskapende. Skriftlige retningslinjer fra kommunedirektøren når det gjaldt forventning om samhandling mellom tjenstsektorer er også et godt eksempel på et rolleavklarende grep.

### **Strukturer for kompetansebygging og opplæring er helt avgjørende for praksisendring**

Pilotkommunene har jobbet mye med system for koordinatoropplæring og koordinatorveiledning/-støtte. Pilotkommunene har blant annet organisert samlinger, kurs og workshops med koordinatorene underveis i pilotperioden, og disse har vært populære å delta på. Denne typen opplæring bør ikke forbeholdes de som har koordinatorrolle, men tilbys bredt til alle som skal jobbe med oppfølging av målgruppen i rolle som koordinator eller teammedlem. Flere av kommunene har brukt den eksterne prosessveilederen til å holde innlegg for en større samling av ansatte.

### **Bruk av foregangspersoner forsterker implementeringen**

Et grep som er brukt med hell for å arbeide effektivt med diffusjon nedover i organisasjonen er bruk av foregangspersoner og lokale veiledere. Et godt eksempel er en kommune som etter hvert så behov for å velge ut 7-8 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.

### **Forankring hos fastleger**

I kommuner der fastlegene har opplevd Medrave (risikokartleggingsverktøy, se resultatmål 2) 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. Etter tre år med pilot synes mange av fastlegene at det er lite informasjon om prosjektet og at de ikke alltid erfarer at de er inkludert.

### **Struktur og oppgaver i koordinerende enhet**

Som nevnt spiller koordinerende enhet en nøkkelrolle i å sørge for at oppfølging av personer med store og sammensatte behov skjer i henhold til veilederen. Mange nøkkelfunksjoner og oppgaver ligger hos koordinerende enhet. Dette krever god organisatorisk kapasitet og struktur, jfr. tabellen nedenfor. God kompetanse og personlig egnethet til å drive ledelse, nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid og praktisk koordineringsarbeid er egenskaper ansatte i koordinerende enhet bør ha.

#### **Struktur og oppgaver i koordinerende enhet i kommunen.**

<b>Organisatorisk kapasitet og struktur</b>	<b>Oppgaver</b>
God administrativ forankring	Aktivt ivareta brukermedvirkning
Tydlig ansvarsfordeling, klart mandat	Sørge for tverrfaglig utredning (f.eks. PSFS-skjema)
Synlighet i organisasjonen (organisert høyt opp)	Koordinatorrekruttering, direkte eller via enhetsledere
Nedfelte prosedyrer og rutiner	Koordinatorveiledning og beslutningsstøtte (IP, elektroniske samhandlingsverktøy, PSFS-skjema, Motiverende intervju mv.)
Samarbeid med 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	

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

Det andre resultatmålet for implementeringen er at kommunene skal identifisere personer med risiko for helse- og funksjonsfall tidlig. Det innebærer at tjenestene må ha nødvendig 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 tjenesteutøvere må bidra i tidlig identifisering

Tidlig identifisering av brukere/pasienter skal ifølge veilederen potensielt sett skje alle steder i kommunen. I starten av piloten var det mye oppmerksomhet på fastlegenes rolle i tidlig i å identifisere pasienter med risiko for helse/funksjonsfall, samt de som hadde for dårlig koordinerte tjenester. Det kan henge sammen med at fastlegene tester ut et risikokartleggingsverktøy til bruk for å identifisere pasienter. Etter hvert ser det ut som oppmerksomheten på fastlegenes rolle har blitt mindre, og at alle tjenestenes rolle i tidlig identifisering vektlegges. Vi har imidlertid ikke systematisk kunnskap om hvordan alle tjenester ivaretar oppgaven med tidlig identifisering.

### Noen brukergrupper identifiseres tidligere/lettere enn andre

Målgruppa for oppfølgingsteam er alders- og diagnoseuavhengig. Kommunene startet likevel ut med noen avgrensede brukergrupper de mente at kommunen ikke ivaretok godt nok i oppstart av piloten. Flere brukergrupper har blitt inkludert etter hvert. Eldre har vært en gruppe som i liten grad har vært identifisert som kandidater for oppfølgingsteam. Men dette har fått økt oppmerksomhet i løpet av pilotprosjektet. Hvilke andre koordineringsmekanismer som finnes for denne gruppen (for eksempel primærkontakt, demenskoordinatorer m.m.) og i hvilken grad de fyller rollen til koordinator/ oppfølgingsteam er et tema som vil følges med på i den videre evalueringen.

