



Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov

Structured multidisciplinary care team as integrative mechanism for persons with long term, complex needs

Line Melby

Forskningsleder, SINTEF Digital, avdeling Helse

Line.melby@sintef.no

Silje L. Kaspersen

Seniorforsker, SINTEF Digital, avdeling Helse

Marian Ådnanes

Seniorforsker, SINTEF Digital, avdeling Helse

Jorid Kalseth

Seniorforsker, SINTEF Digital, avdeling Helse

Jorid.kalseth@sintef.no

Sammendrag

Personer med store og sammensatte behov for tjenester risikerer lite sammenheng i tjenestetilbudet og et mangelfullt tilbud som er dårlig tilpasset deres behov. Et tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam piloteres i seks kommuner i perioden 2018–2023 og har til hensikt å gi koordinert og tverrfaglig oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester, uavhengig av alder og diagnoser. Brukermedvirkning vektlegges.

I artikkelen drøfter vi på hvilken måte oppfølgingsteam kan ses på som et virkemiddel for å skape sammenhengende tjenester for brukere med store og sammensatte behov. Vi diskuterer elementene i oppfølgingsteam opp mot begreper fra integrated care-litteraturen. Materialet i studien består av intervjuer med 160 ansatte i pilotkommunene.

Tidlig identifisering, tverrfaglig kartlegging, bruk av koordinator og tverrfaglig oppfølging er hovedelementer i oppfølgingsteam. Vi argumenterer for at disse elementene virker integrerende – sammenhengskapende – på forskjellige nivåer og på forskjellige måter. Arbeidsmåten er ikke helt ny, men det ligger en omfattende systematikk og struktur i tenkemåten om oppfølgingsteam som kan sies å være ny, samt at denne systematikken og strukturen nå skal anvendes på *alle* brukergrupper med store og sammensatte behov.

Nøkkelord

Samhandling, koordinering, pasienter, brukere, tverrfaglig, diagnoseuavhengig

Abstract

Persons with long term and complex needs for healthcare and welfare services risk poor service integration. They may also experience a lack of services, as well as services poorly adapted to their needs. Structured multidisciplinary care team has been piloted in six municipalities during 2018–2023 and aims at providing coordinated and interdisciplinary follow-up of users with extensive needs for services, regardless of age and diagnoses. User participation is emphasized.

In the article, we discuss how these teams can be a tool for creating integrated care for users with large and complex needs. We discuss the elements of the care teams against concepts from the integrated care literature. The material in the study consists of interviews with 160 employees in the pilot municipalities.

Early identification, interdisciplinary assessment, use of a coordinator and interdisciplinary follow-up are main elements in the multidisciplinary care team. We argue that these elements have an integrative effect at different levels and in different ways. Working according to the multidisciplinary care team-way of thinking is not completely new, but nevertheless represents a form of comprehensiveness and structure that can be said to be new, and which will be applied to all user groups with large and complex needs.

Keywords

Integrated care, coordination, patients, users

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Det finnes mange tiltak som skal bidra til sammenhengende tjenester for personer med store og sammensatte behov, men mange opplever likevel tjenestetilbud som er lite koordinert.
- En nasjonal veileder om strukturert oppfølging av personer med store og sammensatte behov ble lansert i 2017 og følger opp tiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste.

Hva tilfører denne studien?

- Funn fra første fase av implementeringen av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam tyder på at tiltaket har potensial for å skape bedre sammenheng i tjenestene.
- Kommunene står overfor flere utfordringer når de skal tenke nytt og diagnoseuavhengig om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

Bakgrunn

Hvordan skal helse-, omsorgs- og velferdstjenestene best følge opp personer med store og sammensatte hjelpebehov? Spørsmålet er velkjent, og utfordringen har i lengre tid vært gjenstand for mye oppmerksomhet og innsats (Meld. St. 26 (2014–2015)). Det er etablert en rekke ordninger og tiltak som skal bidra til koordinerte tjenester som brukerne opplever som godt sammenhengende. Eksempler er individuell plan (IP), ansvarsgrupper og koordinatorordninger som kreftkoordinator, samt ulike oppsøkende team som demensteam, oppsøkende samhandlingsteam, Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-team, samt ROP-team, altså teamoppfølging for personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (Ose et al., 2019). Likevel opplever mange personer at tjenestene ikke er godt koordinert og/eller har god sammenheng.

Innføring av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam (heretter: «oppfølgingsteam») er et ytterligere forsøk på å skape sammenheng i tjenestetilbudet for brukere med store og sammensatte behov (Meld. St. 26 (2014–2015)). Et oppfølgingsteam er «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», heter det i Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2018). Det er i de fleste kommuner tildelingskontor eller koordinerende enhet som tar imot melding om behov, og som beslutter om en person skal få et oppfølgingsteam. Hensikten med oppfølgingsteam er å gi koordinert og tverrfaglig oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for helse-, omsorgs og velferdstjenester, uavhengig av alder og diagnoser. Brukerne skal videre sikres et mer målrettet tilbud gjennom oppfølgingsteam,

og det skal legges vekt på brukernes opplevelse av hva som er viktig for dem. Målgruppa for oppfølgingsteam er altså alders- og diagnoseuavhengig, og brukerne kjennetegnes av at symptomer og andre faktorer er vevd sammen (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet har eksemplifisert målgruppa med brukergrupper og behov, som vi viser i tabell 1.

Tabell 1 Eksempler på målgrupper og behov

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	Gruppa 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	Gruppa trenger koordinert oppfølging fra mange tjenester
Eldre med flere diagnoser	Gruppa 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 gruppa 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 gruppa mangler ofte en helhetlig oppfølging, herunder samarbeid mellom barnevern og helsetjenesten

Veilederen viser også til at personer med store og sammensatte behov har rett til individuell plan og skal tilbys en koordinator. Kriteriene som er satt for oppfølgingsteam, samsvarer med den strukturen og systematikken som ligger i verktøyet individuell plan. Arbeidsprosessene for et oppfølgingsteam må derfor oppfylle lovkrav som gjelder individuell plan og koordinatorrollen.

