

# Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam<sup>F</sup>

– en kvalitativ studie av kommunale lederes erfaringer med implementeringen

## SAMMENDRAG

© 2023 Jorid Kalseth,  
Silje L. Kaspersen



I 2018 lanserte Helsedirektoratet pilotprosjektet *Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam* med mål om å implementere nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017) i seks kommuner.

Veilederen retter seg mot ledere på alle nivå og tjenesteområder i kommunen som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, uavhengig av alder og diagnose. I utgangspunktet var piloten planlagt å vare ut 2021, men ble forlenget med to år til 2023. Fire kommuner valgte å fortsette prosjektet.

Artikkelen undersøker lederinvolvement i implementeringen av piloten basert på intervju med 44 topp- og mellomledere og utvalgte nøkkelpersoner i de fire pilotkommunene våren 2022, og drøfter dette i lys av implementerings- og ledelsesteori. Forskningsspørsmålene omhandler 1) hvor godt piloten har vært forankret

blant ledere på ulike nivå og på tvers av sektorer, 2) hvilke ledergrep som er tatt, 3) hvilke utfordringer lederne har erfart, og 4) hvilke gevinster lederne ser.

Resultatene viser at innføring av oppfølgingsteam som arbeidsform har stor oppslutning blant toppledere i pilotkommunene. Piloten går inn på kjerneoppgavene til kommunene og understøtter utviklingsarbeid de uansett må gjøre. En rekke ledergrep er tatt på ulike nivå. Vi fant merkbart mindre involvering og kjennskap til piloten blant enhetslederne fra oppvekst og velferd enn blant enhetsledere i helse og omsorg. Lederinvolvement utfordres av kompleksiteten i implementeringen og av at tjenesteområdene styres av ulike formål og rammebetingelser. Studien avdekker et behov for å rydde i mylderet av koordineringsmodeller og -begreper.



**Jorid Kalseth** er seniorforsker i SINTEF, avd. Helse. Hun er dr. polit i samfunnsøkonomi (NTNU) og avhandlingen omhandlet betydningen av politikk for ressursbruken i kommunal tjenesteproduksjon. Hun har lang fartstid som helsetjenesteforsker i SINTEF og har ledet og deltatt i en rekke nasjonale og internasjonale oppdrags-, forsknings- og evalueringssjekter.



**Silje L. Kaspersen** er seniorforsker i SINTEF, avd. Helse. Hun har ph.d. i samfunnsmedisin (NTNU), der hun studerte sammenhengen mellom arbeidsledighet og helse i den norske arbeidspopulasjonen. Som helsetjenesteforsker har hun de siste 17 årene jobbet med en rekke evalueringer og forskningsoppdrag for helsemyndighetene, særlig på psykisk helse-feltet.

## Innledning og bakgrunn

### *Utfordringsbilde – personer med behov for oppfølging fra ulike tjenester i kommunene*

Stadig flere mennesker har behov for samtidig oppfølging fra mange ulike fagområder, som følge av økt forekomst av kroniske tilstander og multimorbiditet, funksjonssvikt, kognitiv svikt, psykiske helseutfordringer og sosial sårbarhet (Schaink et al., 2012). Oppfølgingsbehovet omfatter ofte også andre områder enn de rent helsespesifikke, for eksempel skole eller jobb, familie og sosialt nettverk, bolig og økonomi. De følges derfor opp av mange tjenesteytere fra ulike profesjoner og sektorer, noe som krever samhandling og samordning mellom tjenestene. Mange med komplekse behov opplever likevel mangelfull koordinering, og pårørende utfører ofte rollen som koordinator (von der Lippe et al., 2022).

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015)) lanserte oppfølgingsteam som et av virkemidlene for å skape bedre oppfølging. Helsedirektoratet ble gitt i oppdrag å utarbeide en veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2018b) og å gjennomføre en pilot for implementering av strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam (Helsedirektoratet, 2018a). Piloten startet høsten 2018 med deltakelse fra seks kommuner (Asker, Bø i Vesterålen, Flora (nå Kinn), Lenvik (nå Senja), Steinkjer og Suldal). I utgangspunktet var piloten planlagt å vare ut 2021, men ble forlenget med to år til 2023. To kommuner (Asker og Steinkjer) søkte ikke om videreføring.

### *Om pilotprosjektet*

Et sentralt element i piloten var at kommunene skulle arbeide aktivt med tjenesteutvikling. Figur 1 er hentet fra rammedokumentet til piloten (Helsedirektoratet, 2018a) og oppsummerer det mest sentrale i tjenesteutvikling etter faser i brukeroppfølgingen. Kommunene fikk årlig tilskudd for pilotdeltakelse som skulle dekke blant annet lokal prosjektledelse, fastlegeinvolvering, omstilling, kompetanseheving og reisekostnader til/fra nettverkssamlinger.

## *Evalueringen*

SINTEF evaluerer pilotprosjektet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Data, metode og resultater for de tre første årene av piloten er grundig dokumentert og diskutert i statusrapport (Kalseth et al., 2022a) og oppsummert i en kortversjon (Kalseth et al., 2022b).

### *Formål og forskningsspørsmål*

Å innføre oppfølgingsteam som arbeidsmetode i henhold til veilederen er et lederansvar, og å få på plass strukturer som skal sikre systematikk og kompetanse krever god lederforankring i alle deler av organisasjonen. Kommuneledelsen skal sørge for nødvendige strukturer, rutiner og ressurser, og linjeledere skal sørge for nødvendig endringsarbeid i sine enheter.

Formålet med artikkelen er å undersøke pilotens forankring blant ledere på ulike nivå, og hvilke tilnærminger og grep lederne har tatt for å støtte innføringen av oppfølgingsteam. Følgende forskningsspørsmål blir undersøkt:

- Hvor godt er piloten forankret blant ledere på ulike nivå på tvers av sektorer?
- Hvilke grep har ledere på ulike nivå tatt for å tilrettelegge for oppfølgingsteam som arbeidsform?
- Hvilke utfordringer opplever lederne for iverksetting av tiltakene i piloten?
- Hvilke effekter og gevinster av pilotprosjektet og implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform ser lederne?