### Rutiner for melding av pasienter/brukere er på plass

Alle kommunene har rutiner og systemer for identifisering og utredning av behov. PLO-meldinger brukes av pleie- og omsorgs-, og legetjenester for å melde brukere til kommunens koordinerende enhet, og det finnes søknadsskjema tilgjengelig på kommunenes nettsider som kan benyttes av andre tjenester, pårørende og brukere selv.

### Blandede erfaringer med digitalt risikokartleggingsverktøy

Fastlegene som deltar i piloten, har testet ut et risikokartleggingsverktøy (Medrave). Verktøyet er koplet opp mot legenes journalsystem, og ved hjelp av en algoritme gjøres det et uttrekk av pasienter som skal 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.

### Økt oppmerksomhet på observasjonskompetanse

Både i prosessen med tidlig identifisering og i den videre utredningen av behov, er observasjonskompetanse hos tjenesteutøverne som møter brukeren viktig. Oppmerksomheten på observasjonskompetanse ser ut til å ha økt betraktelig i kommunene i løpet av pilotperioden, og kommunene jobber mer målrettet enn før

med å øke observasjonskompetansen hos de ansatte. Det finnes en rekke verktøy som kan understøtte i å gjøre gode observasjoner, som ABCDE og NEWS. Slike er i bruk i kommunene.

### **PSFS ("Hva er viktig for deg?") er ikke systematisk tatt i bruk i kommunene**

Det er bestemt innenfor rammene av piloten at alle kommunene skal bruke PSFS som hjelp i et systematisk utredningsarbeid og til å måle effekt for brukerne som får oppfølgingsteam. Bruk av PSFS skal sikre brukermedvirkning i tildelingsprosessen og i videre oppfølging. PSFS bidrar til å sette mål og utvikle tiltak for å nå målene. 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.

## **2.4 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.

### **Variierende når kommunene var i gang med oppfølgingsteam som arbeidsform**

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. En kompliserende faktor for både implementeringen og evalueringen er at sentrale strukturelementer i det som skal implementeres – teambasert oppfølging, koordinator og individuell plan – er kjent og i bruk i kommunene fra før. Ansvarsgrupper er benevnelsen som ble brukt for de som hadde teamoppfølging med koordinator og eventuelt individuell plan i alle pilotkommunene tidligere. Brukermedvirkning, koordinering, tverrfaglighet og samhandling har vært satsingsområder fra myndighetenes side i mange år, og er ikke nytt for kommunene. Oppfølgingsteam som arbeidsform omfatter imidlertid mer enn bare disse strukturelementene, men også krav til hvordan koordineringen og samarbeidet praktiseres. Prosesselementer, som for eksempel dynamisk arbeidsform, aktiv oppfølging av individuell plan og reell brukermedvirkning, kan være mer krevende å formidle og endre enn strukturelementer. Oppfølgingsteam som arbeidsform skjer både gjennom teammøter, men også gjennom løpende koordinert oppfølging. For noen kommuner har det tatt ganske lang tid før "oppfølgingsteam" som begrep har satt seg og man var i gang med å jobbe etter oppfølgingsteam-tankegangen.

### **Hvilke brukergrupper har ansvarsgruppe/oppfølgingsteam i dag?**

Oppfølgingsteam er alders- og diagnoseuavhengig. Spørreundersøkelsen blant koordinatorene og teamdeltakere våren 2021 viste at noen grupper i større grad enn andre får ansvarsgruppe eller oppfølgingsteam. Voksne uføre, og barn og unge er de største brukergruppene som har en slik oppfølging. Blant de som deltok i surveyen var under en av ti koordinator/teamdeltaker for bruker i målgruppa alderspensjonist/eldre person. Det hyppigst oppgitte utfordringsbildet til de som har et oppfølgingsteam/ansvarsgruppe er utviklingshemming, psykisk helse/rus/psykososiale utfordringer og funksjonsnedsettelse.