Sentrale elementer i arbeidsmetoden for oppfølgingsteam er tidlig identifisering av personer som tilhører målgruppa, og systematisk kartlegging av deres behov. Dette er sentralt for å kunne iverksette tilpassede tiltak og påvirke framtidige bistandsbehov (Helsedirektoratet, 2018). For å bidra til tidlig identifisering av personer med store og sammensatte behov tester fastlegene som deltar i pilotprosjektet, ut et digitalt risikokartleggingsverktøy.¹ Verktøyet henter ut en oversikt over pasientene på listen deres som har store og sammensatte behov, og disse vil være mulige kandidater for oppfølgingsteam. For å sikre brukermedvirkning og systematikk i kartleggingen av behov er det bestemt at alle brukere skal vurderes med instrumentet Patient Specific Function Scale (PSFS).

Strukturen og arbeidsformen til et oppfølgingsteam er oppsummert slik i veilederen:

1. <http://www.medrave.no/Product>

- 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 og tiltak
 - at mål og tiltak i planen evalueres.

Sammenfattet vil det si at hovedelementene i oppfølgingsteam 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.

Tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam piloteres i seks kommuner i perioden 2018–2023.² SINTEF gjør en følgeevaluering av pilotprosjektet, og artikkelen bygger på materiale som ble samlet inn i den første fasen av pilotprosjektet. Da vi gjorde intervjuene som denne artikkelen bygger på, var det få oppfølgingsteam som var virksomme, men kommunene jobbet med forberedelser til å sette i gang med slike team.

Hensikt

Målet med artikkelen er å belyse potensialet oppfølgingsteam har for å skape sammenhengende tjenester for brukere med store og sammensatte behov, altså som en sammenhengskapende mekanisme. Med «mekanisme» mener vi en prosess som påvirker et resultat (for eksempel bedre helse, riktigere tjenestetilbud og lavere forbruk av spesialisthelsetjenester). Drøftingen tar utgangspunkt i litteratur om sammenheng i tjenestene og intervjuer med kommunalt ansatte som belyser den første fasen av implementeringen. Vi avgrensar drøftingen til å omfatte de fire hovedelementene i oppfølgingsteamet som er beskrevet over.

Sammenhengende tjenester: analytisk tilnærming

Når vi i denne artikkelen bruker begrepet «sammenhengende tjenester», henspeiler det på det som i policydokumenter ofte kalles for sømløse tjenester (Meld St. 47 (2008–2009), Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) og integrerte tjenester (på engelsk: «integrated care»). Det finnes ingen enhetlig definisjon på «integrated care» (World Health Organization, 2016), men det har etter hvert blitt laget en rekke typologier som viser elementer, dimensjoner og nivåer innenfor begrepet. Blant de mest brukte finner vi Kodner og Spreeuwenbergs (2002) beskrivelse av «integrated care»-strategier som et kontinuum og Lewis et al.s inndeling i integrasjon på fire organisatoriske nivåer (Lewis et al., 2010; World Health Organization, 2016), Shaw et al.s (2011) femdeling av hovedtyper for integrasjon og Valentijn et al.s regnbuemodell som ordner integrasjon ut ifra både organisatoriske nivåer, virkemidler og om innsatsen rettes mot individ- eller populasjonsnivå (Valentijn et al., 2015; Valentijn et al., 2013). I tillegg eksisterer det en lang rekke organiseringsformer og empirisk utledede modeller som plasshensyn ikke tillater at vi går nærmere inn på her (se World Health Organization, 2016 for en oversikt).

Sammenfattet kan vi si at de typologiene vi har referert til over, plasserer fenomenet på ulike nivåer (mikro-meso-makro) ut ifra ulik grad av integrasjon (fra tett til løs), ut ifra mekanismene bak (lover eller felles verdier og kultur) og basert på om de er individrettet eller populasjonsrettet. I denne artikkelen trekker vi særlig veksler på tre slike bidrag:

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

Valentijn et al.s regnbuemodell og Lewis et al.s og Shaw et al.s typologier. De tre typologiene danner basis for et rammeverk som er utviklet i EU-prosjektet «Project Integrate» (Calciolari et al., 2016). Framstillingen i tabell 2 bygger på rammeverket utviklet av Calciolari et al. (2016), men er noe modifisert. Tabellen gir en oversikt over integrasjon på ulike nivåer og danner utgangspunkt for vår analyse av oppfølgingsteam som en potensielt sammenhengskapende mekanisme.

Tabell 2 Typer integrasjon, basert på rammeverk utviklet i «Project Integrate» (Calciolari et al., 2016)

Verdi	Typer integrasjon	Verdi
Personsentrert helse og livskvalitet. En omforent forståelse av helse som mer enn fravær av sykdom. Fokus på livskvalitet, brukermedvirkning og informerte brukere/pasienter.	Systemintegrasjon. Horisontale og vertikalt integrerte systemer, basert på felles eller samstemte lover, regler og retningslinjer. Nasjonale incentivordninger.	Felles visjoner, normer og verdier. Også kalt normativ integrasjon. Felles visjoner og mål eksisterer på tvers av tjenester og pasienter/brukere. Tillit mellom tjenestene.
	Organisasjonsmessig integrasjon. Formell integrasjon på organisasjonsnivå. Samarbeidsrelasjoner på tvers av organisasjoner i form av nettverk, partnerskap, avtaler etc. for tjenestelevering for en definert målgruppe. Foregår gjennom sammenslåing av organisasjoner, via former for nettverksorganisering eller via felles styringsmekanismer.	
	Profesjonell integrasjon / serviceintegrasjon. Tverrprofesjonelt partnerskap basert på felles kompetanse, avklarte roller og ansvar for tjenestelevering for en definert målgruppe.	
	Administrativ integrasjon. Felles ikke-kliniske støttefunksjoner som delt ledelse, felles/harmonisert budsjett eller finansieringssystem (samme insentivstruktur), ett journalsystem og felles kvalitetssystemer.	
	Klinisk integrasjon. Tjenesten er integrert ved at ulike profesjoner og tjenesteutøvere jobber sammen og bruker felles retningslinjer og protokoller. Koordinering er personfokuseret i en enhetlig prosess over tid, sted og disiplin.	

