



SINTEF



Rapport

Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering

Sluttrapport i evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

Forfattere:

Jorid Kalseth, Silje L. Kaspersen og Marian Ådnanes

Rapportnummer:

2024:00149 - Åpen

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Rapport

Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering

Sluttrapport i evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

EMNEORD

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

VERSJON

1.1

DATO

2024-06-24

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth, Silje L. Kaspersen og Marian Ådnanes

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

PROSJEKTNUMMER

102018327

ANTALL SIDER

89

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres hovedfunn fra evalueringen av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Evalueringen har fulgt pilotprosjektet fra start høsten 2018 til slutt i desember 2023.

UTARBEIDET AV

Jorid Kalseth

SIGNATUR


jorid.kalseth (Jun 24, 2024 14:38 GMT+2)

KONTROLLERT AV

Line Melby

SIGNATUR


Line.Melby (Jun 24, 2024 14:43 GMT+2)

GODKJENT AV

Øystein Risa

SIGNATUR


Øystein.Risa (Jun 24, 2024 16:56 GMT+2)

Historikk

| VERSJON | DATO | VERSJONSBEKRIVELSE |
|---------|------------|---------------------------------------|
| 1 | 2024-02-05 | Endelig rapport |
| 1.1 | 2024-06-24 | Mindre korreksjoner i endelig rapport |

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 6 |
| Leserveiledning | 7 |
| 1 Vurderinger og anbefalinger | 8 |
| 1.1 Implementering av lovfestede rettigheter og plikter | 8 |
| 1.2 Implementering tar tid..... | 9 |
| 1.3 Kompleks intervensjon..... | 9 |
| 1.4 Kontekstuelle faktorer | 10 |
| 1.5 Implementeringsprosessen..... | 11 |
| 1.6 Lederansvar | 13 |
| 1.7 Systemer, strukturer og rutiner | 13 |
| 1.8 Oppfølgingsteam som arbeidsform | 13 |
| 1.9 Koordinatorrollen..... | 14 |
| 1.10 Fastlegens rolle | 15 |
| 1.11 Ansattes erfaringer med oppfølgingsteam | 15 |
| 1.12 Brukererfaringer..... | 15 |
| 1.13 Oppnådde resultater | 16 |
| 1.14 Gevinster | 17 |
| 1.15 Kommunene er ikke i mål | 17 |
| 2 Innledning | 19 |
| 2.1 Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam | 19 |
| 2.2 Pilotprosjektet..... | 20 |
| 2.3 Pilotkommunene..... | 21 |
| 3 Evalueringsdesign og empirisk tilnærming | 23 |
| 3.1 Hovedfokusområder | 23 |
| 3.2 Metode og data..... | 24 |
| 3.3 Analytisk tilnærming | 25 |
| 4 Implementering i kommunene | 27 |
| 4.1 Iverksetting har tatt tid | 27 |
| 4.2 Piloten - veilederen | 27 |
| 4.3 Konteksten | 29 |
| 4.4 Implementeringsprosessen..... | 30 |
| 5 System, strukturer og rutiner | 34 |
| 5.1 Koordinerende enhet..... | 34 |



| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2 | Identifisere og melde behov | 36 |
| 5.3 | Utrede behov | 36 |
| 5.4 | Koordinatorrollen..... | 38 |
| 5.5 | Individuell plan..... | 40 |
| 5.6 | Etablere oppfølgingsteam som generisk koordineringsordning..... | 40 |
| 5.7 | Opplæring | 41 |
| 5.8 | Tilpasning til eksisterende systemer og praksis..... | 44 |
| 6 | Lederskap og ledergrep | 47 |
| 6.1 | Forankring og involvering | 47 |
| 6.2 | Ledergrep | 48 |
| 7 | Brukererfaringer..... | 51 |
| 7.1 | Brukergrupper..... | 51 |
| 7.2 | Hva trenger målgruppen hjelp med?..... | 52 |
| 7.3 | Hva sier brukerne om oppfølgingen de får? | 53 |
| 7.4 | Hva sier brukerne om koordinatoren?..... | 54 |
| 7.5 | Hva sier brukerne om fastlegens rolle? | 55 |
| 7.6 | Hva sier brukerne om egen medvirkning?..... | 55 |
| 7.7 | Hva sier brukeren om nytten av tjenestene? | 56 |
| 7.8 | Hva sier brukerne om opplevd endring i oppfølgingen? | 56 |
| 8 | Oppfølgingsteam som arbeidsform | 58 |
| 8.1 | Hva er nytt med oppfølgingsteam som arbeidsform?..... | 58 |
| 8.2 | Koordinator = teamleder | 60 |
| 8.3 | Teamdeltaker | 64 |
| 8.4 | Kjennetegn ved team som vurderes å fungere godt | 64 |
| 8.5 | Kjennetegn ved team som vurderes å fungere dårlig..... | 66 |
| 8.6 | Fastlegens rolle | 66 |
| 8.7 | Casebeskrivelser..... | 69 |
| 9 | Resultater, effekter og gevinster | 79 |
| 9.1 | Endring i arbeidsmåte | 79 |
| 9.2 | Endringer og nåsituasjon på kommunenivå | 80 |
| 9.3 | Gjennomslag i kommunene | 82 |
| 9.4 | Gvinster med oppfølgingsteam som arbeidsform | 84 |
| 9.5 | Fortsatt en vei å gå..... | 87 |
| 9.6 | Veien videre | 88 |

Forord

Gruppe for helsetjenesteforskning i SINTEF Digital, avdeling Helse, har sammen med Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU gjennomført en følgeevaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam på oppdrag for Helsedirektoratet. Opprinnelig omfattet prosjektet seks kommuner i perioden september 2018 til desember 2021. Prosjektperioden ble forlenget med to år ut 2023 og fire av kommunene var med i de to siste årene.

Formålet med evalueringen har vært å vurdere om målsettingene med piloten er nådd og å etablere et erfaringsgrunnlag for andre kommuner. Dette innebærer at evalueringen skulle belyse i) prosess, det vil si evaluere arbeidet med implementering av tiltakene og erfaringer som er høstet i dette arbeidet, ii) resultat med hensyn til implementering av tiltak, det vil si å undersøke om hovedtiltakene er gjennomført og målene for disse er nådd, og iii) effekt, det vil si å undersøke effekter for brukere og pårørende og for tjenestebruk både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Av årsaker som blir beskrevet i delkapitlet om data og metode, har det ikke vært mulig å gi en kvantitativ evaluering av effekter.

Fra 1. august 2022 trådte de nye bestemmelsene om samarbeid, samordning og barnekoordinator i 14 velferdstjenestelover i kraft. Mens rett til alminnelig koordinator er en brukerrettighet, er det familien som har rett til barnekoordinator. I de tilfellene det oppnevnes en barnekoordinator erstatter det alminnelig koordinator. Oppfølgingsteam som arbeidsform er generisk, og innsikt og erfaringer som er høstet gjennom piloten vil være like relevant for oppfølging av familier som har barnekoordinator som for de som har alminnelig koordinator. Det pågår en [egen evaluering av endringene i velferdstjenestelovgivningen](#).

SINTEF har fulgt utviklingen i piloten underveis, og vi har deltatt i introduksjonsmøter i kommunene, seminarer, samlinger og statusmøter med prosjektlederne. Det er levert flere interne statusrapporter og prosjektnotater til oppdragsgiver og pilotkommunene underveis. Evalueringsrapporten (og kortversjon) for de første tre årene ble offentliggjort vinteren 2022. [Rapporten og øvrig formidling fra evalueringen er tilgjengelig på nettsiden til prosjektet](#).

Foreliggende rapport oppsummerer og bygger videre på tidligere rapporter, men har hovedvekt på å beskrive erfaringer og status for de fire gjenværende pilotkommunene, herunder suksessfaktorer og eksempler på gode grep som er tatt i kommunene. Vi har søkt å begrense omfanget på rapporten ved å ikke inkludere alle detaljer i datainnsamling, analyser og resultater, og vi viser til underlagsnotater som er tilgjengelig på prosjektets hjemmeside og annet materiale på kommunenes hjemmesider.

Fra SINTEF har prosjektet vært ledet av seniorforsker Jorid Kalseth. Øvrige prosjektmedarbeidere har vært seniorforskerne Silje L. Kaspersen, Marian Ådnanes, Line Melby, Kjartan S. Anthun og forskerne Kristin Thaulow og Geir Haakon Hilland. Fra NTNU har professor Sigrud Nakrem bidratt i prosjektet.

Helsedirektoratet ved prosjektleder Liv Tveito, Sigrunn Gjønnnes, Linda Krogh Lyche og innleid prosessveileder universitetslektor Anne Grete Stinessen Steinsvåg ved Universitetet i Sørøst-Norge har vært tett på prosjektet gjennom hele prosjektperioden. Vi vil takke dem og prosjektlederne i kommunene for godt samarbeid og uvurderlig hjelp i datainnsamlingen. Vi vil også takke alle ansatte, brukere og pårørende som har delt erfaringer med oss i intervjuer og spørreundersøkelser.