### **Rekruttering av koordinatore er utfordrende**

Et generelt inntrykk er at det kan være krevende å få tak i koordinatore. Dette har flere årsaker, herunder mangel på tid blant ansatte og en oppfatning hos en del ansatte at det er svært arbeidsomt og krevende å være koordinator. Imidlertid ser det ut til at piloten har skapt større aksept blant enhetsledere for at ansatte skal være koordinator. Det er fortsatt nødvendig med en innsats i kommunene for å skaffe nok koordinatore.

### **Koordinatorspesialisering og tilgrensende roller til koordinator i oppfølgingsteam**

Koordinator i oppfølgingsteam skal være en som jobber tett med bruker, og det skal følgelig ikke være en spesialisert koordinator. I lovverket står det at pasient/bruker skal høres/tas med i valg av koordinator. I kommunene ser vi likevel etablering av noen mer spesialiserte koordinatore som følger opp særlig krevende saker, og som tar rollen kun i oppstarten av teamet. Det er også andre funksjoner i kommunene som ligger tett på koordinator i oppfølgingsteam, herunder primærkontakt i hjemmetjenesten, og en rekke andre koordinatore (kreft, demens osv.). I tillegg innføres også barnekoordinator i løpet av 2022. Det er nødvendig for kommunene å avklare disse beslektede og delvis overlappende funksjonene.

### **Koordinatore erfarer både positive og negative ting med rollen**

93 koordinatore besvarte en survey i forbindelse med evalueringen. Flest arbeidet som sykepleier (23 %) etterfulgt av vernepleier (18 %) og helsesykepleier (13 %). I fritekst beskrev de hva de opplever som positivt og negativt med å være koordinator. Av positive erfaringer finner vi 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. De temaene som hyppigst ble trukket fram som det koordinatorene liker minst ved rollen var 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 var også blant faktorene som de liker minst.

### **Kommunene arrangerer koordinatoropplæring**

For å mestre rollen som koordinator er det nødvendig med opplæring til ansatte som skal ha rollen. Flere av kommunene hadde arrangert kurs og opplæring til koordinatore før de ble med i piloten. Innenfor rammene av piloten har *alle* kommunene hatt workshops eller samlinger for koordinatore der de har gjennomgått koordinatorrollen, lovverk, møteledelse, bruk av elektroniske planverktøy, IP osv. Koordinatoropplæring har vært et viktig satsingsområde i alle pilotkommunene etter at de ble med i prosjektet, men pga. covid-19 pandemien har det vært begrensede muligheter for fysiske samlinger, noe som har medført utsettelse av planlagte kurs og overgang til digitale kurs.

### **Opplæring – og kompetanse - hos teamdeltakere**

Alle kommunalt ansatte kan potensielt bli en teamdeltaker, og det er derfor mange som trenger informasjon og opplæring i hva oppfølgingsteam er. I surveyen fant vi at teamdeltakere i mindre grad en koordinatore hadde deltatt på kompetansehevende tiltak. Flest hadde deltatt på informasjonsmøter om oppfølgingsteam. Av kurs var det flest som hadde vært på kurs i individuell plan, bruk av elektronisk planverktøy og brukerperspektiv og brukermedvirkning (45-46 %). Kun ni prosent av deltakerne hadde hatt kurs i PSFS, og nesten like få hadde kurs IPLOS-skåring. Hvis vi ser bort fra deltakelse på informasjonsmøter, hadde kun en fjerdedel deltatt på minst ett kompetansehevende tiltak siste år. Det ligger et stort potensial for bedre opplæring av oppfølgingsteammedlemmer i brukerfokusert og tverrfaglig samarbeid

### **Oppfølgingsteamet er tverrfaglig**

Oppfølgingsteam skal være tverrfaglig sammensatt utfra brukerens behov. Teamet består typisk, avhengig av brukerens alder og behov, av ansatte fra helse- og omsorgstjenestene (inkl. spesialisthelsetjenesten ved



behov), fastleger, NAV, oppvekst (skole/barnehage, PPT) og/eller barnevern. Oppfølgingsteamet kan også bestå av kun to fagprofesjoner hvis det er behovet, f.eks. fastlege og sykepleier. I noen tilfeller kan en tverrfaglig utredning kunne ut i at det er nok at en ansatt i kommunen (kontaktperson/koordinator) følger opp bruker/pårørende, er lett tilgjengelig dersom behov skulle oppstå, og derigjennom skaper trygghet.