Ser vi på tabellen fra venstre, kan oppmerksomhet på personsentrert helse og livskvalitet betraktes som en verdi som ligger under målet med å skape integrerte tjenester. Dersom alle tjenesteutøvere deler en felles forståelse av at (god) helse er mer enn fravær av sykdom og tar utgangspunkt i brukerens situasjon og ønsker, vil dette kunne bidra til bedre sammenheng for brukeren. Dimensjonen i nederste rad, i midten av tabellen, omfatter klinisk integrasjon. En slik type integrasjon refererer til tjenester som oppleves sammenhengende for brukeren fordi tjenesteutøverne jobber ut fra felles retningslinjer og har en samlet innsats overfor brukeren over tid og sted. Administrativ integrasjon kan betraktes som alle de felles bakenforliggende elementene som kan bidra til å skape sammenheng i tjenesteleveringen. Ett eksempel er et felles journalsystem for alle tjenesteutøvere og felles kvalitetsindikatorer og systemer. I Norge er det i liten grad felles budsjett på tvers av nivåer og sektorer i helse- og velferdstjenestene. Profesjonell integrasjon eller serviceintegrasjon er integrering av tjenestelevering på mesonivå. Her skapes sammenheng i tjenestene gjennom tydelig ansvarsfordeling, ved rolleavklaring og ved å inngå i tverrprofesjonelle partnerskap. Organisasjonsmessig integrasjon skjer også på mesonivå, men er mer formalisert enn den foregående typen inte-

grasjonen. Denne typen integrasjon er for eksempel basert på formelle avtaler som regulerer samarbeidsrelasjoner, samt nettverksorganisering. Når det gjelder systemintegrasjon, er det integrasjon som reguleres av lover, regler og retningslinjer. Denne typen integrasjon hen-spiller på systemer på overordnet/nasjonalt nivå som fremmer sammenhengende tjenester. Til sist – til høyre – har vi felles visjoner, normer og verdier, også kalt normativ integrasjon. Dette verdisettet kan virke på tvers av tjenestenivåer og handler om i hvilken grad tjenestene og pasientene/brukerne har en felles visjon man jobber for å oppnå.

I litteraturen skiller mange forskere mellom to hovedmekanismer som ligger bak arbeidet med å skape integrasjon og sammenheng i tjenestene, selv om de også tidvis plasseres innenfor typologiene som egne former for integrasjon. Det kan være nyttig å se på dem også som medvirkende *årsaker* til integrasjon dersom man ønsker å jobbe praktisk for å styrke sammenhengen i tjenester. Den ene mekanismen handler om funksjonelle/systemiske tiltak som helsepolitiske lover og retningslinjer, felles finansiering, ledelse og felles informasjonssystemer. Den andre mekanismen handler om felles normer, felles mål, kultur og verdier på tvers av tjenesteutøverne (her plassert i ytterkantene av tabellen), se for eksempel Valentijn et al. (2015). I en systematisk litteraturgjennomgang identifiserte Zonneveld et al. (2018) videre en rekke verdier eller egenskaper som assosieres med sammenhengende tjenester, og som ligger til grunn for tiltaksutforming. Som forfatterne selv bemerker, er en del av disse spesifikke for integrerte tjenester, mens en del er gyldige for all (helse)tjenestelevering. Likevel er det interessant å skjule til dem når vi skal drøfte oppfølgingsteam. De hyppigst forekommende verdiene som ligger under integrerte tjenester, var samarbeidsorientering, koordinering, transparens, myndiggjøring av bruker, helhetlig, samprodusert, og felles ansvar/ansvarlighet.

Hensikten med oppfølgingsteam, som den er beskrevet i veilederen (Helsedirektoratet, 2018), viser at bedre koordinering og samordning av tjenestene er en ambisjon. Det er altså tydelig at oppfølgingsteam «på papiret» er innført for å skape sammenheng i tjenestene. Men hvordan henger så elementene sammen med å skape sammenheng i brukerens tjenestetilbud? Og hva spesifikt ved dem kan bidra til bedre sammenheng i tilbudet til brukeren? Dette belyser vi nærmere videre i artikkelen.

Metode og materiale

Pilotprosjektet

Som en oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014–2015)) fikk Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Arbeidsmetode og organisering av teamet er beskrevet i den nasjonale veilederen «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov». Etter en offentlig utlysning der kommuner kunne søke om å bli pilotkommune, ble seks kommuner valgt ut: Bø i Vesterålen, Lenvik (nå: Senja), Steinkjer (nå: «Nye» Steinkjer), Flora (nå: Kinn), Suldal og Asker (nå: «Nye» Asker). Pilotprosjektet startet høsten 2018 og skulle etter planen vare i tre år, men er forlenget med to år. Kommunene som deltar, får tett oppfølging fra Helsedirektoratet inkludert veiledning fra en prosessveileder.

Datainnsamling

Denne artikkelen baserer seg på intervjudata, mens evalueringen i sin helhet også vil benytte seg av andre data. For å få dybdekunnskap om et komplekst område vi hadde lite detaljert forhåndskunnskap om, valgte vi å gjøre semistrukturerte intervjuer. Det er en god tilnærming for å få innsikt i deltakernes livsverden (Kvale, 2007), altså i denne sammenhengen å få

innsikt i kommuneledernes og medarbeidernes forståelse av hva oppfølgingsteam er, arbeidet som blir gjort for å innføre oppfølgingsteam, samt deres forventninger til hvordan slike team vil fungere.

Vi utformet temaguiden for intervjuene. Guidene var bygget opp ut ifra hovedtemaer i veilederen for oppfølgingsteam og omfattet forståelsen av målgruppa, identifisering og kartlegging av brukere, fastlegenes rolle og involvering, rekruttering og opplæring av koordinatorene, kompetanse hos ansatte, ledelse, utvikling av samhandling på tvers i kommunen og med spesialisthelsetjenesten samt brukerinvolvering. I tillegg handlet intervjuene om hvordan informantene opplevde å delta i et pilotprosjekt, og generelt sett hvordan de jobbet med å etablere oppfølgingsteam.