Jorid Kalseth
Prosjektleder

Leserveiledning

Formålet med denne rapporten er først og fremst erfaringsdeling, og hovedfokuset er på læringspunkter for andre kommuner som skal jobbe med kvalitetsutvikling i oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Vi gir en rekke eksempler på gode grep som er tatt i piloten, og på hva brukere og pårørende vurderer som viktig i oppfølgingen.

Rapporten bygger videre på resultater og erfaringer fra de tre første årene i piloten, men hovedfokuset er på erfaringer fra de fire pilotkommunene de siste to årene. Vi viser til [forrige evalueringsrapport](#) for en grundig gjennomgang av erfaringer og resultater, og oppsummering i form av læringspunkter, for de tre første årene. Den forrige evalueringsrapporten gir også en grundig gjennomgang og beskrivelse av bakgrunn, mål, målgrupper, tiltak og temaer i piloten og oppfølgingsteam som arbeidsform. Implementeringsteori er brukt som analytisk rammeverk i evalueringen. Dette ble også grundig beskrevet i forrige rapport.

Foreliggende rapport er organisert som følger. Vi starter med en oppsummering av hovedresultater, og overordnede vurderinger og anbefalinger basert på disse. Deretter følger hoveddelen av rapporten. I kapittel 2 gir vi en beskrivelse av hva strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er og av pilotprosjektet. Vi gir også en kort presentasjon av noen hovedkennetegn ved pilotkommunene. Evalueringen er basert på et omfattende datamateriale. Data og metode beskrives i hovedtrekk i kapittel 3. I kapittel 4 gis en gjennomgang av hovedresultater fra implementering av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform. Kapittelet oppsummerer i stor grad erfaringene fra de første tre årene med seks pilotkommuner, men er oppdatert med ny innsikt fra data innsamlet de siste to årene fra de fire pilotkommunene som ble med i videreføringen.

De påfølgende kapitlene viser resultater for erfaring og status når det gjelder strukturer,

systemer og rutiner (kapittel 5), lederskap (kapittel 6), brukererfaringer (kapittel 7), oppfølgingsteam som arbeidsform (kapittel 8) og i siste kapittel drøftes resultater, effekter og gevinster (kapittel 9).

Siden formålet med rapporten er erfaringsdeling, er form og innhold holdt enkelt og uten omfattende bruk av vitenskapelige referanser. Vi har i stedet valgt å inkludere lenker til nettsteder for relevante dokumenter, bakgrunnsinformasjon, eksempler fra pilotkommunene, notater som dokumenterer ulike data som benyttes som underlagsmateriale og lignende. Ved å klikke på lenken kommer man til den aktuelle nettsiden. Lenken vises med [blå skrift som er understreket](#). All publisering og bakgrunnsnotater fra prosjektet finnes på [prosjektsiden](#).

Vi har brukt ulike farger på informasjonsbokser som gir eksempler (blå), sitater (rød) og informasjon og læringspunkter (gul).

Eksempler

«Sitater»

Informasjon og lærepunkter

Vi gjør oppmerksom på at noe tekst er hentet fra tidligere rapporter og notater.

I kapittel 1 gir vi noen anbefalinger rettet mot kommunene og nasjonale myndigheter basert på funnene i evalueringen. Vi understreker at dette er våre anbefalinger. Helsedirektoratet, som er vår oppdragsgiver, gjør sine egne vurderinger.

1 Vurderinger og anbefalinger

Evaluatør har fulgt pilotprosjektet i fem år, fra starten høsten 2018. Det er samlet inn og analysert et omfattende datamateriale for å evaluere i hvilken grad kommunene har implementert tiltakene i piloten, erfaringene med implementeringsprosessen, opplevde resultater når det gjelder endringer i måten målgruppen følges opp på, og erfaringer med, og gevinster av oppfølgingsteam som arbeidsform.

Hva er et oppfølgingsteam?

Oppfølgingsteam er en arbeidsmåte for å følge opp brukere med store og sammensatte behov. Oppfølgingsteam er benevnelsen på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med, og yter tjenester til, en pasient eller bruker. Arbeidet ledes av en oppnevnt koordinator. Arbeidsprosessene i oppfølgingsteamet må oppfylle lovkrav til prosess og innhold i individuell plan, og ansvar og oppgaver som er tillagt koordinatorrollen.

Hovedtiltakene i piloten har vært:

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

1.1 Implementering av lovfestede rettigheter og plikter

Sikring av rettigheter og kvalitetsforbedring

Pilotprosjektet har handlet om å omsette innholdet i den nasjonale veilederen «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» til praksis i kommunene. Dette er personer som har tjenestebehov som involverer tjenesteytere fra ulike profesjoner og tjenesteområder. God oppfølging krever at tjenestene er koordinerte og at tjenesteyterne samarbeider for å nå brukenes mål. Personer i målgruppen oppfyller **lovfestede**

rettigheter til individuell plan og koordinator, og tjenestene har, med harmoniseringen av 14 lovverk som trådte i kraft 1. august 2022, en **lovpålagt plikt til å samarbeide** når det er nødvendig for å sikre helhetlige og samordnede tjenester. Etablering av oppfølgingsteam som arbeidsmåte på tvers av tjenester handler om å sikre at disse rettighetene og pliktene ivaretas på en kvalitativ god måte, med utgangspunkt i bruker (og pårørende) sine ønsker og behov.

I henhold til lovverket, j.fr. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#), skal alle kommunene arbeide systematisk med kvalitetsutvikling. Å få etablert oppfølgingsteam som praksis kan ses som del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet i kommunene, tjenesteutvikling som omfatter endringer både i systemer, arbeidsmetoder og kultur. Pilotprosjektet og evalueringen gir et erfaringsgrunnlag for andre kommuner i deres forbedringsarbeid.

Det er en erkjennelse av at å få implementert tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam er et omfattende arbeid. Kommunene har hatt god, både økonomisk og prosessuell, støtte og drahjelp fra Helsedirektoratet gjennom å delta i pilot. De nøt godt av læring og erfaringsdeling med andre pilotkommuner. Det kreves drahjelp fra nasjonalt hold for å få fortgang i utbredelse i resten av kommunene.



Anbefaling nasjonalt: Oppfølgingsteam som generisk arbeidsform som understøtter brukerrettigheter og kommunens plikt til å gi god og koordinert oppfølging til *alle* innbyggere med store og sammensatte behov, uavhengig av alder og diagnose, bør gis større oppmerksomhet og prioritet også nasjonalt. Evalueringen viser at mange kommuner vil trenge ekstra drahjelp for å få fortgang i utbredelsen av oppfølgingsteam som arbeidsform på tvers av tjenesteområder. Målgruppen for oppfølgingsteam omfatter de prioriterte gruppene til Helsefelleskapene: barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer

med flere kroniske lidelser. Helsefelleskapene er derfor en naturlig arena for erfaringsdeling og læring, og for å arbeide med kvalitetsforbedring i tverrfaglig samarbeid i oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Det er viktig at også Helsefelleskapene tar et tverrsektorielt perspektiv og at andre tjenesteområder enn de rent helserelaterte involveres. Som utgangspunkt og støtte i dette arbeidet bør det utarbeides læringsmaterieill av for eksempel Helse-direktoratet med utgangspunkt i erfaringene fra pilot-kommunene.

Flere har i ulike sammenhenger påpekt at det er lite eller nesten ingen opplæring om individuell plan, koordinatorrollen og oppfølgingsteam i fagutdanningene. Den beste forutsetningen for endring i praksis er at dette tas inn i relevante utdanningsløp.



Anbefaling nasjonalt: Oppfølgings-team som arbeidsform bør inngå i undervisningen i relevante fag-utdanninger innen helse, omsorg, arbeids- og velferdstjenester, sosialt arbeid, barnevern, oppvekst og utdanning mv.

Stor opplevd nytteverdi

Toppledere vi har intervjuet har uttrykt stor entusiasme for prosjektet og at det har stor nytteverdi nettopp fordi det dreier seg om tjenesteutvikling og forbedringsarbeid på kjerneoppgaver for kommunene. Piloten har gitt drahjelp, støtte og fortgang i et utviklingsarbeid de uansett har måttet gjøre. Piloten har gitt store opplevde gevinster for kommuner som før piloten ikke hadde mye struktur og systemer på plass. Også kommuner som hadde mer på plass før piloten, har gjort endringer og kvalitative forbedringer i systemet.

Piloten har gitt resultater

Piloten har ikke bare gitt resultater i form av endringer i strukturer, systemer og skriftliggjorte retningslinjer og rutiner, men tilbakemeldinger fra ledere, ansatte og brukere/pårørende viser at kommunene har fått til endringer i arbeidsmåter også gjennom endring i kunnskap, kompetanse, bevissthet om, og forståelse av, koordineringsbehov og -utøvelse. Dette gjelder blant annet

styrking av koordinatorrollen og tverrfaglig samarbeid, og en dreining mot større vektlegging av brukerperspektivet. Vi utdyper dette senere.