### **Fastlegens rolle i oppfølgingsteam**

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, og har følgelig en naturlig rolle i oppfølgingsteam. I oppstart av piloten var det mye oppmerksomhet på fastlegen sin rolle viktig for å identifisere kandidater til oppfølgingsteam. Denne har minsket etter hvert som følge av at det har blitt mindre oppmerksomhet omkring risikokartleggingsverktøyet Medrave, som fastlegene har testet ut. Når det gjelder rollen som *teamdeltaker* (svært få fastleger er koordinator), ser det ut som fastlegene har en rolle i mange team, men at 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 medisinskfaglig art tas opp.

## **2.5 Resultatmål 4: Pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester**

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 vil si at tjenestene har et viktig ansvar i å tilrettelegge for og sørge for at brukernes tar en aktiv rolle i utformingen av eget tjenestetilbud.

### **Å fremme brukermedvirkning er velkjent i kommunene**

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.

### **Verktøy for å styrke brukermedvirkning**

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 og bygge på og styrke deres egne ressurser og mestringsevne. PSFS krever kompetanse hos de ansatte som skal bruke det. Det er også nødvendig med rutiner rundt bruken. Som pekt på over, har ikke bruken av PSFS blitt vanlig praksis i kommunene foreløpig. Noen kommuner har også tilpasset PSFS-skjemaet til spesifikke brukergrupper, for eksempel barn.

### **Brukere må få forståelse for hva som ligger i en "aktiv rolle"**

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.

### **Ikke alle brukere har samme forutsetninger og ønsker om å medvirke**

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 og finne riktig nivå på medvirkningen.

## 2.6 Brukererfaringer

Det er gjennomført to runder med brukerintervjuer. I noen tilfeller, for eksempel når bruker er mindreårig, var det pårørende som ble intervjuet. Bruker- og pårørendeerfaringer kan i liten grad knyttes direkte til erfaringer med implementeringen av oppfølgingsteam som arbeidsmåte, som 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.

### Utvalg og rekruttering av brukere/pårørende til intervju

Et utvalg på 65 brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i de seks pilotkommunene utgjør evalueringens brukerutvalg, hvorav tjue er barn og unge. I halvparten av intervjuene var det pårørende som ble intervjuet om tjenestetilbudet til enten 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.

Litt over halvparten av brukerne har kroniske sykdommer og tilstander (i hovedsak medfødte sykdommer og tilstander). I den andre halvparten er det omtrent like mange personer i kategorien alvorlige diagnoser eller tilstander (ervert, ikke medfødt), personer med psykisk sykdom, og eldre, hjelpetrengende med ulike diagnoser og tilstander.

Et flertall av brukerne i utvalget har ett eller flere koordineringstiltak: 77 prosent har koordinator, 72 prosent har ansvarsgruppe/oppfølgingsteam, og 69 prosent har en individuell plan.

Det var pilotkommunene som sto for rekrutteringen, basert på sin kunnskap om hvilke brukere som var relevante for oppfølgingsteam i deres kommune. Kriteriet fra evalueringsprosjektet var at man skulle tilstrebe at alle målgruppene definert i Helsedirektoratet var representert.

### Lite merkbar endring for bruker og pårørende

De fleste av brukerne i studien har hatt koordineringstiltak over flere år. Det er lite som tyder på merkbare endringer når det gjelder måten det jobbes på, slik brukere og pårørende opplever det. Svært få hadde hørt om oppfølgingsteam. På spørsmål om hvorvidt man hadde opplevd endringer i oppfølgingen, ble det vist til andre typer merkbare endringer, som for eksempel overgang fra barne- til ungdomsskole, eller fra tjenestetilbud innen psykisk helsevern for barn og unge og over i tilbud til voksne.

### Lite endring i teamet rundt bruker

Brukerstudien tyder ikke på merkbare endringer som kan knyttes til veilederens anbefalinger om at teamet skal være lite og dynamisk ("*så få som mulig, og så mange som nødvendig*"), og problematiserer heller ikke antallet tjenester som deltar. Derimot påpeker og problematiserer en del at ikke alle involverte møter opp som avtalt til ansvarsgruppemøter, noe som kan gi dårligere informasjonsdeling og mindre målrettet utvikling og framdrift for bruker. Et annet problem, som mange brukere og pårørende opplever, er hyppig utskifting av fagpersonell i tjenester som er involvert i ansvarsgruppen, noe som ofte påvirker kontinuitet negativt.