Evalueringen er en følgeevaluering, hvilket innebærer at vi samler inn data på flere tidspunkt over flere år for å få kunnskap om hvordan innføringen av oppfølgingsteam utvikler seg. Denne artikkelen bygger på intervjuer fra to omganger. I første omgang (desember 2018–januar 2019) intervjuet vi medlemmer av prosjektgruppene i hver av pilotkommunene. Totalt 19 personer ble intervjuet via en digital plattform. Intervjuene ga innsikt i situasjonen i kommunen og forventninger til piloten ved prosjektoppstart. I perioden april til september 2019 besøkte forskerne alle pilotkommunene over to dager og gjorde en rekke intervjuer. Informantene ble rekruttert via prosjektlederen i kommunen som henvendte seg til forhåndsdefinerte ansattegrupper. Tabell 2 viser de inkluderte informantgruppene. Ved henvendelse om intervju fikk informantene samtidig tilsendt et informasjonsskriv og samtykkeskjema. Samtykket ble signert ved oppmøte til intervju.

Tabell 3 Oversikt over informantgrupper

Informantgruppe	Spesifikt søkelys på følgende tema
Pilotprosjektgruppe inkl. brukerrepresentanter og IPLOS-ansvarlig	Planlegging, organisering og gjennomføring av pilotprosjektet, utfordringsbildet i kommunen, gevinstrealisering
Rådmann og kommuneledelse ved helse- og omsorgssjef	Kommunens utfordringsbilde, tiltak og politikk knyttet til brukere med store og sammensatte behov
Fastleger	Erfaringer med risikokartleggingsverktøyet og med å delta i ansvarsgrupper og bruk av IP. Fastlegens deltakelse i oppfølging av brukere med store og sammensatte behov
Ansatte i koordinerende enhet og tildelingskontor e.l.	Organisering av – og erfaringer med tildeling av tjenester – til personer med store og sammensatte behov. Organisering og behov/planer for utvikling av koordinerende enhet
Enhetsledere innenfor helse i kommunen (alle brukergrupper)	Erfaringer med hvordan personer med store og sammensatte behov følges opp i deres tjeneste, og med samarbeid med andre tjenester inkl. forbedringsønsker. Kompetanse i enheten. Koordinatorer i enheten og tilrettelegging for slik arbeid
Kommunale aktører utenfor helse (NAV, barnevern, PPT, skole og barnehage)	Oppvekst- og velferdssektorens erfaringer med oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, samarbeid med andre tjenester, forbedringsønsker. Koordinatorer i disse sektorene
Koordinatorer og ledere av ansvarsgrupper og IP	Erfaring med koordinering av ansvarsgrupper. Tilrettelegging for å gjøre koordinatørarbeid. Kompetansebehov. Opplæring. Brukerinvolvering

Brukergruppa som er målgruppe for oppfølgingsteam, er bred, og det betyr at det også er et stort antall fagpersoner som er relevante i oppfølgingen. Informantene inkluderte dermed personer med fagbakgrunn som sykepleiere, leger, fysioterapeuter, sosionomer, ergoterapeuter, vernepleiere, kliniske barnevernspedagoger, sosiologer, helsesykepleiere, barnehagelærere og rektorer.

Totalt gjennomførte vi (LM, SLK og MÅ) 45 intervjuer med til sammen 160 tjenesteutøvere i kommunene. Det er aktuelt at ansatte i spesialisthelsetjenesten er deltakere i oppfølgingsteam, men siden spesialisthelsetjenesten ikke har noen stor rolle i selve pilotprosjektet, har vi ikke intervjuet ansatte der. Vi har imidlertid gjort ett intervju med prosessveilederen fra Helsedirektoratet som bistår kommunene i innføringsprosessen. Tabell 4 gir en oversikt over antall intervjuer og informanter i hver av kommunene. De aller fleste intervjuene ble gjennomført som fokusgruppeintervjuer med mellom tre og åtte deltakere. Vi gjorde lydopptak av alle intervjuene, og samtlige er transkribert av forskningsassistenter.

Tabell 4 Antall intervjuer og informanter i kommunene

	Antall intervju	Antall informanter
Asker (nå: «Nye» Asker)	8	25
Bø	7	19
Flora (nå: Kinn)	7	28
Lenvik (nå: Senja)	7	28
Steinkjer (nå: «Nye» Steinkjer)	9	32
Suldal	7	28
Totalt	45	160

Som supplement til intervjuene har vi også gått gjennom pilotkommunenes statusrapporteringer til Helsedirektoratet. Her finnes blant annet informasjon om bruken av eksisterende kartleggingsverktøy og vurderinger rundt innføring av PSFS.

Analyse

I forkant av analysen definerte forfatterne sammen åtte hovedtema, basert på inntrykk fra intervjuene, som vi ønsket å organisere funnene ut fra. Disse gjenspeiler i all hovedsak intervjuguiden. I gjennomgangen av transkripsjonene utviklet vi deretter en rekke underkategorier innenfor hvert tema. SLK hadde hovedansvar for analysen, men alle forfatterne deltok i utviklingen av kategorier og funn. Vi brukte Excel til å organisere intervjusitater og koder.

Temaene var: (1) målgruppe for oppfølgingsteam, (2) refleksjoner rundt organisering og arbeidsmåte i oppfølgingsteammetodikken inkludert tidlig identifisering av brukere, (3) koordinatorrollen, (4) kompetanse, (5) fastlegenes involvering og bruken av risikokartleggingsverktøyet, (6) brukermedvirkning og -involvering, (7) implementeringsprosessen og (8) gevinstrealisering.

Alle funnene er beskrevet i en intern rapport til Helsedirektoratet. Til denne artikkelen valgte vi ut empiriske eksempler fra de temaene som reflekterer de fire hovedelementene i oppfølgingsteam. Disse framkom innenfor tema 1, 2, 3, 5 og 6.

Etikk

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som er SINTEFs personvernombud for forskning. NSD har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i tråd med personvernlovgivningen (ref. nr. 223190).

For å ivareta informantenes anonymitet oppgir vi ikke kommune når vi gjengir sitater.