1.2 Implementering tar tid

Pilotkommunene har brukt vesentlig lengre tid enn planlagt på å få på plass nødvendige strukturer og systemer. De har hatt ulik tilnærming og utvikling i iverksettingen, og har kommet ulikt langt. Selv om mye er oppnådd er det likevel, i varierende grad, både mellom og innad i kommunene, et stykke igjen før oppfølgingsteam som arbeidsform er etablert praksis, koordinatorrollen er avklart og akseptert, og brukerperspektivet er satt i sentrum i oppfølgingen av tjenestebehov i alle tjenester og for alle målgrupper.



Anbefaling lokalt: Erfaringene i piloten viser at implementering av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsmetode på tvers av tjenesteområder, er et arbeid som krever at en har et langsiktig perspektiv og at det settes i sammenheng med øvrig kvalitetsutviklingsarbeid i kommunen.

At implementering av piloten har tatt tid kan ses som resultat av samspill mellom kjennetegn ved (i) intervensjonen (strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam), (ii) omgivelsene som tiltakene iverksettes i og (iii) implementeringsprosessen.

1.3 Kompleks intervensjon

Involverer mange aktører og tjenesteområder

Kompleksiteten i piloten gjenspeiler kompleksiteten i behovene i målgruppen. Pilotprosjektet omfatter mange tiltak og involverer mange aktører på ulike nivå, i ulike tjenesteområder og med ulike roller. Det betyr at forankring, kunnskapsspredning og opplæring er en omfattende, tidkrevende og også kontinuerlig jobb, spesielt i organisasjoner som gjennomgår store organisatoriske endringer eller som har høy turnover blant ledere eller ansatte.



Viktige elementer er kjente og allerede i bruk

At viktige arbeidsverktøy og koordineringsordninger i oppfølgingsteam (individuell plan, koordinator, tverrfaglig samarbeid) har vært i bruk i kommunene i flere tiår, og ikke er nye for mange ansatte og brukere, kompliserer implementeringsarbeidet. Piloten handler om å sikre at disse praktiseres i henhold til intensjonene og at alle som har behov får tilbud om strukturert tverrfaglig oppfølging. En lærdom er derfor at det er viktig å være bevisst på hvordan forbedringsarbeid kommuniseres overfor ledere og ansatte for at det skal oppleves relevant og motiverende for endring.



Anbefaling lokalt: Informasjon og opplæringstilbud bør differensieres og tilpasses roller, kunnskap og

kompetansenivå, men bygge på en grunnmur av basiskunnskap som alle ledere og faggrupper i relevante tjenester bør ha.

Begrepsforvirring

Evalueringen avdekket stor forvirring rundt begreper og ordninger som omhandler ulike koordineringsordninger som finnes i kommunene og hos samhandlingsaktører. Noen, inkludert toppledere, hadde problemer med å plassere oppfølgingsteam i forhold til andre koordineringsordninger. Ulike ordninger kalles det samme, og det brukes ulike benevnelser på like ordninger. For eksempel brukes betegnelsen koordinator på mange ulike roller, som har ulik funksjon, mandat og som praktiseres på ulike nivå (individ vs. system). Det samme gjelder teambegrepet, som kan gjelde ulike faste og fleksible team.

Staten har bidratt til denne begrepsforvirringen gjennom introduksjon av nye begreper når nye tiltak lanseres, uten at disse tydelig avgrenses og ses i sammenheng med eksisterende modeller og begreper. Det er behov for at staten samordner ulike koordineringsordninger som introduseres fra statlig hold, både innad i fagsektorene (helse og omsorg, arbeid og inkludering, barn og familie, undervisning) og på tvers. Oppfølgings-team slik det beskrives i veilederen er en generisk koordineringsordning, som enten

kommer i forlengelsen av, eller inkluderer andre koordineringsordninger som deltakere (for eksempel et spesialisert team eller en spesialisert koordinator kan være del av et oppfølgingsteam).



Anbefaling nasjonalt: Klargjør hvordan ulike koordineringsmodeller står i forhold til hverandre. Tydeliggjør

oppfølgingsteam som en generisk koordineringsordning som inkluderer andre spesialiserte eller avgrensede funksjoner/roller/team som deltakere i oppfølgingsteam.

Uten, eller i påvente av, en overordnet statlig strategi for å klargjøre ulike koordineringsordninger, blir det opp til kommunene selv å rydde i jungelen av begreper.



Anbefaling lokalt: Bruk kommunale planverk og andre styrende dokumenter (strategier, handlings-

planer mv.) og rapporter til å rydde i begrep, og til å nedfelle strukturert tverrfaglig oppfølgings-team som arbeidsmetode i kommunen.

1.4 Kontekstuelle faktorer

Ulikt utgangspunkt og ulike utfordringer

Kommunene hadde et svært ulikt utgangspunkt både når det gjaldt størrelse, utfordringsbilde, organisering, systemer, kompetanse og praksis. De har også i ulik grad opplevd utfordringer knyttet til covid-19-pandemien, kommunesammenslåinger, utskiftinger av prosjektledere og i kommuneledelsen, og vakanser og høy turnover i nøkkelpersonell. Dette har påvirket hvilke grep kommunene har tatt og hvor langt de er kommet i implementering av oppfølgingsteam som arbeidsmetode i kommunen.

Lokal tilpasning

Kommunene har stor frihet i hvordan de organiserer seg og løser oppgaver. Det er derfor ikke mulig å lage en detaljert mal på et system som passer alle. Kommunene har utviklet og tilpasset tiltakene til eksisterende praksis og systemer, og gjort nødvendige endringer i eksisterende systemer og praksiser.

En god tilpasning krever at man har et godt bilde og oversikt over egen organisasjon og praksis. Det krever også en tydelig strategi på hva man vil oppnå og en plan for hvordan komme dit.



Anbefaling lokalt: Før man starter en endringsprosess bør man skaffe seg god innsikt over eksisterende

systemer, kompetanser og praksiser, og endringsbehov, som grunnlag for å beslutte hvilke endringer i systemer og rutiner som er nødvendig. Det bør lages en skriftlig plan for hvilke endringer man ønsker å oppnå, og hvordan disse skal oppnås. Planen bør også inneholde en strategi for måling og evaluering av framdrift. Jo mer konkret planen er når det gjelder tiltak og aktiviteter, for eksempel konkrete endringer i systemer og rutiner, plan for opplæringstiltak mv. og tidslinje, jo mindre sårbar er framdriften i endringsarbeidet for utskiftninger av nøkkelpersoner som driver endringsprosessene.

Ulik kunnskap og motivasjon i organisasjonen

Ulik grad av kunnskap og motivasjon om oppfølgingsteam som arbeidsform blant ansatte og ledere har bidratt til at utbredelse av oppfølgingsteam som arbeidsform har tatt tid. Det er mange årsaker til at kunnskap og motivasjon varierer. At veilederen, og oppfølgingsteam, har et utgangspunkt i helse-relaterte behov og er utgitt av Helsedirektoratet, gjør at den er mindre kjent i andre tjenesteområder, og i noen grad også oppfattes som mindre relevant for disse. Dette har påvirket implementeringsprosessen. En annen faktor er forskjeller i formål og rammebetingelser mellom tjenesteområder. Det har vært uenighet, både på toppledernivå og enhetsledernivå, om hvorvidt ansatte i oppvekst skal ta på seg koordinatoroppgaver med henvisning til forskjeller i rammebetingelser.

Ulik forankring i kommuneledelsen

Kommuneledelsen er viktige aktører i et kvalitetsforbedringsarbeid. Hvor sterkt forankret pilotprosjektet har vært i kommuneledelsen har variert mellom kommunene. Hvor godt endringsarbeidet er forankret i kommune-

ledelsen har betydning for hvor lang veien er for å få engasjert ledelsen til å ta nødvendige grep og for at oppfølgingsteam stadfestes som arbeidsmetode på tvers av tjenesteområder.



Anbefaling lokalt: Det er viktig med tydelig involvering og tiltak fra toppledelsen tidlig i endringsarbeidet,

f.eks. gi nødvendig støtte og ressurser, foreta nødvendige endringer i system og organisasjon, bidra med retningslinjer og rutiner som tydeliggjør roller, forventninger og myndighet. Sektorovergripende ledelsesgrep er nødvendig. Det er avgjørende å ha et tydelig mandat og myndighet til koordinerende enhet og å klargjøre forventninger til samarbeid på tvers av tjenesteområder. Ledelsen har også en viktig rolle i å etterspørre framdrift.

1.5 Implementeringsprosessen

Koordinerende enhet har en nøkkelrolle

Koordinerende enhet har et lovregulert ansvar for initiering av individuell plan, og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Evalueringen har vist at ressurser og kompetanse i koordinerende enhet er avgjørende for kommunenes *organisatoriske kapasitet* til å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform i alle tjenester.