### *Kjennetegn ved pilotkommunene*

De fire gjenværende pilotkommunene er forskjellige når det gjelder størrelse og utfordringsbilde (tabell 1), administrativ organisering (tabell 2) og organisering av pilotprosjektet. Alle kommunene har til en viss grad organisert piloten som prosjekter med frikjøpt prosjektledelse (PL), prosjektmedarbeidere og eventuelt styringsgruppe. I Suldal og Bø er PL tilknyttet helseområdet, og mens PL har vært den samme gjennom perioden i Suldal, har det vært to forskjellige PL i Bø. I Senja var tidligere rådmann prosjektleder i starten, men det har vært flere endringer i PL, og nåværende PL er organisert under stab Helse og omsorg. Kinn vurderte ved oppstart at de ikke trengte å bygge nye strukturer for piloten, utenom frikjøp av prosjektledelse fra koordinerende enhet (KE).

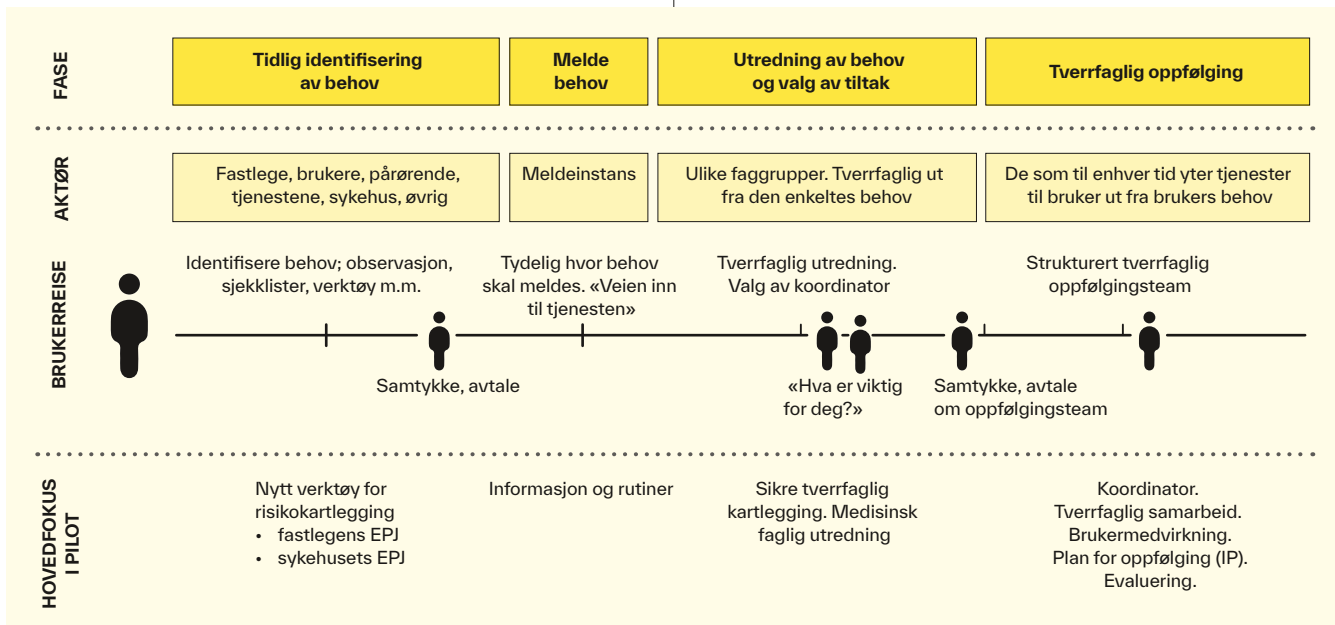
## **Data og metode**

### *Kvalitative intervju*

Datagrunnlaget utgjøres av 21 intervju med 44 topp- og mellomledere og utvalgte nøkkelpersoner i de fire gjenværende pilotkommunene våren 2022. Seks av intervjuene ble gjennomført individuelt, resten var fokusgrupper med to til fire deltakere.

Kvalitative fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å få dybdeinformasjon om lederne erfaringer og holdninger omkring pilotprosjektet og oppfølgingsteam som arbeidsform på tvers av tjenesteområder. Toppledere ble intervjuet sammen for å reflektere rundt toppledelsens rolle i pilotprosjektet og hva de har bidratt med for å få til

Figur 1. Hovedtema i piloten. Kilde: Helsedirektoratet



Tabell 1. Kommuneprofiler.

	Suldal	Kinn	Bø	Senja
Innbyggertall (2023)	3,815	17,179	2,584	14,851
Andel bosatt spredtbygd	69 %	17 %	65 %	47 %
Sammenslått i pilotperioden	Nei	Ja (+1)	Nei	Ja (+3)
Andel 65+ (2019)	22,3	19,3	30,7	21,7
Andel aleneboende 40+ (2019)	22,3	23,8	29,6	26,1
Eneforsørgere under 45 år (2016-2018)	8,2	14,5	18,9	21,2
Mottakere av stønad til livsopphold 20-66 år - standardisert (2018)	12	15	23	21
Varig uføretrygdede 18-44 år - standardisert (2016-2018)	3,2	3,1	4,5	4,7
Frafall videregående - standardisert (2016-2018)	13	17	23	27
Inntektssystemet* - indeks utgiftsbehov helse (2020)	1,52	1,15	1,52	1,17
Inntektssystemet* - indeks utgiftsbehov omsorg (2020)	1,25	1,06	1,72	1,26
Inntektssystemet* - indeks utgiftsbehov barnevern (2020)	0,74	0,88	0,97	1,1
Inntektssystemet* - indeks utgiftsbehov sosialhjelp (2020)	0,74	0,80	0,90	0,88

\* Jfr. grunnlag for utgiftsutjevning i inntektssystemet for kommunene. Landsgjennomsnitt = 1. Verdi > (<) 1 indikerer høyere (lavere) utgiftsbehov enn landsgjennomsnittet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/>

Tabell 2. Administrativ organisering.