### Fastlegens deltakelse i møter varierer

Fastlegen er medisinskfaglig ansvarlig i teamet rundt bruker, men det varierer om fastlegen deltar i forbindelse med teammøter. I mange tilfeller deltar fastlegen av og til, og ved behov. I andre tilfeller deltar

ikke fastlegen i det hele tatt, til tross for at bruker eller pårørende opplever at det er behov for fastlegens involvering.

Flere brukere og pårørende sier de 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 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.

### **Faste versus fleksible møter**

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 trengs å drøftes. Andre 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 team/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.

### **Behov for mer målrettet teamarbeid**

Mange brukere og pårørende forteller om ansvarsgrupper som fungerer godt, og der det jobbes målrettet, men en god del er opptatt av at teamet kan bli flinkere til å jobbe med mål. Flere nevner problemer med at møtene i teamet 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. Videre 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. 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 og si. Inntrykket er at det er større fare for dette der det dreier seg om voksne med en stabil sykdomstilstand eller funksjonshemming. Dette trenger imidlertid ikke bety at bruker ikke har potensiale og behov for utvikling og framskritt.

### **Målrettet arbeid gjennom individuell plan**

De fleste brukerne i utvalget har individuell plan, men 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 et godt utbytte av det, blant annet fordi det gir større forutsigbarhet for bruker og pårørende. Målrettet jobbing er det det dreier seg om i individuell plan, men informantene gir mange eksempler på at målene ikke oppdateres – at individuell plan har blitt "liggende i en skuff". Dette indikerer at det ikke jobbes aktivt og målrettet, men i noen tilfeller beskrev brukerne en god utvikling til tross for at det formelle arbeidet med målene henger etter.

### **Koordinators rolle svært viktig**

Brukere og pårørende beskriver sin koordinator med mange gode ord. Det handler om å bli sett, bli tatt på alvor og føle seg trygg. Flere peker også på nytten av at koordinator sørger for at det jobbes målrettet. Selv om pilotkommunene har jobbet med å ruste opp for flere koordinatorene og å styrke koordinatorene gjennom

opplæring kan det likevel være vanskelig å skaffe koordinator, noe som virker inn på brukers mulighet for å velge sin koordinator. I en del tilfeller skjer også hyppig utskifting av koordinator. 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, påpekes også at rollen kunne vært mer omfattende. 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

### Flere innsatser trengs for mer medvirkning

En stor andel av brukere og pårørende vurderer informasjon, medvirkning og tilpasning i tjenestene som godt ivaretatt. 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.

Det som flest er kritisk til er hvorvidt de har fått tilstrekkelig informasjon om *behandlingsmulighetene* som fins. En del opplever at de ikke har oversikt, og at tjenesteapparatet ikke alltid er hjelpelige med å skaffe oversikt over hva man har rett på og/eller hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak som kan være nyttig. 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.

Det er få som har vært involvert i beslutning om hvem som skal være koordinator, og fra hvilken tjeneste. Dette skyldes nok delvis at det er et problem med tilgang til koordinatorene, slik at valg av koordinator ofte er en mer pragmatisk prosess basert på tilgjengelige ressurser.

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 som de ikke 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.

### De fleste har godt utbytte av hjelpen fra kommunalt hjelpeapparat

To av tre informanter oppgir at de har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen. Det mest karakteristiske med gruppen som utmerker seg som *særlig godt fornøyd* med hjelpetilbudet er at de virker å være fornøyd med både et godt hjelpetilbud og god koordinering. Koordinator trekkes fram av flere som særlig viktig, men det som også er interessant er at samtlige som er godt fornøyd 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.

## 2.7 Konklusjon

Selv om Helsedirektoratet har fylt en fasilitatorrolle 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.

## 2.8 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. Nilsen, P., *Making sense of implementation theories, models and frameworks*. Implementation Science, 2015. **10**(1): p. 53.
4. Fixsen, D.L., et al., *Implementation research: A synthesis of the literature*. 2005.
5. Fullan, M., *The new meaning of educational change*. 2007: Routledge.