Koordinerende enhet spiller mange viktige roller både på individnivå og systemnivå. I tillegg til å sørge for en god tverrfaglig behovsutredning og sørge for at individuell plan, koordinator og oppfølgingsteam etableres, har vi sett at på individnivå kan koordinerende enhet gi god støtte og veiledning i oppstart av oppfølgings-team, gå inn å gi ekstra støtte og veiledning ved behov til koordinator og team, og selv ta koordinatorrollen i spesielt krevende tilfeller. På systemnivå vil en velfungerende og kompetent koordinerende enhet sørge for systematisk opplæring, kompetansebygging og kunnskaps-spredning blant ansatte og ledere, legge til rette for gode samarbeidsrelasjoner på tvers, og også bidra inn i det strategiske planleggings- og kvalitetsforbedringsarbeidet i kommunen.

Ansvar for koordinerende enhet har for å legge til rette for god og koordinert oppfølging er ikke avgrenset til medisinsk oppfølging, men skal også bidra til funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Dette krever involvering på tvers av sektorer og tjenesteområder. Evalueringen viser at en sentral plassering i det administrative hierarkiet kan bidra til tverrsektoriell lederforankring, lette involvering og grep fra kommuneledelsen, og skape større synlighet i ulike tjenesteområder.

En velfungerende koordinerende enhet har de beste forutsetninger til å lede endringsarbeid og vedlikeholde oppnådde resultater.



Anbefaling lokalt: Koordinerende enhet må gis nødvendige legitimitet, ressurser og kompetanse, og bør gis et tydelig mandat og myndighet, en god og synlig plassering i organisasjonen, og ha en god tverrfaglig sammensetning av personer med god kjennskap til drift fra relevante tjenesteområder (helse og omsorg, oppvekst, barnevern, NAV, integrering mv.).

I lovverket er koordinerende enhet regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og referert til som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Enheten er derfor ofte plassert under helse og omsorg. Det kan medføre at den blir mindre synlig og føles mindre relevant for andre tjenesteområder, som igjen kan bidra til at disse også i mindre grad involveres eller ønsker å ta koordinatorrollen.



Anbefaling nasjonalt: Betydningen av tverrsektoriell organisering, kompetanse og synlighet av koordinerende enhet bør løftes sterkere fram også på nasjonalt nivå – på tvers av ulike fagsektorer. At ansvar for koordinering, herunder koordinerende enhet, er plassert i forskrift for habilitering og rehabilitering, ser ut til å fungere som barriere for at viktige tjenesteområder, som barnehage, skole, barnevern og NAV, involveres i tilstrekkelig grad.

Organisering av endringsarbeidet

Organiseringen av prosjektarbeidet har vært ulikt i pilotkommunene, noe som reflekterer at utgangspunktet og den organisatoriske forankringen var forskjellig. Erfaringen fra pilotkommunene viser at prosjektledelse (herunder kontinuitet) og rollen til koordinerende enhet er viktige for fremdrift. Vi har sett at der man har kunnet aktivere ressurspersoner som endringsagenter, enten fra koordinerende enhet eller andre med relevant kompetanse, har dette bidratt til å støtte arbeidet med å utbre oppfølgingsteam som arbeidsform i organisasjonen. Pilotkommunene har hatt veldig god nytte av støtte fra Helse- og omsorgsdirektoratet, erfaringsdeling med de andre kommunene, og ikke minst fra ekstern prosessveileder.



Anbefaling lokalt: Endringsarbeidet bør ledes av en person med god kjennskap til driften, og som er godt kjent og respektert i ledelsen og nedover i organisasjonen. Arbeidet må være tett koblet til koordinerende enhet, eller ledes av koordinerende enhet (avhengig av ressurser og kompetanse). Bruk ressurspersoner som har erfaring med, og/eller god kompetanse i oppfølgingsteam som arbeidsmåte aktivt i endringsarbeidet, både i utviklingsarbeid og til kunnskapsspredning og koordinatorveiledning. Å ha med, eller tilknytte seg, personer med kompetanse på prosessledelse kan bidra til å sikre fremdrift.

Forankring og involvering på tvers

Piloten berører mange aktører, fra kommuneledelsen til linjeledere og ansatte på alle nivåer i de ulike tjenestene. Prosjektledelsen i pilotkommunene har derfor måttet arbeide veldig bredt med forankring, involvering og endringsarbeid. Dette er en tid- og ressurskrevende og en kontinuerlig prosess. Oppvekst og velferd har blitt involvert i mindre grad enn helse- og omsorgstjenestene. Dette var særlig tydelig tidlig i piloten, men det gjaldt også mot slutten. Dette har hemmet kunnskapsspredning og utbredelse til disse tjenesteområdene.



Anbefaling lokalt: Involver alle relevante tjenesteområder fra start, i planlegging av endringsarbeidet, i utviklingsarbeid, i koordinerende enhet, og i ulike informasjons- og opplæringsaktiviteter.

1.6 Lederansvar

Lederansvaret, på alle nivåer, er sentralt i veilederen. Gjennomføringskraft krever lederskap, og at ledere tar aktive grep, viser retning og motiverer til endring. Implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform krever felles eller delt ledelse på tvers av tjenester og sektorer. Vi har erfart at det er stor forskjell blant ledere på alle nivå og i alle tjenesteområder, også innad i samme tjenesteområde i samme kommune, i hvor god kjennskap de har til oppfølgingsteam, og i hvilken grad de har tatt viktige grep for utbredelse av oppfølgingsteam som arbeidsform i egen virksomhet. For mange ledere handler dette om at de ikke har vært involvert i pilotarbeidet, eller ikke informert om oppfølgingsteam som arbeidsform.

Vi fant at ledere som er kjent med oppfølgings-team som arbeidsform oftere tar aktive grep på de fleste områder, men ikke i betydelig grad når det gjaldt å legge til rette for at koordinatorene er trygge i rollen og å sikre at ansatte har tid og rom for å være koordinatorene og teamdeltakere. Dette illustrerer at det må jobbes systematisk med å involvere og motivere lederne til å ta nødvendige grep for å endre praksis.



Anbefaling lokalt: Etabler rutiner og fora som sikrer informasjonsspredning og erfaringsdeling mellom ledere. Ledernettsverk på tvers av tjenesteområder som møtes regelmessig kan være et slikt forum.

1.7 Systemer, strukturer og rutiner

Å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen krever at man etablerer strukturer og rutiner som sikrer systematikk i identifisering og oppfølging av behov. Dette handler om alt fra organisering og arbeidsform i koordinerende enhet, til hvilke rutiner som gjelder for å melde behov, rutiner for oppfølgingsteam, for

utarbeidelse av individuell plan og koordinatorrekruttering, eller rutiner for bruk av «Hva er viktig for deg?»-skjemaet og brukerinvolvering, og rutiner for samhandling med andre aktører. Det handler også om å ha gode systemer for kompetanseheving og opplæring. Dette har vært sentrale tiltak i piloten og som kommunene i stor grad har fått på plass. I rapporten viser vi mange eksempler på hvordan kommunene har løst dette.

1.8 Oppfølgingsteam som arbeidsform

Perspektivendring

Ansvarsgrupper er en vanlig brukt benevnelse på samarbeidsstruktur for å koordinere arbeid rundt personer med store og sammensatte behov. I hvilken grad arbeidet i ansvarsgruppene er i tråd med oppfølgingsteam som arbeidsform handler i stor grad om praksis, mer enn målsetting.

Kommunens oppfølging skal fremme mestring og selvstendighet. Brukermedvirkning og myndiggjøring er et viktig element ved oppfølgingsteam som arbeidsform, og en erfaring er at oppfølgingsteam er mer brukerstyrt enn ansvarsgrupper.



Anbefaling lokalt: Oppfølgingsteam som arbeidsform handler potensielt om en perspektivendring som krever at en arbeider aktivt med å endre tankesett, holdninger og kultur i tjenestene, på alle nivå. Å ha en kommunikasjonsplan som involverer aktørene letter endringsarbeidet.

Fleksibilitet og dynamisk arbeidsmåte

Oppfølgingsteam som arbeidsform vektlegger fleksibilitet i møtrefrekvens, at møter avtales etter behov, og fleksibilitet i involvering. En dynamisk arbeidsmåte vil si at involvering av teammedlemmer differensieres ut fra brukers behov til enhver tid. I tillegg til at det bidrar til et mer målrettet arbeid, kan det også gi gevinst i form av en bedre utnyttelse av personellressursene. På den annen side kan en slik dynamisk arbeidsform medføre at ulike teamdeltakere ikke



nødvendigvis har en sterk teamfølelse eller opplevelse av at de arbeider som et team.