**Suldal:** Fire kommunalområder: Helse og velferd (helse, sykehjem, hjemmetjenester inkl. tildelingskontor og psykisk helse, bo- og aktivitetstiltak, NAV, barnevern), Oppvekst (skoler, barnehager, oppvekstsenter, introsenter, PPT), Kultur og samfunnsutvikling og Økonomi og organisasjon. Kommunalområdene ledes av kommunalsjefer med enhetsledere og avdelingsledere som mellomledersjikt. KE\* plassert i Helse og velferd, med samme organisering siden 2012.

**Kinn:** Fire kommunalområder: Helse og velferd (helse, omsorgssenter, hjemmetjeneste og miljøteneste, rus og psykiatri, NAV), Oppvekst og undervisning (skoler, barnehager, kulturskole, PPT, helsestasjon og barnevern), Samfunn, kultur og miljø, og Økonomi. Kommunalområdene ledes av kommunalsjefer med tjenesteledere og avdelingsledere som mellomledersjikt. KE\* plassert direkte under kommunedirektør, avd. Fag og utvikling, med samme organisering siden 2012.

**Bø:** Fem etater: Skole- og barnehageetaten (skoler, barnehager), Helse- og omsorgsetaten (helse, pleie og omsorg, tiltak og tjenester for funksjonshemmede, psykisk helse, hjemmesykepleie), NAV, Kultur- og næringsetaten, Teknisk etat. Etatene ledes av etatssjefer med underliggende mellomledere og avdelingsledere. Under helse- og omsorgssjef er det f.eks. to mellomledere; leder for helseavdelingen og leder for pleie og omsorg. KE\* plassert i Helse- og omsorgsetaten, opprettet i 2020.

**Senja:** Tre kommunalområder: Oppvekst og kultur (skole, barnehage, BFT (barnevern, PPT og helsestasjon- og skolehelsetjenesten), senter for læring og integrering, og kultur og idrett), Helse og omsorg (hjemmebasert omsorg herunder psykisk helse og rustjenester, sykehjem, tjenester for utviklingshemmede, DMS/Senjalegen og NAV), Samfunnsutvikling. Områdene ledes av en kommunalsjef med virksomhetsledere og avdelingsledere som mellomledere. På skoleområdet er det tre mellomledersjikt, med en sektorleder med ansvar for skole over virksomhetslederne. KE\* ligger under Helse og omsorg, i virksomhet hjemmetjenester (plan om å flytte tilbake til stab Helse og omsorg, rett under kommunalsjef). Utvidet KE ble opprettet i 2019, tildelingskontor fungerte som KE fra 2011.

\* KE = koordinerende enhet.

Tabell 3. Oversikt over informanter.

	Bø	Kinn	Senja	Suldal	Sum
Kommunedirektør*, kommunalsjefer	3	3	2	2	10
Enhetsledere helse og omsorg	3	4	–	2	9
Enhetsledere oppvekst	2	3	1	–	6
Enhetsledere velferd	2	4	–	3	9
Leder eller andre repr. for KE** og ev. tildelingskontor	2	3	1	1	7
Kommuneoverlege	1		1	1	3
Antall informanter	13	17	5	9	44
Antall intervjuer	6	5	5	5	21

\* Kun én kommunedirektør ble intervjuet.

\*\* KE = koordinerende enhet.

koordinering på tvers av ansvarsområder. For å fange opp og kunne gå i dybden på problemstillinger som er tjenestespesifikke, valgte vi å organisere gruppeintervjuene med enhetsledere etter tjenesteområde (helse og omsorg, oppvekst, velferd).

Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide spesialtilpasset det enkelte ledernivå. Alle intervjuene ble gjennomført ved bruk av Microsoft Teams, og bilde/lyd ble tatt opp etter samtykke fra informantene. Intervjuene varte omtrent 1,5 time og ble gjennomført av to forskere.

#### Utvalg og rekruttering av ledere for intervju

Målet var å dekke ledere på ulike nivå med ansvarsområder innenfor helse, omsorg, velferd og oppvekst. Dette omfattet også ledere for koordinerende enhet. De fire pilotprosjektlederne hjalp oss med å rekruttere informanter blant lederne i sine respektive kommuner. Informasjon om informantene

er vist i tabell 3. Av praktiske hensyn ble enhetsledere på tvers av helse og omsorg, velferd og oppvekst i noen tilfeller intervjuet sammen, og enkelte ble intervjuet individuelt.

#### Analysen

Intervjuene ble lyttet igjennom i ettertid, og informasjon ekstrahert i tabeller ved bruk av Microsoft Excel. I arbeidet med artikkelen ble datamaterialet analysert innenfor hvert ledernivå på tvers av kommuner og deretter syntetisert i tre temaområder som følger av forskningsspørsmålene: 1) forankring, 2) tilrettelegging og ledergrep, 3) effekter og gevinster (Clarke & Braun, 2021). Vi utviklet deretter underkategorier innenfor det største temaområdet; tilrettelegging og ledergrep. Fordi ett av forskningsspørsmålene (utfordringer) er naturlig del av funn knyttet til spesielt temaområde 1 og 2, er disse ikke presentert separat i eget resultatavsnitt.