Resultater

Vi har strukturert resultatene etter de fire hovedelementene i oppfølgingsteam: (i) tidlig identifisering, (ii) systematisk tverrfaglig kartlegging av brukerne, (iii) koordinator som samordner tjenestetilbudet, og (iv) dynamisk tverrfaglig teamarbeid i tjenesteleveringen. Siden ingen av informantene hadde særlig erfaring med oppfølgingsteam i praksis da vi gjorde intervjuene, består det empiriske materialet hovedsakelig av deres erfaringer fra tidligere oppfølging av brukere med store og sammensatte behov samt forventninger til oppfølgingsteam. Noen informanter hadde imidlertid erfaring med at ansvarsgrupper – i navnet – hadde blitt gjort om til oppfølgingsteam. Videre i kapitlet presenterer vi eksempler fra informantenes erfaringer med – og refleksjoner rundt – de fire hovedelementene i oppfølgingsteam.

Tidlig identifisering av brukere

Tidlig identifisering av brukere har betydning for sammenheng i tjenestene for det første gjennom at brukere med behov for bedre koordinerte tjenester kan bli identifisert. For det andre er identifisering av brukere særlig viktig for å forebygge eller utsette at behov utvikler seg og vokser i omfang og kompleksitet. Å forebygge problemer i overganger mellom barn og voksen og skape en bedre sammenheng på tvers av dette skillet er viktig for ungdommer med komplekse behov.

Intervjuene viste at identifisering av personer som kan ha nytte av oppfølgingsteam, kan skje på flere måter. Det kan være kommunalt ansatte, fastleger, spesialisthelsetjenesten eller pårørende som initierer en søknad om tjenester fra kommunen, der oppfølgingsteam er ønskelig som oppfølgingsmetode. Brukeren må samtykke til søknaden så lenge vedkommende er samtykkekompetent.

Fastlegene har fått en særlig sentral rolle i piloteringen av oppfølgingsteam når det gjelder tidlig identifisering av brukere som er i målgruppa for oppfølgingsteam. 99 prosent av den norske befolkningen er tilknyttet en fastlege, og hver av oss er i gjennomsnitt ca. tre ganger hos fastlegen per år³.

Det gir fastlegene en unik mulighet til å identifisere pasienter som kan ha nytte av oppfølgingsteam. Som nevnt i innledningen prøver fastlegene ut et digitalt risikokartleggingsverktøy i forbindelse med piloten.

Intervjuene viste at få fastleger forventet at verktøyet skulle komme med særlig overraskende funn, og etter å ha testet det fortalte de fleste at verktøyet stort sett hadde identifisert «kjente» pasienter som legene selv forventet å finne på risikolista. Flere syntes likevel det var nyttig å få en bekreftelse – svart på hvitt – på at de har oversikt, selv om også flere innrømmet at de egentlig har lite informasjon om hva som faktisk blir gjort for de av pasientene som har kommunale eller andre tjenester. En fastlege beskrev nytten av risikokartleggingsverktøyet slik:

Hvor nyttig det er? Altså jeg visste jo – og kjente jo – til de pasientene som scoret høyt selv, men nå fikk jeg det på en måte dokumentert på lista, og det var jo egentlig nyttig. Ja, for selv om man tenker at når man leser listen, så ser man at «ja, den og den kjenner jeg veldig godt og vet at de har utfordringer», så veldig greit å få det svart på hvitt. Og da er det mye lettere å ta tak i problemet, da, og prøve å se hva slags tilbud de har egentlig i dag, da. Men det er jo mange her som er såpass oppgående at selv om de scorer høyt, absolutt ikke trenger noe oppfølgingsteam (fastlege).

3. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

Inntrykket fra intervjuene var at de fleste nye brukerne ble identifisert av kommunale tjenesteytere, og at brukerne typisk hadde noen tjenester fra før som med fordel kunne bli bedre samordnet og supplert med flere tjenester. Samlet sett var det mange informanter som uttrykte ønske om et mer systematisk arbeid på tvers av tjenestene på et tidlig tidspunkt. Særlig overgangen mellom barn og voksen (under og over 18 år) ble trukket fram som kritisk. Vi fant noen eksempler på at kommuner – og mer spesifikt enkelttjenester – hadde prosedyrer på hvordan man skulle håndtere denne overgangen. På de fleste stedene var det imidlertid manglende systemer for å skape en god sammenheng i tjenestetilbudet, og flere informanter fortalte om vanskelige saker der de opplevde å komme for sent inn. En ansatt ved et tildelingskontor fortalte om en dårlig planlagt overgang:

Vi hadde en sak nå nettopp hvor en bruker – der NAV har fulgt opp og betalt husleie – han har ramponert leiligheten, har hatt 150.000 i utgifter, og de ringer til oss: «han trenger bolig, og han trenger oppfølging». De har sittet og sett på dette i syv år, at det har gått utforbakke (...) Så kommer det som en atombombe i stedet for å kunne involvert oss på et tidligere tidspunkt. Hun virksomhetslederen for barnevernstjenesten – vi snakket litt for en måneds tid siden – at vi må møtes og prøve å finne noen samarbeidsrutiner i forhold til dette, for de sitter jo på mange brukere. (...) Vi får jo bombe etter bombe, det er gjerne når de blir atten, tre måneder før de blir atten eller noe sånn... (ansatt i tildelingsenhet).

Også NAV etterlyste mer samhandling med helse- og omsorgstjenestene om barn og unge – slik at de kunne være bedre forberedt når de unge fyller 18 år og har behov for hjelp fra NAV. En leder i NAV beskrev at de ønsket å være (mer) koplet på skolehelsetjenesten, slik at de for eksempel kunne drive veiledning om økonomi for ungdommen. Hun var oppgitt over at NAV ikke visste om mange brukere før de er 18 år.

Eldre er en annen målgruppe, der mange kan ha behov for oppfølgingsteam. Ingen av pilotkommunene hadde særlig mange eldre som ble meldt som kandidater for oppfølgingsteam. I en kommune beskrev prosjektledelsen at den eldste som hadde oppfølgingsteam, var 67 år. Få eldre ble henvist til koordinerende enhet, og derfor var det også få som ble vurdert for å få oppfølgingsteam, fortalte hun. Sammenfattet ga intervjuene et inntrykk av at kommunene oppfattet at eldre ble ivaretatt gjennom hjemmesykepleie og fastlegen, og dermed ble de ikke vurdert for oppfølgingsteam.