Anbefaling lokalt: For å sikre at alle, også de som ikke er like hyppig involvert i teamarbeidet, er oppdatert og arbeider målrettet i henhold til brukers ønsker og behov, er det viktig at man har en forventningsavklaring i starten hvor man avtaler roller, arbeidsform og bruk av samarbeidsverktøy.

Å nå alle med behov

Personer som har oppfølgingsteam har ofte utfordringer knyttet til psykisk helse, rus eller har psykososiale utfordringer, funksjonsnedsettelser, utviklingshemming, kroniske lidelser eller andre helseproblemer. Det kan også være barn som følges opp av barnevernet. Generelt er det få eldre som har fått tilbud om individuell plan og oppfølgingsteam. Eldre følges ofte opp av fastlege og hjemmetjenesten, som har egne oppfølgingsordninger som primærkontakt, demenskoordinator mv. Hjemmetjenesten har ofte høyt arbeidspress, lite kontortid og mange ufaglærte, som vanskeliggjør rekrutteringen av koordinatører. Hvordan oppfølgingsteam skulle gjennomføres for eldre og for andre grupper som følges opp av hjemmetjenestene, som kreftpasienter, har vært et tilbakevendende tema i piloten, og kommunene har valgt ulike løsninger.

Et av målene med piloten har vært å forebygge tjenestebruk, ikke bare ved å redusere tjenestebehov gjennom å gi koordinerte tjenester i oppfølgingsteam, men også gjennom tidlig identifisering. Det vil si at man tar grep og følger opp før det er oppstått behov for mange tjenester og før det er behov for å opprette et oppfølgingsteam. Å sikre systematikk i oppfølging av bekymringsmeldinger, også i tilfeller uten omfattende koordineringsbehov, er viktig for å forhindre eller utsette behov for oppfølgingsteam.



Anbefaling lokalt: Ikke alle som meldes har behov for at det opprettes et oppfølgingsteam, men kan likevel ha behov for systematisk oppfølging. Kommunen bør sikre systematikk i oppfølging også i tidlige

faser og for brukere som ikke ønsker eller ikke ser behovet for «full pakke».

1.9 Koordinatorrollen

Etter bruker, og eventuelt pårørende, har koordinatoren den viktigste rollen i oppfølgingsteamet. Et av tiltakene i piloten har vært å styrke koordinatorrollen, og å trygge og myndiggjøre koordinator. På samme måte som at oppfølgingsteam ikke er et fast team med stillinger tilknyttet teamet, er ikke koordinatoren for et oppfølgingsteam en fast stilling. Koordinatoren er en som jobber med brukeren, og brukeren sitt ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.

Dette prinsippet er i stor grad praktisert i kommunene. Men vi har også eksempler på at man skjærer visse grupper fra koordinatorrollen, eller at enkelte faggrupper, eller personer, tar all koordinering f.eks. for barn og unge, også i tilfeller der de ikke er en av fagpersonene som jobber aktivt med bruker. Utfordringer med koordinatorrekruttering og skjerming av ansattgrupper har medført at de fleste koordinatorer hører hjemme i helse- og omsorgstjenestene.

Slike særordninger reduserer brukernes valgmuligheter, og på sikt gir det mindre læring og kulturendring i organisasjonen. Dersom koordinatorrollen konsentreres på få personer øker det også sårbarheten i systemet ved at mange brukere berøres når koordinatoren går ut av rollen.

Av koordinatører som deltok i spørreundersøkelsen blant ansatte i 2023 uttrykte flertallet at de var komfortable med rollen. Dette på tross av at de i varierende grad hadde fått opplæring i ulike tema som er viktig for rollen. Opplæring, tid og lederstøtte var blant faktorene som de ønsket å ha mer av. Veiledning fra erfarne koordinatører ønskes av flertallet.



Anbefaling lokalt: Unngå ordninger som skjærer faggrupper fra koordineringsansvar, i alle fall som en langsiktig strategi. Sørg i stedet for god opplæring og lederstøtte. Mentorordning med

veiledning fra kompetente koordinatore er en god støtte for uerfarne koordinatore.

1.10 Fastlegens rolle

Fastlegen har alltid det medisinsk-faglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, og spiller en viktig rolle for at pasientene skal få god og nødvendig medisinsk-faglig oppfølging. Ettersom fastlegen ofte møter pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp, eller når det oppstår et økt hjelpebehov, er fastlegen sentral i å identifisere personer som kan utvikle mer omfattende behov for tjenester, herunder oppfølgingsteam. Erfaringen fra pilotkommunene viser at fastlegen spiller en viktig rolle i oppfølgingsteam, selv om det varierer mye hvilken rolle fastlegen spiller og hvor ofte fastlegen deltar. Så lenge fastlegens omfang av, og type involvering avtales på forhånd, trenger ikke fastlegen å delta i alle samarbeidsmøter, men kan holdes informert og konsulteres ved behov. Inntrykket er at fastlegens rolle i oppfølgingsteamet i større grad er avklart på et tidlig tidspunkt, sammenliknet med før piloten. Oppfølgingsteam kan bidra til en mer effektiv tidsbruk for fastlegene gjennom at strukturer, rutiner og roller er mer avklart.



Anbefaling lokalt: Sett fastlegens rolle på agendaen på første oppfølgings-teammøte, og ta det opp igjen med

jevne mellomrom for å fange opp endringer i behov for involvering. Etabler rutiner for at koordinator tar kontakt med fastlegen umiddelbart etter tilmelding, med en oppsummering av hva som har blitt gjort for pasienten hittil, drøft hvilke tjenester som er aktuelle for å delta i oppfølgingsteamet og avtal videre kontakt med fastlegen.

1.11 Ansattes erfaringer med oppfølgingsteam

Vi har kartlagt erfaringer med teamarbeid blant koordinatore og teamdeltakere. Flertallet som deltok i spørreundersøkelsen i 2023 hadde erfaringer med team som de mente fungerte godt. Viktige faktorer som deltakerne mente bidrar til godt fungerende team er blant annet at

sammensetningen av teamet svarer godt til brukerens behov, at man anerkjenner hverandres kompetanse, at det er passe antall deltakere i teamet, og at det som avtales blir fulgt opp av de ansatte. Noen hadde erfaring med team som fungerte dårlig, og faktorene som oftest ble trukket fram som årsak var at strukturer og felles verktøy for samhandling og koordinering ikke var avklart og akseptert av alle og at det ikke var en felles forståelse av eller ikke tydelig avklarte roller, forventninger og oppgaver.

Dårlige samarbeidsvilkår og -relasjoner er altså viktige årsaker til at teamarbeid fungerer dårlig, og ble også framhevet som noe som koordinatorene likte minst ved rollen. Dette illustrerer viktigheten av at kompetanseheving og opplæring i oppfølgingsteam som arbeidsmetodikk ikke bare begrenses til de med koordinatorrolle, og at samarbeidsform og forventninger avklares med alle parter. Det understreker også betydningen av at koordinatorrollen ikke begrenses til særlige stillinger eller faggrupper. Jo flere som har koordinatorerfaring, jo mer kunnskap og forståelse for koordinatorrollen og tverrfaglig samarbeid blir det blant teamdeltakere.



Anbefaling lokalt: Kompetanseheving og opplæring må ikke begrenses til koordinatorene, men også omfatte andre ansatte som kan få rolle som teamdeltaker.

1.12 Brukererfaringer

Mange av brukerne vi har intervjuet, eller som har deltatt i spørreundersøkelse, var i stor grad fornøyde med oppfølgingen de hadde fått. Et gjennomgående funn er likevel at mange opplevde ikke å ha fått nok informasjon om hva kommunen kan hjelpe dem med. Dette finner sitt motstykke i at også mange ansatte i tjenestene opplevde å ikke kunne nok om kommunens egne tilbud.



Anbefaling lokalt: Oppdaterte nettsider og målgruppe-spesifikke

aktørkart med kontaktinfo direkte til enkelt-tjenester (jfr. eksempel fra Kinn i kapittel 5) kan lette tilgangen til informasjon som er nyttig for brukere, pårørende og ansatte.

Vi fikk eksempler på teamarbeid som fungerte godt, og der det ble jobbet målrettet, og på teamarbeid som brukere ikke opplevde var effektivt og målrettet. Flere var opptatt av at teamet kan bli flinkere til å jobbe med mål og bruke individuell plan aktivt som verktøy i planlegging og oppfølging. Koordinatorrollen oppleves som viktig og bidrar til god kvalitet og at det jobbes målrettet. Noen var misfornøyd med koordinatorens innsats, at koordinatoren ikke hadde kompetanse til å fylle rollen, eller at feil tjeneste hadde koordinatorsansvaret.

Brukerne har ulike behov og ønsker, dette gjelder også syn på struktur på samarbeidsmøter. Det flere påpekte og problematiserte var at ikke alle involverte fra tjenestene kommer som avtalt til møter, noe som kan gi dårligere informasjonsdeling og mindre målrettet utvikling og framdrift for brukere. En annen utfordring var hyppig utskifting av fagpersonell, noe som svekker kontinuiteten i oppfølgingen. Hovedinntrykket fra intervjuene var at det ofte ble praktisert møtedefleksibilitet på grunnlag av behov til enhver tid.