### **Etikk**

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

### **Teoretiske perspektiver**

I en gjennomgang av kontekstuelle determinanter i implementeringsteoretiske rammeverk var lederskap én av de mest adresserte kontekstdimensjonene (Nilsen & Bernhardsson, 2019). Lederskap handler om å bruke de rette, tilpassede strategiene for å håndtere ulike typer utfordringer (Metz et al., 2015), og å sørge for klarhet i roller, effektivt samarbeid og effektive organisasjonsstrukturer (Kitson et al., 1998). Lederskap er kjennetegn på organisatorisk kapasitet, og det hører inn under lederansvaret å bidra til i) generelle organisatoriske faktorer som f.eks. positivt arbeidsklima, normer for endring, felles visjoner og åpenhet for å integrere ny praksis, ii) spesifikke praksiser og prosesser som delt beslutningstaking, koordinering og samhandling med andre tjenester, kommunikasjon, oppgaveformulering, og iii) spesifikke hensyn vedrørende personalet som f.eks. interne ildsjeler, lederstøtte og administrativ støtte (Durlak & DuPre, 2008). Lederengasjement og -involvering er tegn på at organisasjonen forplikter seg til å følge opp beslutningen om å gjennomføre en intervensjon (Damschroder et al., 2009).

I ledelsesteori skiller det ofte mellom ledelse og styring (Stokland & Værnor, 2015). Ifølge Kotter (1990) handler styring (*management*) om å håndtere kompleksitet og skape struktur, orden og forutsigbarhet gjennom planlegging, budsjettering, organisering og bemanning, mens ledelse (*leadership*) handler om å håndtere endring gjennom å sette retning og samordne mennesker. Ledelse handler også om å håndtere det som i litteraturen kalles gjenstridige problemer (*wicked problems*), det vil si komplekse problemer kjennetegnet ved kompliserte, gjensidige avhengigheter (Brookes & Grint, 2010). Gjenstridige problemer er ofte diffuse og vanskelige å definere og løse. Kompleksiteten er et innebygd aspekt ved systemet og krever kollektiv ledelse for å håndteres (Brookes & Grint, 2010). At ledere er villige til å ta et kollektivt ansvar, er mer sannsynlig dersom 1) det anses for å være til felles nytte av hver enkelt, 2) det er klima for kollektiv ledelse, eller 3) de inngår i et fellesskap kjennetegnet av gjensidig tillit (Brookes & Grint, 2010). Hvorvidt et problem er gjenstridig, avhenger av kontekst, kompetanse og erfaring (Grint, 2022).

### **Resultater**

#### **Forankring**

Hovedinntrykket fra intervjuene var at toppledelsen i kommunene var godt informert om utviklingen i piloten. Lederne av KE var også generelt godt informert og involvert i piloten i alle kommunene. Rollen til KE, kanskje den viktigste ressursen for implementering av veilederen, var ikke like godt forankret blant kommunalsjefene i alle pilotkommunene.

På enhetsledernivå var det større spredning i hvor godt piloten var forankret. De aller fleste enhetslederne innen helse- og omsorgstjenestene hadde god kjennskap

til den. Blant lederne fra skole, NAV, PPT og barnevern var det merkbart mindre kunnskap om piloten, og noen hadde ikke hørt om oppfølgingsteam som begrep. Flere av lederne i disse tjenestene hadde likevel befatning med oppfølgingsteam og koordinatorene, noen direkte ved at de var representert i KE, andre indirekte som leder for oppfølgingsteamdeltakere. Enhetslederne framhevet viktigheten av en velfungerende KE og at ledere deltok i faste møter med KE (eventuelt *inn gikk* i KE), var et strategisk grep som virket forankrende for oppfølgingsteam. Graden av nærhet mellom lederne og KE varierte imidlertid fra tjeneste til tjeneste, og mellom kommuner.

## **Blant lederne fra skole, NAV, PPT og barnevern var det merkbart mindre kunnskap om piloten, og noen hadde ikke hørt om oppfølgingsteam som begrep.**

Når det gjelder kunnskap om oppfølgingsteam som arbeidsmetode, var *begrepsforvirring* et tema som gikk igjen. Det opereres med ulike begreper knyttet til oppfølging, og oppfølgingsteam kan ha ulik betydning i ulike tjenestemråder. Mange oppfølgingsmekanismer og -modeller likner hverandre og skaper forvirring. Toppledere viste til at planarbeid hadde synliggjort behovet for å rydde i begreper.

Kommunalsjefene var klare på at man bør sette av dedikerte ressurser til prosjektledelse i den typen prosjekt som piloten representerer. I den forbindelse ble det også pekt på den viktige rollen Helsedirektoratet har i piloten, ikke bare som finansieringskilde, men også som pådriver ved å gi tett oppfølging og veiledning i arbeidet.

#### **Tilrettelegging og ledergrep**

I intervjuene spurte vi etter eksempler på *hvordan* man utøver ledelse for å oppnå en god implementering. En av topplederne uttrykte det slik: «Jobben som kommunaldirektør er å legge til rette for at lederne under har mulighet til å jobbe med å lage rutiner og får tid og rom til å kunne jobbe det ut. Holde seg informert om hva som skjer, og hvor prosessene står.» Vedkommende pekte på ledelseshierarkiet og at det er «veldig mye som blir løst uten at toppledelsen har detaljene», at kommunalsjefens rolle er å være «involvert i starten, så må vi følge opp lederne», som har «et veldig stort ansvar med tanke på drift, fag, budsjett osv.». I kommunen som har kommet lengst i implementeringen av piloten, vektlegges på tvers av ledernivå betydningen av strukturert arbeid over tid.

Å implementere oppfølgingsteam ble av flere betegnet som holdningsskapende arbeid. Et overordnet funn er likevel at det var vanskelig å få spesielt enhetslederne til å

Tabell 4. Eksempler på tilrettelegging og ledergrep fra intervjuene.