Systematisk, tverrfaglig kartlegging av brukerens behov

Det andre sentrale elementet i oppfølgingsteam er systematisk og tverrfaglig kartlegging av brukerens behov. Kommunene som deltar i oppfølgingsteamprosjektet, hadde alle ved oppstart og i prosjektets første fase sine egne mer eller mindre systematiske framgangsmåter for kartlegging av brukere. Noen av kommunene hadde tilgang til – og erfaring med – en mengde kartleggingsinstrumenter, mens andre hadde færre. Videre hadde forskjellige yrkesgrupper sine fagspesifikke varianter. Det var altså en del variasjon både mellom kommunene og yrkesgrupper innad i kommunene. Det var også generelt sett liten grad av (systematisk) medvirkning blant brukerne når det gjaldt påvirkning på eget tjenestetilbud.

Prosjekteier Helsedirektoratet så derfor et behov for et felles kartleggingsinstrument på tvers av pilotkommunene og en mer systematisk måling av brukeren ved oppstart av tjenester, slik at det var mulig å måle endringer og effekter av tjenestene. I tillegg var det et ønske om å styrke brukermedvirkningen. Det ble derfor besluttet våren 2019 – etter at pilotprosjektet hadde vært i gang en stund – at alle kommunene skulle bruke instrumentet Patient Specific Function Scale (PSFS) (på norsk: «Hva er viktig for deg?») ved vurdering av nye

brukere. I tillegg til PSFS er det anbefalt at kommunene bruker 4 meters gangtest og EQ5D som ekstra kartleggingsinstrumenter der det er relevant.

På intervjuetidspunktet våren/høsten 2019 hadde ikke pilotkommunene tatt i bruk PSFS på en systematisk måte, så intervjuene ga lite informasjon om erfaringer med å bruke dette instrumentet. Statusrapporteringer fra kommunene til Helsedirektoratet våren 2020 viser imidlertid at kommunene startet opp bruk av PSFS våren 2020. Samtidig forteller rapporteringene oss at på dette tidspunktet var det i én kommune «fremdeles ikke god nok rutine på bruk av PSFS ved kartlegging», at det i en annen (sammenslått) kommune fortsatt varerte en rekke forskjellige varianter av kartleggingskjemaet, mens en tredje kommune skrev at dersom PSFS på sikt skal innføres for alle som har oppfølgingsteam, må det forankres hos kommunaldirektøren og deretter spres nedover.

En koordinator som samordner tjenestetilbudet

I intervjuene ble koordinatorrollen mye tematisert av informantene. Mange snakket om vansker med rekruttering av en koordinator, om opplæring eller mangel på sådan og om erfaringer med koordinatorrollen. I praksis skal koordinatoren for oppfølgingsteam innkalle til og lede teammøter, koordinere de involverte tjenestene og jobbe for framdrift og måloppnåelse av brukerens planer. I tillegg er koordinatoren brukernes kontaktpunkt. En del brukere har individuell plan, og i de tilfellene er det koordinatorens oppgave å følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, 2011b). En koordinator er ikke en ny ordning, men den har blitt aktualisert for kommunene som deltar i pilotprosjektet.

Siden koordinatoren kanskje er det mest sentrale elementet i oppfølgingsteam, er det avgjørende å få på plass koordinatorene tidlig. Alle pilotkommunene har imidlertid erfaring med at det er vanskelig å få rekruttert koordinatorene. Gjennom intervjuene hørte vi en rekke historier om hvordan ansatte vegrer seg for å være koordinatorene, og om tjenester (og ledere) som ikke ville ta på seg koordineringsansvar. Dette kan ha ulike årsaker som at enkeltpersoner opplever at de ikke har tid til å være koordinator, at de mangler kompetanse, og at tjenester mener at de ikke har ansvar for at deres ansatte skal være koordinatorene. Dette er typisk tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren, som ikke reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel skoler. Videre framkom det i intervjuene at noen grupper er overrepresentert i koordinatorrollen, som helsesykepleiere (særlig i skolehelsetjenesten) og vernepleiere. Å være koordinator for mange brukere oppleves som svært arbeidskrevende. Informantene opplevde det derfor som nødvendig å få fordelt koordinatoroppgaven på flere tjenester og yrkesgrupper. Pilotkommunene har derfor stor oppmerksomhet på å få på plass koordinatorene. En virksomhetsleder fortalte hvordan de jobbet for å «selge inn» oppgaven:

Mine ansatte synes nok at det er greit, men hvis du snakker om alle de ansatte der ute, så tror jeg de synes at det er en pest og en plage å bli koordinator. Så det er noe med å selge det ut som en oppgave som du på en måte kan vokse på, og at innbyggerne blir raskere satt i stand til å mestre, slik at vi kan få frigjort tid til å ta oss av de som ikke noen gang vil kunne mestre (virksomhetsleder).

Intervjuene viste at kommunene gjorde en rekke grep for å styrke rekrutteringen og gi støtte til koordinatorene. Informantene fortalte at på et overordnet nivå handler det om organisering og tilrettelegging for at ansatte kan være koordinatorene, og ikke minst handler det om ledelse. Det framkom at flere av kommunene har fått mer informerte og engasjerte ledere som gir aksept for at deres ansatte skal være koordinatorene rundt om i tjenestene, og at det

er et arbeid som tar tid. Pilotprosjektet representerer også en mulighet for å informere om koordinatorrollen til ledere og ansatte i mange deler av kommunen. Det skaper større forståelse for hva en koordinator skal gjøre, og hvordan det henger sammen med de andre arbeidsoppgavene. Videre arrangerte alle kommunene koordinator-skole. Koordinator-skolen er en opplæring som går gjerne over to–tre dager, og som handler om koordinatorrollen, lovverk, møteledelse, bruk av Sampro (digital løsning for IP) m.m. Mange informanter trakk fram at møteleder-kurs er mest etterspurt og mest populært blant deltakerne. Nå som koordinatorrollen koples til oppfølgingsteam, ser vi at kommunene lager samlinger der de tar for seg både temaet oppfølgingsteam og koordinatorrollen. En informant i prosjektgruppa i en av kommunene fortalte om hvordan de har organisert sine workshops:

Vi har hatt workshops for koordinatører og framtidige koordinatører, og da går vi gjennom hva tverrfaglig oppfølgingsteam er, altså teamtankegangen. Jeg vet ikke om det blir så mye revolusjonerende nytt der, men vi får med teamtankegangen og litt om hva koordinator er, og litt om disse verktøyene for individuell plan, så skal vi jobbe mye i forhold til case (medlem av prosjektgruppe).