Mange brukere og pårørende viste til at koordineringstiltakene i seg selv medfører brukermedvirkning, gjennom at de er med på møter i oppfølgingsteamet og at de kjenner eierskap til sin individuelle plan. Det er også verdt å ta med seg at noen brukere og pårørende følte at det krevde for mye ressurser av dem å være aktivt involvert og medvirke. De oppfattet brukermedvirkning som at det handlet om å ta større ansvar, noe de ikke følte seg rustet for.



Anbefaling lokalt: Bruk koordinatorsamlinger til å tilpasse "Hva er viktig for deg?" (PSFS)-skjema slik at det passer for ulike målgrupper (f.eks. voksne og barn/unge) i din kommune, og bestem hvordan de kommunale tjenestene kan bruke dette verktøyet på en systematisk måte for å måle utvikling. Se arbeidet i sammenheng med

individuell plan, og utforming og systematisk bruk av denne. Eksempel på tilpasning av PSFS-skjema i Suldal kommune er gitt i kapittel 5.

1.13 Oppnådde resultater

Tiltakene som kommunene har gjennomført har gitt resultater. I spørreundersøkelsen til ansatte i 2023 svarte et flertall av lederne, koordinatorene og teamdeltakerne at de, i alle fall i noen grad, har endret arbeidsmåte. Dette dreide seg blant annet om bedre, mer koordinert oppfølging av brukerne, bruk av oppfølgingsteam, økt fokus på brukers behov og involvering av bruker, mer samarbeid på tvers av fag og mellom ulike instanser, mer dynamisk organisering av teamarbeidet, bedre avklaring av roller og ansvar og mer bruk av digitale samhandlingsplattformer.

Et flertall vurderer også at det har skjedd endringer til det bedre i kommunens arbeid med brukere med store og sammensatte behov, blant annet når det gjelder vektlegging av brukerens egne ønsker og behov og samarbeid på tvers av tjenesteområder. Koordinatorer vurderer generelt kommunenes arbeid med målgruppen bedre enn ledere og teamdeltakere. Men det er også områder som et flertall vurderer ikke fungerer så godt, og det gjelder kartleggings-skjema for utredning, elektroniske planverktøy og ledelsesfokus på kvalitetsforbedring knyttet til tverrfaglig oppfølging. Det kan tyde på at ansatte vurderer at det har skjedd en større forbedring i selve oppfølgingen av brukerne enn i rammebetingelsene. Svarene fra et spørsmålsbatteri om pilotens gjennomslag i organisasjonen bekrefter dette. Mange vurderer at det ikke er tilstrekkelig lederstøtte og ressurser til rådighet for å kunne gjennomføre innføring av oppfølgingsteam som arbeidsmåte på en god måte.

Likevel tyder vurderingene, fra ansatte og ledere som jobber med målgruppen, på en stor grad av modenhet og gjennomslag av oppfølgingsteam som arbeidsmåte, blant annet ved at et overveiende flertall støtter videreføring, og mener at å delta i oppfølgingsteam inngår som en naturlig del av arbeidsoppgavene, at de ser verdien av oppfølgingsteam i sitt arbeid, forstår arbeids-



metodikken og anerkjenner at oppfølgingsteam representerer en ny måte å jobbe på.

I hvilken grad ledere og ansatte vurderer at det har skjedd endringer i arbeidsmåter, og grad av gjennomslag for arbeidsmåten, varierer etter hvilken rolle man har, hvilket tjenesteområde man representerer, om man jobber med målgruppen, hvor godt kjent man er med oppfølgingsteam som arbeidsmåte og hvilken kommune man tilhører. Dette reflekterer trolig at implementeringen av oppfølgingsteam ikke har kommet like langt over alt, både innad og mellom kommuner.



Anbefaling lokalt: Systematisk evaluering av endringsarbeidet er viktig for å sikre fremdrift. Tilbakemeldinger og eksempler på konkrete resultater og gevinster virker motiverende for ledere og ansatte.

1.14 Gevinster

Vi har ikke hatt mulighet til å tallfeste mulige effekter og gevinster. Men basert på kvalitative intervju er det gitt eksempler på gevinster både for brukere og pårørende, for ansatte og på kommunenivå.

På brukernivå er det lettere å vise til økt kvalitet på oppfølgingen, økt trygghet og mindre frustrasjon knyttet til mangelfull koordinering, enn til nedgang i tjenestebehov. At for eksempel sykehusinnleggelses, fastlegebesøk, eller eskalering av tjenestebehov forebygges, er noe som brukere kanskje ikke reflekterer over. På kort sikt kan også bedre oppfølging avdekke tjenestebehov og øke tjenestebruken.

Piloten vurderes å ha bidratt til en enklere arbeidshverdag, mindre støy og samarbeidsproblemer og til en mer effektiv tidsbruk for ansatte, herunder fastleger, gjennom at

strukturer, rutiner og roller er mer avklart enn de var før piloten. Mange ansatte opplever arbeidet som mer meningsfullt når de kan utgjøre en forskjell for bruker og pårørende.

At nye strukturer kommer på plass, at det er mer systematikk i arbeidet og at man får til en kvalitetsheving som brer seg i organisasjonen til nye tjenesteområder og brukergrupper erfares å gi store gevinster på systemnivå.

1.15 Kommunene er ikke i mål

Arbeid med kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess som kommunene aldri kommer helt i mål med. Hvor langt pilotkommunene har kommet i implementeringen av oppfølgingsteam som arbeidsform varierer ikke bare mellom kommunene, men også innad i kommunene og til og med innad i samme tjenesteområde. Det pekes på flere forhold som det fortsatt er behov for å jobbe med. Kommunene er store og komplekse organisasjoner, det tar tid å få kunnskapsspredning ut til alle ansatte, i alle deler av organisasjonen. Det er også behov for bedre forankring og involvering, spesielt i tjenesteområder utenom helse og omsorg. Enhetsledere må involveres og motiveres, og det er behov for at det jobbes bedre tverrsektorielt også i kommuneledelsen. Mangel på ressurser og digitale samarbeidsverktøy er også faktorer som det pekes på.

Basert på tilbakemeldinger fra prosjektlederne er dette faktorer som de vil fortsette å jobbe med etter at pilotprosjektet avsluttes.

Refleksjoner etter fem år med pilot som prosjektleder i Bø delte på avslutningskonferansene for piloten (figur 1), gir en god oppsummering av erfaringer.



Refleksjoner etter fem år i pilot

Endringsarbeid...

- ...tar tid
- ...innebærer en kulturendring
- ...byr på motstand
- ...er utfordrende i en presset kommune
- ...krever investeringer
- ...er avhengig av dedikerte ressurspersoner
- ...må forankres i hele organisasjonen
- ...er ikke venstrehåndsarbeid
- ...fordrer samarbeid
- ...skaper engasjement
- ...gir resultater!

Figur 1 Refleksjoner etter fem år i pilot. Fra presentasjon på avslutningskonferanse for piloten av prosjektleder i Bø. Gjengitt med tillatelse.

2 Innledning

I denne rapporten presenteres hovedfunn fra evalueringen av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Evalueringen har fulgt pilotprosjektet fra start høsten 2018 til slutt i desember 2023.

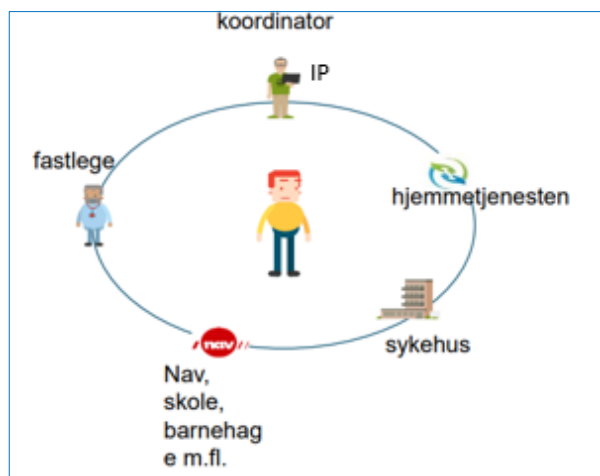
2.1 Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam ble i [Primærhelsemeldingen](#) (Meld. St. 26 (2014-2015)) lansert som et av virkemidlene for å skape bedre oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Oppfølgingsteam som arbeidsform er beskrevet i «[Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)».

Oppfølgingsteam som arbeidsform er generisk og omfatter alle personer med store og sammensatte behov i alle tjenester, uavhengig av alder og diagnose. Koordinerte tjenester skal sikres etter de samme prinsipper og arbeidsmåter uavhengig av fra hvilket tjenesteområde den som har behov for oppfølging får det meste av sine tjenester fra. Veilederen vektlegger betydningen av ledelse og strukturelle tiltak for å sikre systematikk i identifisering, behovsutredning og oppfølging av målgruppen. Veilederen retter seg mot ledere på alle nivåer og områder i kommunen som yter tjenester til målgruppen.