Tilpasning av strukturer og rutiner
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gjennomgang av KE*s kompetanse, rolle og mandat samt plassering i organisasjonen, sett opp mot målene i veilederen.</li> <li>■ Gitt KE* myndighet til å oppnevne koordinatorene på tvers av sektorene helse, velferd, oppvekst (gjennom skriftlige retningslinjer).</li> <li>■ Inkludert koordinatorrolle i alle relevante stillingsutlysninger fra kommunen.</li> <li>■ Omorganisert tjenestene for bedre samhandling, f.eks. flyttet noen kommuner helsestasjons- og skolehelsetjeneste fra helse til oppvekst i forbindelse med lov om endringer i velferdstjeneste-lovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) som kom i 2022. Én kommune samlet barne- og familieteamet under psykisk helse.</li> </ul>
Planer og rapportering
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oppfølgingsteam som arbeidsform nedfelt i kommunale planverk. Beskrivelser, bevisst begrepsbruk og begrepsavklaringer i kommunale planer, årsmeldinger og rapporteringer.</li> <li>■ Temaplaner med bred involvering på tvers av virksomheter og sektorer for å planlegge bredere og mer tverrfaglig.</li> <li>■ «Mas, mas, mas» – etterspørre framdrift og rapportere på resultater i prosjekter.</li> </ul>
Relasjoner og informasjonsflyt
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gode relasjoner mellom enhetsledere som nøkkel til godt og lavterskelbasert samarbeid mellom enhetene og sektorene.</li> <li>■ Ledernettverk på tvers av sektorene helse, velferd, oppvekst og barnevern som møtes fast (og fysisk).</li> <li>■ Bruk av endringsagenter (ildsjeler som går foran).</li> </ul>
Koordinatorrekruttering, ansvar og roller
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avdramatisere koordinatorrollen (ansatte tror det er en større jobb enn det er).</li> <li>■ Begrense antall personer som det forventes at én ansatt tar på seg koordinatoroppgave for.</li> <li>■ Sette av tid til koordinering, f.eks. ved å gjøre koordinatorarbeid til en konkret (skriftlig) oppgave i arbeidslistene.</li> <li>■ Knytte en del av koordineringen i oppfølgingsteam til faste legemiddelgjennomganger med fastlegene og andre faste møtepunkter i tjenestene.</li> <li>■ Gjøre koordinatorarbeid til en (skriftlig) del av stillingsinstruks (og utlysningstekster).</li> <li>■ KE* tar selv koordinatorrollen i komplekse saker.</li> <li>■ KE* kan lette oppstart ved å være med på det første oppfølgingsteam møtet for å hjelpe til med å lage struktur på oppfølgingen (møteavtaler mv.).</li> <li>■ KE* hospiterer i de tjenestene der det var vanskeligst å få rekruttert koordinatorene, f.eks. hjemmetjenesten.</li> <li>■ Koordinatorene for barn/unge skal hovedsakelig være helsepsykiatere (så lenge det er kapasitet)</li> </ul> <p><b>Grep for å lette rekruttering fra tjenester utenom helse og omsorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bruke personer med administrasjonstid i jobben, herunder rektorer og styreere, som koordinatorene.</li> <li>■ Inngå samarbeidskontrakter for tjenestene i det enkelte oppfølgingsteam, der ansvarsfordeling mellom helse og oppvekst (eller andre sektorer) er tydelig.</li> <li>■ Ansvarsfordeling internt i oppfølgingsteamet, der noen fra helsesektoren tar hovedansvar for det helserelaterte, selv om koordinatoren er fra en annen tjeneste.</li> </ul>
Koordinatorkompetanse og opplæring
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Digital løsning for individuell plan.</li> <li>■ Ulike opplæringstiltak, som kurs i elektronisk IP og jevnlig arrangement av lavterskelbasert koordinatorer skole.</li> <li>■ Aktørkart som synliggjør alle tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste som typisk kan inngå i oppfølgingsteam.</li> </ul>

\* KE = koordinerende enhet.

reflektere over egen ledelse som sådan. Vi fikk imidlertid mange eksempler på tilrettelegging og ledergrep tatt i forbindelse med piloten (tematisk organisert i tabell 4), og på hemmere og fremmere for implementering.

I tråd med tiltakene i piloten dreide mange av ledergrepene seg om gjennomgang av strukturer, rutiner og organisering. Topplederne trakk fram at de jobber med kommunale planer, årsmeldinger og rapporteringer som ledergrep for implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen og som arenaer for å rydde i begreper, forankre og sette retning.

Å skape god informasjonsflyt og gode relasjoner mellom ledere gjennom for eksempel ledernettverk som møtes jevnlig, ble trukket fram som viktig for bedre samarbeid på tvers. KE pekte på at ledere kan være en propp for informasjonsflyten nedover i tjenestene: «Vet ikke – det har jo vært prøvd flerfoldige ganger å kalle inn kun lederne.

Men den infoen de får når de er der, brer seg ikke videre til de ansatte, den stopper der.»

Samtlige pilotkommuner pekte på utfordringer ved å rekruttere koordinatorene, og spesielt i tjenester som ofte har stor arbeidsbelastning, som ikke har mye kontortid med tilgang til PC, eller har mange ufaglærte (for eksempel i hjemmetjenestene).

Utfordringene med koordinatoransvar på tvers av sektorer var tema blant alle type ledere og i alle kommunene. Blant både topp- og mellomledere ble diskusjoner og konflikter knyttet til rekruttering av koordinatorene i oppvekstsektoren nevnt. Utfordringene som ble trukket fram, var eksempelvis mangel på helsekompetanse og manglende ressurser til å sette av tid til koordinatoroppgaver og kompetansehevende tiltak blant ansatte. Lederne viste til en rekke grep som er tatt for å lette koordinatorrekruttering, og avklare ansvar og roller.

Spesielt enhetslederne var opptatt av betydningen av koordinatorkompetanse, og viste til ulike tiltak som er iverksatt for å øke koordinatorkompetansen. Viktigheten av KE som kompetansehevende ressurs for koordinatorene i kommunen ble nevnt av flere av enhetslederne. Ingen av dem vi intervjuet i NAV, hadde fått noen spesifikk invitasjon til koordinatortopplæring.