Dynamisk, tverrfaglig teamarbeid i tjenestelevering

Å etablere team er et mye brukt virkemiddel for å skape en opplevelse av sammenheng i brukerens tjenestetilbud. I Norge er helse- og omsorgstjenestene organisert på denne måten for mange bruker- og pasientgrupper. Det særegne med teamutformingen slik det er beskrevet i informasjonen til pilotkommunene fra Helsedirektoratet, er at det skal være lite og dynamisk. Det vil si at teamet skal bygges rundt brukeren, og det skal kun inkludere de mest sentrale tjenesteutøverne. Teammedlemmene skal erstattes med andre dersom brukerens behov endrer seg. Ideen med det lille, dynamiske teamet bygger på en mer eller mindre uttalt antakelse om at ansvarsgrupper ikke har fungert godt fordi de har inkludert for mange tjenesteutøvere som har hatt for lite eierskap til saken, og som har vært lite aktive i oppfølgingen av brukeren. Når informantene beskriver oppfølgingsteam i intervjuene, ser vi at mange har adoptert formuleringen «lite, dynamisk team». Imidlertid er det ikke mange som forteller om dårlige opplevelser med store ansvarsgrupper, ei heller har ansvarsgruppene vært spesielt store. Det er i alle fall en klar forståelse av at oppfølgingsteamet skal bestå av få personer, om lag tre–fire stykker. En ansatt med erfaring som koordinator opplevde at de allerede hadde begynt å jobbe etter oppfølgingsteamtankegange før de ble pilotkommune:

Jeg tenker at det har vel vært en endring i kommunen over en periode, og jeg synes jeg ser endring bare fra Koordinerende enhet startet, og det arbeidet som er gjort der fra 2012 fram til i dag, at ansvarsgruppene er redusert i fra 17 til 5. Og så plukker en inn tjeneste etter behov i perioder og jobber litt mer strukturert i oppfølgingsteamet – som det heter nå, da – enn hva en gjorde tidligere. Og det er og mer av brukermedvirkning i forhold til at en ikke sitter der alene med hodet fullt av folk og ser på deg, at de har en større stemme selv (koordinator, kommune).

Diskusjon

Målet med denne artikkelen har vært å belyse potensialet oppfølgingsteam har for å skape sammenhengende tjenester for alle brukere med store og sammensatte behov. Videre diskuterer vi hvordan innføring av oppfølgingsteam kan fremme sammenheng i tjenestene, og hva som eventuelt hindrer det.

Tidlig identifisering av brukere som kan ha behov for oppfølgingsteam, er et viktig skritt

på veien for å kunne tilrettelegge for et sammenhengende tilbud. Risikokartlegging av pasienter på fastlegens liste gir en mulighet for tidlig identifisering av pasienter som ikke følges tilstrekkelig opp, men samtidig viste intervjuene at fastlegene stort sett fant «kjente» pasienter. Det betyr imidlertid ikke at de får et optimalt tilbud i dag, og «identifiseringsarbeidet» kan slik sett betraktes som en katalysator for å oppdage områder hvor samhandlingen mellom de ulike tjenestene kan bedres. Videre er det et poeng at identifisering må skje i alle tjenester i kommunen. For å få til dette vil en form for normativ integrasjon (Calciolari et al., 2016), der alle tjenesteutøvere i kommunen jobber etter samme visjoner og mål – at enhver med store og sammensatte behov skal vurderes, være nødvendig.

Intervjuene viste videre at det er varierende oppmerksomhet rundt forskjellige brukergrupper, og at kommunene opplever det som krevende å skulle anvende en slik generisk tilnærming. Det er lettere for kommunene å rette innsatsen mot enkeltgrupper, for eksempel barn og unge, enn mot alle. Eldre var i minst grad identifisert som aktuelle for oppfølgings-team på intervjutidspunktet.

En systematisk tverrfaglig kartlegging av brukerne etter at de er identifisert som mulige kandidater for oppfølgingsteam, bereder grunnen for hvilke tjenester som skal involveres. Bruken av PSFS som verktøy for brukerinvolvering kan gi en opplevelse av bedre sammenheng i forløpet (Stoop et al., 2020). Det kan også ses på som et ledd i et forsøk på å skape klinisk integrasjon, det vil si at tjenesteutøvere bruker et felles sett av retningslinjer og instrumenter (Calciolari et al., 2016; World Health Organization, 2016). En slik kartlegging, gjort og forstått på samme måte av alle tjenesteutøverne, kan i sin tur betraktes som et skritt på veien mot en profesjonell integrasjon der tjenesteutøverne besitter en felles grunnforståelse av brukerens behov, til tross for ulik fagbakgrunn. Funnene i studien viser imidlertid at kommunene i dag anvender mange forskjellige kartleggingsverktøy. Dersom PFSF skal få den funksjonen det er tiltenkt, og bidra til klinisk integrasjon, er det nødvendig at fagspesifikke verktøy brukes som tillegg til et felles verktøy. Balansegangen mellom behovet for profesjonsspesifikke, lokale verktøy sett opp mot standardiserte arbeidsmåter og verktøy er gjennkjennelig fra andre studier og teoretisk arbeid (for eksempel Timmermans & Epstein, 2010) og vil trolig spille seg ut også i pilotkommunene.

Koordinatoren er et viktig element i teamet og kan ses på som et nav og en kontinuitetsbærer i arbeidet med å skape sammenheng mellom tjenester. Kontinuitet i tjenestetilbudet henger sammen med serviceintegrasjon, altså at tjenesteutøverne har avklarte roller og ansvarsforhold, samt har en felles forståelse for hva brukeren trenger av oppfølging (Calciolari et al., 2016; Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Koordinatoren spiller en sentral rolle i dette arbeidet. En stor utfordring i pilotkommunene har imidlertid vært å få rekruttert tilstrekkelig med koordinatorene, noe som vil vanskeliggjøre arbeid etter oppfølgingsteammetodikken. Koordinatorene opplever dessuten at det ikke avsettes nok tid i stillingen til å drive koordinering, og at det ofte er de samme personene som ender opp som koordinator, og blir overbelastet.