Figur 2 To sentrale dokumenter for oppfølgingsteam.



Figur 3 Oppfølgingsteam. Ill.: Helsedirektoratet

Oppfølgingsteam er benevnelsen på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker (figur3). Struktur og arbeidsform kjenne-tegnes ved at:

- **Oppfølgingsteamet** settes sammen av de som yter tjenester til bruker og justeres ut fra brukerens til enhver tid gjeldende behov.
- Det tverrfaglige samarbeidet ledes av en oppnevnt **koordinator**.
- Det sikres systematikk i oppfølgingen ved at det utarbeides en **plan for oppfølging**, med mål og tiltak basert på brukers behov og ønsker, som jevnlig evalueres.

Arbeidsprosessene i oppfølgingsteamet må oppfylle lovkrav til prosess og innhold i **individuell plan (IP)**, og ansvar og oppgaver som er tillagt koordinatorrollen (jf. [nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)).

Koordinerende enhet (KE) spiller en sentral rolle ved etablering av oppfølgingsteam som arbeidsform, ettersom enheten har et lovfestet ansvar for individuell plan og koordinator, og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorene (jf. [Forskrift om habilitering og rehabilitering og koordinator](#)).

2.2 Pilotprosjektet

Pilotprosjektet har handlet om å omsette innholdet i veilederen til praksis i kommunene.

Seks kommuner, Asker, Bø i Vesterålen, Flora, Lenvik, Steinkjer og Suldal, ble valgt som pilotkommuner etter søknad i 2018. Fire kommuner ble omfattet av kommunesammenslåinger fra 1. januar 2020 (Asker, Flora – i dag Kinn, Lenvik – i dag Senja, og Steinkjer). Opprinnelig var piloten planlagt å vare ut 2021, men ble forlenget med to år. Fire av de seks pilotkommunene, Suldal, Kinn, Bø og Senja, ble med videre.

Hovedtiltakene i piloten har vært:

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

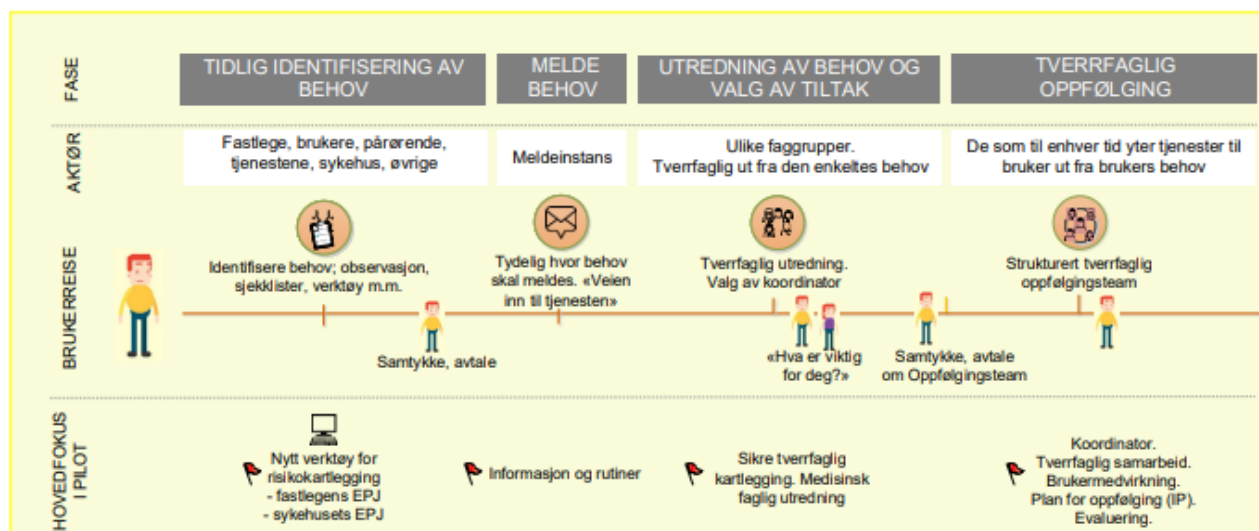
Som et redskap i identifiseringen av personer med behov for oppfølgingsteam har fastleger i

pilotkommunene prøvd ut et verktøy for forebyggende risikokartlegging (Medrave).

De fire **resultatmålene** for pilotprosjektet var:

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

Et sentralt element i piloten var at kommunene skulle arbeide bevisst og aktivt med tjenesteutvikling. Hovedfokus i pilot og aktører involvert, kan beskrives etter faser i brukeroppfølgingen (illustrert i figur 4): tidlig identifisering av behov, melde behov, utrede behov og velge tiltak og tverrfaglig oppfølging.



Figur 4 Hovedtema i piloten. Illustrasjon: Helsedirektoratet.

De overordnede **målene** med implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform er:

- Bedre resultat for pasient og bruker, gitt personens egne mål.
- Bedre funksjon for pasient og bedre egenmestring.
- Bedre pasient/brukeropplevd kvalitet.
- Å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser.

Kommunene har fått årlig tilskudd for pilotdeltakelse for å dekke lokal prosjektledelse, fastlegeinvolvering, kompetansehevende tiltak, reisekostnader til/fra nettverkssamlinger m.m. Pilotkommunene har vært tett fulgt opp av Helsedirektoratet gjennom prosjektperioden, i form av jevnlig statusrapportering eller statusmøter, nettverkssamlinger, og andre informasjons- og veiledningsmøter. Helsedirektoratet har også sørget for prosessveiledning fra eksternt innleid prosessveileder.

2.3 Pilotkommunene

De seks pilotkommunene er spredt geografisk rundt om i landet, og dekker både Østlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge (figur 5). De er svært forskjellige både i størrelse, alderssammensetning, helsetilstand, oppvekstvilkår, sosioøkonomiske kjennetegn, tjenestebruk, utgifter og utgiftsbehov (tabell 1).

Som nevnt gjennomgikk fire av de seks opprinnelige pilotkommunene prosesser med kommunesammenslåinger i pilotperioden. Asker ble slått sammen med Røyken og Hurum, og gikk fra i overkant av 60 000 innbyggere til nesten 100 000 innbyggere. Florø ble slått sammen med Vågsøy kommune til Kinn kommune, og gikk fra i underkant av 11 900 innbyggere i 2019 til i rundt 17 200 innbyggere i 2023. Steinkjer, som hadde rundt 22 000 innbyggere, ble slått sammen med Verran, som hadde i underkant av 2 500 innbyggere i 2019. Lenvik kommune, som hadde rundt 11 700 innbyggere i 2019, ble slått sammen med Berg, Torsken og Tranøy til Senja

kommune som hadde i underkant av 15 000 innbyggere i 2023.

De to minste kommunene Suldal (rundt 3 800 innbyggere) og Bø (rundt 2 600 innbyggere) var ikke berørt av kommunesammenslåinger.



Figur 5 De seks pilotkommunene markert på kartet, slik de framsto i 2019. Fra 1. januar 2020 ble Flora til Kinn kommune og Lenvik til Senja kommune. Illustrasjon: Google Maps.

Tabell 1 Kommuneprofiler¹⁾.

| | Asker | Suldal | Kinn | Steinkjer | Bø | Senja |
|---|------------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------|------------------------|
| Størrelse (innbyggertall 2023) | Stor (97 780) | Liten (3 820) | Mellomstor (17 180) | Mellomstor (23 960) | Liten (2 580) | Mellomstor (14 850) |
| Demografi | | | | | | |
| Andel barn-unge 0-24 år | + | ~ | + | ~ | --- | ~ |
| Andel eldre 80+ | ~ | +++ | ++ | +++ | ++++ | ++ |
| Helse- og omsorg | | | | | | |
| Helsetilstand og helserelatert atferd ²⁾ | 7+/2- | 2+ | 4- | 2+/5- | 2+/2- | 1+/5- |
| Hjemmetjen.: brukerrater 0-66 år | --- | | ++ | + | + | ~ |
| Hjemmetjen.: brukerrater 67-79 år | --- | + | ++ | + | + | + |
| Hjemmetjenester: brukerrater 80+ år | --- | + | + | ++ | + | ~ |
| Institusjon: brukerrater 80+ år | --- | --- | -- | ---- | +++ | +++ |
| Utgiftsbehov (helse og omsorg) ³⁾ | - | +++ | + | + | +++ | ++ |
| Utgifter per innbygger | - | +++ | ++ | ~ | +++ | +++ |
| Utgifter per innbygger – korrigert ⁴⁾ | ~ | ++ | + | - | + | ++ |
| Oppvekst og velferd | | | | | | |
| Oppvekst og levekår ²⁾ | 9+ | 5+/2- | 4+/2- | 1+/4- | 6- | 7- |
| Frafall videregående skole | --- | --- | -- | -- | ++ | +++ |
| Eneforsørgere < 45 år | -- | --- | - | ++ | ++ | +++ |
| Varig uføretrygdde 18–44 år | --- | + | + | +++ | +++ | +++ |
| Mottak. av stønad livsopph. 20-66 år | --- | --- | - | +++ | +++ | +++ |
| Utgiftsbehov (sosialhjelp) ³⁾ | -- | --- | -- | -- | - | -- |
| Utgifter sosialsektoren | --- | ++ | + | ~ | +++ | +++ |
| Utgifter sosialsektoren – korrigert ⁴⁾ | -- | +++ | +++ | ++ | ++++ | +++ |
| Barnevernstiltak (i alt) | -- | --- | ++ | + | ++ | +++ |
| Utgiftsbehov (barnevern) ³⁾ | ~ | --- | -- | ~ | ~ | + |
| Utgifter til barnevern | ~ | ~ | + | + | ~ | + |
| Utgifter til barnevern – korrigert ⁴⁾ | - | +++ | ++ | + | ~ | ~ |