### *Effekter og gevinster av piloten*

Samtlige toppledere var entusiastiske over at prosjektperioden ble forlenget, fordi de opplevde at prosjektet hadde høy nytteverdi. Brukernes opplevelse av god kvalitet ble trukket fram som det aller viktigste effektmålet.

At piloten «går rett inn i det vi uansett er forplikta til å gjøre», og at de gjennom piloten «får tid til å utvikle det», bidrar til at prosjektet oppleves virkelig nyttig. Kanskje spesielt i kommunen som var lengst unna å ha strukturene på plass i henhold til veilederen i utgangspunktet, var lederne klare på at de mente prosjektet har hatt stor effekt både i organisasjonen som sådan og på brukernivå. I kommunen som hadde mye på plass før piloten, og som i stor grad har valgt å integrere piloten sømløst i pågående arbeid, så toppledelsen på prosjektet som en *boost* i det daglige arbeidet.

Selv om enhetslederne jevnt over syntes det var vanskelig å peke på konkrete effekter av oppfølgingsteam, både fordi de mente de gjorde mye av det samme før, og på grunn av forsinkelser som følge av pandemi og kommunesammen slåing, var informantene enige om at piloten har bidratt til å styrke bevisstheten om koordinering og samhandling. Det ble også vist til kompetanseheving blant koordinatorene og mer systematikk i oppfølgingen. I én kommune ble det trukket fram at styrket samarbeid mellom tjenestene, og mer vekt på forebygging, hadde gitt lavere turnover og mange søkere på nye stillinger innen et tjenesteområde.

Det var stor enighet om at det å innføre oppfølgings-team fullt ut etter intensjonen i veilederen er en lang prosess som vil komme til å ta mange år.

## **Diskusjon**

### *Sammendrag av resultatene*

Det overordnede inntrykket er at piloten er godt forankret blant topplederne, i KE og i stor grad blant enhetsledere innen helse og omsorg, men i mindre grad i andre tjenesteområder. Både toppledere og enhetsledere viste til konkrete grep som var tatt for å styrke implementeringen. Utfordringene som lederne peker på, er i stor grad knyttet til å rekruttere koordinatorene, og da spesielt fra tjenesteområder utenom helse og omsorg. Vi fikk eksempler på konkrete grep som var tatt for å lette rekrutteringen fra oppvekst. Tiltak for å bedre informasjonsflyt og relasjoner mellom ledere, for eksempel gjennom ledernettsverk som møtes jevnlig, ble framhevet som nøkkel til bedre samarbeid på tvers.

En annen utfordring som mange ledere var opptatt av, var forvirring rundt begreper og modeller for oppfølging som allerede er i bruk i ulike tjenester. Flere snakket om behovet for begrepsavklaringer når det gjelder oppfølgingsteam og tilgrensende arbeidsformer. Kommunale planer og strategier ble framhevet som verktøy for rydding i begreper og bevisstgjøring av arbeidsformer.

Samtlige toppledere opplevde at prosjektet hadde høy nytteverdi. Piloten handler om kjerneoppgaver i kommunene og understøtter utviklingsarbeid som kommunene uansett må gjøre.

### *Ulik lederforankring og involvering i pilotkommunene*

Vi vet fra tidligere forskning at lederforankring og ledelsens legitimering av nye satsinger er sentralt for vellykket implementering av nye tiltak (Antonsen, 2008; Bachmann et al., 2020; Kaurstad et al., 2015; Røssstad et al., 2015). Pilotprosjektet har stor oppslutning blant toppledere, noe som indikerer at organisasjonen forplikter seg til å følge opp beslutningen om å innføre oppfølgingsteam som arbeidsform (Damschroder et al., 2009). Selv om hovedinntrykket er at piloten er godt forankret hos mange ledere, avdekket intervjuene også forskjeller mellom kommunene som reflekteres i status for implementering av piloten etter tre år (Kalseth et al., 2022a). Dette kom også til syne i ulik grad av utfordringer med å rekruttere ledere til intervju i kommunene og i graden av samstemthet i oppfatninger mellom ledernivåene. At særlig KE gis tilstrekkelige ressurser og tydelig mandat, er avgjørende for å sikre organisatorisk kapasitet i implementeringen (Durlak & DuPre, 2008). Uten nødvendige strukturelle vilkår som ressurser og rutiner, og prosessuelle vilkår som opplæring og lederstøtte, risikerer man at ansatte trekker seg tilbake til det som oppleves som kjerneoppgavene (Bachmann et al., 2020). Samtidig viste lederintervjuene utfordringer med implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform på tvers av tjenesteområder i alle kommuner.

I kommunen som har kommet lengst i implementeringen, framhevet ledere på alle nivå viktigheten av langsiktig og systematisk arbeid. Plasseringen av prosjektledelsen i KE, og at KE er forankret i kommunedirektørens stab, har bidratt til at toppledelsen har vært tett på og tatt viktige grep for å styrke implementeringen. Det er også fra denne kommunen vi har flest konkrete eksempler på ledergrep både på toppledernivå og på enhetsledernivå.

En av pilotkommunene hadde ikke fungerende KE før piloten, og her har sterkt eierskap til sakskomplekset fra kommuneledelsen og prosjektledelsen gitt store endringer og opplevelse av høy nytteverdi når det gjelder struktur og systematikk i oppfølgingen. Intervjuene viser også eksempler på at en god organisering av prosjektet forankret i mellomledersjiktet i noen grad kan kompensere for svakere forankring i toppledelsen. Manglende kontinuitet i ledelsen som følge av en omfattende prosess med kommunesammen slåing og konkurranse om lederoppmerksomhet på grunn av utfordringer med stor personellmangel, har utfordret implementeringen av pilotprosjektet i den fjerde kommunen. Dette bekrefter at konteksten har stor innflytelse ved implementering av komplekse intervensjoner (Skivington et al., 2021), herunder lederskap, som ikke bare er et bakteppe for implementering, men samspiller, påvirker og fasiliteterer eller begrenser implementeringen (Pfadenhauer et al., 2017).