Kommunene jobber på flere måter for å senke terskelen for å bli koordinator og styrke rollen, blant annet gjennom opplæring av nye koordinatorene. En systematisk litteraturomgang av ledelse av integrerte tiltak i primærhelsetjenesten viste at ledernes relasjonelle og organisatoriske ferdigheter og dyktighet i prosessledelse og endringsledelse var viktig for å styrke integrasjon av tjenester (Nieuwboer et al., 2019). Dette stemmer godt overens med våre funn, der mange koordinatorene særlig ønsker seg mer kunnskap om møteledelse og relasjonsbygging.

Oppfølgingsteam med en koordinator kan videre betraktes som en form for case managermodell. I Norge har vi i liten grad en organisering av helse- og omsorgstjenestene som full-

stendig samsvarer med en slik ordning, men det er etablert en rekke team som skal styrke samhandling rundt en pasient/bruker. I en litteraturstudie av helseprofesjoners samhandling i lys av samhandlingsreformen utleder Vik (2018) fem forskjellige «samhandlingsarenaer», hvor samhandlingsteam er en av dem. Han fant at felles for teamene er at de arbeider med pasienter med sammensatte lidelser. Litteraturstudien viste også at team har en sentral funksjon knyttet til samhandling ved overganger mellom tjenester. Det kan tale for at oppfølgingsteam kan bidra til å skape sammenheng ved å kople sammen tjenester på forskjellige nivåer.

Teamet som skal etableres rundt brukeren, skal ikke ha flere medlemmer enn nødvendig til enhver tid (være dynamisk) og ha brukerinvolvering i fokus. Å jobbe pasientorientert og ut ifra en partnertankegang mellom pasient og tjenesteutøver kan redusere profesjonelle grensedragninger (Kassianos et al., 2015) og kan være gunstig for å skape felles visjoner og skape tillit tjenesteutøverne seg imellom. Det kan bidra til å styrke den normative integrasjonen, altså et felles verdsett på tvers av tjenesteutøvere (Calciolari et al., 2016; Valentijn et al., 2015)..

Innføringen av oppfølgingsteam griper inn i mange nivåer av integrasjon, som vi presenterte i tabell 2. Overordnet er Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov et godt eksempel på en ordning som representerer nasjonale helsepolitiske føringer, og følgelig anlegger et systemperspektiv på integrasjon. I gjennomgangen av de fire hovedelementene i oppfølgingsteammetodikken har vi vist at andre nivåer av integrasjon også aktualiseres. Det er et omfattende arbeid for kommunene når de skal virkeliggjøre integrasjon på lavere nivåer (felles verdigrunnlag, organisasjonsmessig og profesjonell) som samsvarer med krav på nasjonalt nivå.

Konklusjon

Kan oppfølgingsteam fungere som en sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov? I artikkelen har vi sett at elementene i oppfølgingsteam har potensial til å virke integrerende – sammenhengskapende – på forskjellige nivåer og på forskjellige måter. Men som vi også har vist, ligger det mye arbeid i å få på plass de forskjellige elementene, og mye gjensto da vi gjorde intervjuene. Noen forhold utpeker seg som uvante og dermed særlig utfordrende å få til. Den generiske tankegangen er utfordrende. Kommunene er mest vant til å jobbe målrettet mot enkelte brukergrupper, mens oppfølgingsteam krever at blikket rettes mot *alle* brukere med store og sammensatte behov. En annen utfordring er å spre kunnskap om oppfølgingsteam til hele organisasjonen, slik at alle tjenester vet hva de skal gjøre når de står overfor en bruker med store og sammensatte behov. En tredje utfordring er rekruttering og opplæring av koordinatorene. Når koordinatoren er på plass, må denne videre gis rammer og ressurser slik at det er mulig å jobbe med oppfølgingsteamet på en skikkelig måte. Neste trinn i evalueringen blir å undersøke hvordan oppfølgingsteam blir tatt i bruk i kommunene, og ikke minst hvordan brukerne opplever denne formen for oppfølging.

Vi ønsker å takke alle informantene våre i kommunene som stilte opp til intervju i en travel arbeidshverdag. En spesiell takk går til de seks prosjektlederne i pilotkommunene som bisto med rekruttering av informanter, booking av møterom og annen tilrettelegging i forbindelse med vårt besøk i kommunen.

Datainnsamling i forbindelse med evalueringen ble finansiert av Helsedirektoratet, mens arbeidet med artikkelen er finansiert SINTEF.

Ingen interessekonflikter.

Referanser

- Calciolari, S., González, L., Goodwin, N. & Stein, V. (2016). *The Project INTEGRATE Framework* (EU Grant Agreement 305821, September). <https://www.projectintegrate.eu.com/integrated-care/resource/the-project-integrate-framework>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011a). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Kassianos, A. P., Ignatowicz, A., Greenfield, G., Majeed, A., Car, J. & Pappas, Y. (2015). «Partners rather than just providers...»: A qualitative study on health care professionals' views on implementation of multidisciplinary group meetings in the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.2019>
- Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). <http://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. SAGE.
- Lewis, R. Q., Rosen, R., Goodwin, N. & Dixon, J. (2010). *Where next for integrated care organisations in the English NHS?* <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Nieuwboer, M. S., van der Sande, R., van der Marck, M. A., Olde Rikkert, M. G. M. & Perry, M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/doi:10.1080/13814788.2018.1515907>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H. & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. [Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2019.pdf](https://www.kommunaltpsykiskhelse.no/arsverk-2019)
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*. [014.-what is integrated care research report june11 0.pdf](https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-research-report-june11-0.pdf)
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Stoop, A., Lette, M., Ambugo, E. A., Gadsby, E. W., Goodwin, N., MacInnes, J., ... consortium, S. (2020). Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 16. <https://doi.org/doi:10.5334/ijic.5427>
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., ... Vrijhoef, H. J. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15, e003–e003. <https://doi.org/doi:10.5334/ijic.1513>

- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13, e010–e010. <https://doi.org/doi:10.5334/ijic.886>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling–en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J. & Minkman, M. M. N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 9. <https://doi.org/doi:10.5334/ijic.4172>