### *Styring versus ledelse*

Det er toppledelsens ansvar at implementering av piloten gis nødvendige ressurser og støtte i styringssystemet. Enhetslederne har det operasjonelle ansvaret for at tiltakene i

piloten blir etablert praksis i sine enheter (Antonsen, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ledelsen må *styre* i form av god organisering av tjenestene med fungerende strukturer og rutiner, men også *lede* den mentale endringsprosessen de ansatte skal gjennom. Ledelseslitteratur viser til at ledelse er viktigere enn styring for å få til endring og læring på tvers av organisasjoner og sektorer (Brookes & Grint, 2010; Kotter, 1990). Det var særlig én effekt av pilotdel-takelse som ble trukket fram på tvers av stillingsbetegnelser og roller, nemlig at implementering av oppfølgingsteam har medført en *styrket bevissthet* i tjenestene om koordinering og samhandling i kommunen, og at det av flere omtales som holdningsskapende arbeid. Det var imidlertid vanskeligere å få lederne til å snakke om *ledelsesgrep* enn om *styringsgrep*.

## Det opereres med et mylder av team- og koordinatorbetegnelser i ulike sammenhenger og tjenester. (...) Lederne var opptatt av at dette skaper forvirring som kan virke hemmende på innføringen av oppfølgingsteam.

Kompleksiteten i individuelle oppfølgingsbehov i målgruppen, som krever at ulike profesjoner og tjenester samarbeider om oppfølgingen, gjenspeiles i kompleksiteten i pilotprosjektet. Samarbeidsrelasjonene er unike for det enkelte individet og kan variere over tid. De kan derfor ikke forutses eller planlegges generelt, på tvers av brukere, annet enn på systemnivå. Dette er et kjennetegn ved gjenstridige problemer. Implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform krever derfor kollektiv eller delt ledelse, både vertikalt på ulike nivå og horisontalt på tvers av tjenester og sektorer. I hvilken grad betingelser for at ledere er villige til å ta kollektivt ansvar, var til stede (Brookes & Grint, 2010), varierte både mellom kommuner og mellom tjenesteområder innad i kommunene. At tjenesteområdene er styrt av ulike ytre rammebetingelser (regelverk, ressurser og arbeidstider) med ulike formål med tjenestene og med ulik profesjonskompetanse, skaper friksjon mellom sektorer og ulikt engasjement i piloten (Baldersheim et al., 2021). Hvilken administrativ styringsstruktur kommunene har, kan også ha betydning for graden av autonomi ledere har på enhetsnivå. En modell med oppdeling i flere resultatenheter kan gjøre det utfordrende for kommunene å ivareta hensynet til helhet og sammenheng i organisasjonen (Opedal et al., 2002). Erfaringene til lederne er at det tar tid å få til

nødvendige endringer gjennomgående i hele organisasjonen. Opparbeidet kunnskap og kompetanse, innarbeidede strukturer og rutiner, erfaringsdeling og felles visjoner i ledernetverkene, samt godt samarbeidsklima, bidrar til å dempe lederutfordringen med gjenstridige problemer over tid (Grint, 2022). Å finne et felles mål tjenestene imellom kan bidra til å forenkle samarbeidsprosessen, og dette krever gjerne ledelse i større grad enn styring (Brookes & Grint, 2010; Kotter, 1990). Vårt inntrykk fra intervjuene er at lovendringen som kom 1. august 2022, lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator), bidro til at lederne måtte tenke mer i retning av kollektivt ansvar for å nå et felles mål.

### *Betydningen av enhetsledelse*

Enhetslederne har en svært viktig rolle når det gjelder å få til forbedrede arbeidsformer i de kommunale tjenestene, og skal sammen med toppledelsen sørge for at implementeringen henger sammen med andre strategiske og organisatoriske endringer i organisasjonen (Røsstad et al., 2015). Baldersheim et al. (Baldersheim et al., 2021) beskriver kommunale mellomledere som: «(...) krumtapper i den kommunale virksomheten, både i strategisk forstand og for det kommunale lagspillet. Rollen som krumtapp består ganske enkelt i å få andre hjul til å gå rundt. Når den fungerer, merkes den ikke. Når den svikter, stopper mange andre funksjoner opp, ikke bare i det kommunale apparatet, men også i lokalsamfunnet som kommunen skal betjene.» (Baldersheim et al., 2021, s. 7).

Dette understreker viktigheten av å ha en god implementeringsstruktur forankret i enhetsledelsen på tvers av sektorer i kommunen (Meyers et al., 2012). Når forankringen av piloten hos enhetsledere var svak, vanskeliggjorde det blant annet koordinatorrekrutteringen. Det var særlige utfordringer knyttet til rekruttering i oppvekstsektoren, med uenigheter mellom tjenestene både på toppledernivå og enhetsledernivå om rammene for at ansatte der tar på seg koordineringsoppgaver. Som vist i tabell 4 har lederne tatt ulike grep for å lette rekrutteringen.

Vi så varierende bevissthet blant enhetslederne om ansvaret de har for å tilrettelegge for at koordinatorene og teamdeltakere får utøvd jobben sin i oppfølgingsteamet. Prosesselementer som for eksempel dynamisk arbeidsform, aktiv oppfølging av individuell plan og reell brukermidvirkning kan være mer krevende å formidle og endre enn strukturelementer (Kaurstad et al., 2015). Hver brukers behov er unikt, og det tilsier at ledere må motivere ansatte for å være orientert mot problemløsning og brukertilpassede løsninger (Brookes & Grint, 2010). Det er viktig å legge til rette for å gi ledelsesmessig støtte til gode arbeidsprosesser og skape engasjement for å få til en vellykket innføring av nye arbeidsprosesser (Røsstad et al., 2015). Myndiggjøring av koordinatorene er særlig viktig i denne sammenhengen (Holum & Toverud, 2013). Det kan være viktigere å bidra til et samarbeidsklima basert på tillit, respekt og samarbeidskompetanse enn å sørge for formaliserte strukturer.

### *Behov for rydding i modeller og begrepsavklaringer*

Det er mange oppfølgingsmekanismer og modeller i kommunene og i spesialisthelsetjenesten som likner hverandre. Det



opereres med et mylder av team- og koordinatorbetegnelser i ulike sammenhenger og tjenester. Det tilkommer også nye begreper gjennom lovgivningen; senest i lovendringen om barnekoordinator fra 2022 (Tøssebro et al., 2023). Lederne var opptatt av at dette skaper forvirring som kan virke hemmende på innføringen av oppfølgingsteam. En bevissthet rundt begrepsbruk og bruk av planverket til å rydde i egen kommune er et steg på veien, men det er et tydelig behov for rydding og samordning også fra nasjonale helsemyndigheter.

### Styrker og begrensinger

Hensikten med lederintervjuene har vært å framskaffe ny kunnskap om ledernes rolle og betydning for implementering av piloten. I analysene har vi brukt et *cross-case*-design for å få fram fellestrekk og forskjeller avhengig av ulik kommunal kontekst. En case-tilnærming i analysene av intervjumaterialet kunne gitt mer informasjon om sammenhengen mellom organisering og ledelse på ulike nivå innad i kommunene.

Funnene våre representerer i større grad små og mellomstore kommuner enn storkommuner. Selv om vi har stor bredde i sammensetningen av ledere fra ulike nivå og tjenesteområder, er antall informanter fra de ulike kommunene forskjellig. Dette kan ha hatt betydning for resultatene.

### Konklusjon

Innføring av oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunene har stor oppslutning blant toppledere i pilotkommunene. Likevel ser vi at pilotens forankring varierer mellom kommuner, ulike ledernivå og tjenesteområder. Det har vært betydelig mindre involvering av oppvekst- og velferdstjenester sammenliknet med helsetjenestene. At veilederen er så sterkt forankret i helse og omsorg, har vært en barriere for implementering på tvers av kommunens tjenesteområder. Studien avdekker også et behov for å rydde i mylderet av koordineringsmodeller og -begreper. KEs organisatoriske plassering, sammensetning og myndighet har betydning for gjennomslagskraften på tvers av tjenesteområder. Når det gjelder tilrettelegging og ledergrep, har det vært mer oppmerksomhet rundt strukturelle endringer i styringssystemet, og grep for å lette koordinatorrekruttering, enn på ledernes rolle i det å håndtere endring, sette retning og samkjøre de ansatte i endringsarbeidet.

### REFERANSER

- Antonsen, E. B. (2008). Et stykke på vei, men likevel langt igjen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 345–354. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-06>
- Bachmann, K. E., Nerland, S. M. K., Skrove, G. K., Hungnes, T. & Groven, G. (2020). Hvordan lage gode samhandlingsforløp for utsatte barn og unge? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 201–218. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-04>
- Baldersheim, H., Haug, A., Hye, L. & Øgård, M. (2021). *Den kommunale mellomlederen – selvstendig lagspiller*. Fagbokforlaget.
- Brookes, S. & Grint, K. (2010). *A new public leadership challenge?* Springer.
- Clarke, V. & Braun, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide. *Thematic Analysis*, 1–100.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 327–350.
- Grint, K. (2022). Critical essay: Wicked problems in the age of uncertainty. *Human Relations*, 75(8), 1518–1532.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. *FOR-2016-10-28-1250*.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Innhold og gjennomføring*.
- Helsedirektoratet. (2018b). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*.
- Holum, L. C. & Toverud, R. (2013). Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? *FONTENE Forskning* 13(1), 32–45.
- Kalseth, J., Ådnanes, M., Melby, L. & Kaspersen, S. L. (2022a). *Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år* (SINTEF-rapport 2022:00096). SINTEF.
- Kalseth, J., Ådnanes, M., Melby, L. & Kaspersen, S. L. (2022b). *Kortversjon – evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år* (SINTEF-rapport 2022:00136). SINTEF.
- Kaurstad, G., Bachmann, K., Bremnes, H. & Groven, G. (2015). *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Møreforskning.
- Kitson, A., Harvey, G. & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Kotter, J. P. (1990). What leaders really do. *Harvard Business Review*, 68(3), 103–111.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Metz, A., Bartley, L., Ball, H., Wilson, D., Naom, S. & Redmond, P. (2015). Active implementation frameworks for successful service delivery: Catawba county child wellbeing project. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 415–422.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3–4), 462–480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Nilsen, P. & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–21.
- Opedal, S., Stigen, I. M. & Laudal, T. (2002). *Flat struktur og resultatenheter*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygamba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L. & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The context and implementation of complex interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients: A comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>
- Schaik, A. K., Kuluski, K., Lyons, R. F., Fortin, M., Jadad, A. R., Upshur, R. & Wodchis, W. P. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: Offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity*, 2(1), 1–9.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P. & McIntosh, E. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374(2061), 1–11.
- Stokland, D. & Værnor, K. (2015). Ledelse og styring – to forskjellige verdener? *Stat & Styring*, 25(2), 42–43.
- Tøssebro, J., Berg, B., Bruteig, R., Caspersen, J., Hermstad, I. H. & Wendelborg, C. (2023). *Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov? Delrapport 1: Utgangspunktet da lovendringene trådte i kraft*. NTNU Samfunnsforskning.
- von der Lippe, C., Neteland, I. & Feragen, K. B. (2022). Children with a rare congenital genetic disorder: A systematic review of parent experiences. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1), 375.