1) Avvik fra landsgjennomsnittet (2019 eller tidligere, med ny kommuneinndeling for kommuner som ble sammenslått i 2020, se vedlegg 6.1 i tidligere evalueringsrapport for detaljer):

~: (-5 til +5) prosentpoeng fra gjennomsnitt

+: >=5 & <15 prosentpoeng over gjennomsnitt

++: >=15 & <25 prosentpoeng over gjennomsnitt

+++ : >=25 & <100 prosentpoeng over gjennomsnitt

++++: >=100 prosentpoeng over gjennomsnitt

--: <=-5 & >-10 prosentpoeng under gjennomsnitt

---: <=-10 & >-20 prosentpoeng under gjennomsnitt

----: <=-20 & >-50 prosentpoeng under gjennomsnitt

-----: <=-50 prosentpoeng under gjennomsnitt

2) Angir antall variabler med hhv. signifikant positivt (+) og negativt (-) avvik fra landsgjennomsnittet i Folkehelseprofilene 2020 fra Folkehelseinstituttet. Helse og helserelatert atferd har 11 mulige variabler, Oppvekst og levekår har ni mulige variabler.

3) Utgiftsbehov beregnet ut fra kriterier i Inntektssystemet for kommunene.

4) Korrigert for utgiftsbehov basert på kriterier i Inntektssystemet for kommunene.

3 Evalueringsdesign og empirisk tilnærming

3.1 Hovedfokusområder

Evalueringen har hatt tre hovedfokusområder som reflekterer at pilotens tiltak er rettet mot ulike nivå og aktører (se tabell 2):

Systemnivå: forankring, tilrettelegging, organisering og styring.

Tjenesteutøvere: erfaringer på individ og organisatorisk nivå mht. identifisering, utredning og oppfølging av brukerbehov, tverrfaglig samarbeid, koordinatorrolle og kompetanse.

Bruker og pårørende: erfaringer med tjenestene og oppfølgingsteam.

Tabell 2 Tiltakene i piloten er på ulike nivåer og skal oppnå resultater og effekter på ulike nivåer.

| Nivå | Identifisere og melde behov | Utredning av behov og valg av tiltak | Tverrfaglig oppfølging | Resultat | Effekt ¹⁾ |
|-------------------------|---|---|---|--|--|
| System | Systematikk – verktøy og rutiner Meldeinstans (en vei inn) | Koordinerende enhet (organisering, mandat og sammensetning) Enhetlig praksis og rutiner for tverrfaglig utredning Brukerinvolvering | Retningslinjer Lederstøtte Ressurser Kompetanseplaner Opplæring Kultur og holdninger | Gjennomgående strukturer ²⁾ , rutiner og verktøy er på plass Identifisering av behov Oppfølgingsteam som arbeidsform innført Oppnå en brukerrettet kultur i organisasjonen | Forebygge og/eller utsette behov for tjenester Redusere unødvendige sykehusinnleggelseser |
| Tjenesteutøver | Observasjonskompetanse Bruk av risikokartleggingsverktøy Melde/agere på observert behov (i samråd med bruker/pårørende) | Kartlegge behov (Hva er viktig for deg, bistandsbehov) Legge plan sammen med bruker Etablere oppfølgingsteam | Koordinator: holde tak i framdrift i henhold til plan, sikre nødvendig koordinering og oppfølging Andre: delta i oppfølgingsteam ved behov | Kompetanse og motivasjon til å jobbe i henhold til veileder (ta på seg koordinatorrolle, jobbe i team, jobbe brukersentrert) | |
| Bruker/pårørende | Melde behov | Delta aktivt i utforming av plan Samtykke til tiltak | Følge opp avtaler, si fra om endringer, bidra til å evaluere tiltak mm. | Bruker/pårørende deltar aktivt Oppfølging i henhold til behov og ønsker | Bedre resultat, funksjon og opplevd kvalitet på tjenestene |

1) I henhold til [målene med oppfølgingsteam listet opp i pilotprosjektet](#). Typiske effekter for tjenesteutøver, basert på funn i evalueringen er bedre samarbeidsrelasjoner, mer avklarte roller og ansvar, kompetanseheving, økt motivasjon og mer meningsfull arbeidshverdag.

2) Strukturer omfatter en tydelig beskrivelse av hvordan ansvar og myndighet er fordelt, styringslinjer og hvordan oppgavene koordineres, herunder tydelige/avklarte roller og ansvar, delegert myndighet mv.

3.2 Metode og data

Det er benyttet både kvalitative og kvantitative metoder i evalueringen, herunder intervju, spørreskjema-kartlegginger og registerdata-analyser for å kartlegge erfaringer og vurdere måloppnåelse. Datainnsamlingen har skjedd i flere runder, se tabell 3. Med unntak av

kommunebesøkene i 2019 er alle intervjuene gjort digitalt ved bruk av Microsoft Teams. Spørreundersøkelsene er også gjennomført digitalt i samarbeid med Sentio Research som har stått for den praktiske gjennomføringen.

Tabell 3 Datamaterialet.

| Datainnsamling - målgruppe | Antall intervjuer, respondenter | Tidspunkt |
|---|--|-----------------------|
| Opprinnelig prosjektperiode – seks pilotkommuner | | |
| 1) Oppstart: Intervju med prosjektgruppe | Fem fokusgrupper og ett individuelt | Des. 2018, jan. 2019 |
| 2) Kommunebesøk: Kvalitative intervju med ledere, ansatte og brukere | Ledere og ansatte (inkl. fastleger): 45 intervju, N = 160 informanter Brukere/pårørende: N = 38 informanter | Vår og høst 2019 |
| 3) Intervju med prosjektgruppe | Fire fokusgrupper og to individuelt | 4. kvartal 2020 |
| 4) Spørreundersøkelse blant teamdeltakere og ledere. Rekruttert med utgangspunkt i lister med koordinatører, og hvor koordinatør oppga teamdeltakere og sin leder. | Totalt N=202, svarprosent 40%, fordelt på koordinatører (N=93), teammedlemmer (N=79) og ledere (N=30) | Januar 2021 |
| 5) Intervju med fastleger | Ni intervju, 11 informanter | Vår 2021 |
| 6) Bruker- og pårørendeintervju | N = 31 informanter | 2021 |
| 7) Intervju med prosjektleder/prosjektgruppe | Fire fokusgrupper og to individuelt | 4. kvartal 2021 |
| Utvidet prosjektperiode – fire pilotkommuner | | |
| 8) Intervju med ledere | 21 intervjuer og 44 informanter | Vår 2022 |
| 9) Intervju oppfølgingsteam (case-studie) Koordinator og teammedlemmer sammen og bruker/pårørende for seg. | 9 case: Ni brukere, to pårørende (sammen med bruker), 22 koordinatører og teamdeltakere. | Høst 2022/vinter 2023 |
| 10) Intervju med prosjektledere og prosessveileder | Fem individuelle intervju | Høst 2022 |
| 11) Spørreundersøkelse blant brukere/pårørende. <i>Rekruttert via lister fra prosjektledere.</i> | N = 33 | Vår/sommer 2023 |
| 12) Spørreundersøkelse blant ansatte Rekruttert utfra lister med ansatte fra kommunene. | Totalt N=689, svarprosent 25. Fordelt på ledere (N=175, hvorav 120 førstelinjeledere og 55 høyere nivå) og ansatte (N=514, hvorav 66 koordinatør, 86 teamdeltakere (som ikke også er koordinatør). Det var svært skjev fordeling på antall ansatte som deltok fra de fire kommunene og vi har avgrenset materialet i rapporten til ledere, koordinatører og teamdeltakere. | Vår/sommer 2023 |
| 13) Intervju kommuneoverleger | Ett fokusintervju med to informanter og ett individuelt intervju. | Vår 2023 |

Datainnsamlingen og datamaterialet for de tre første årene er dokumentert i [evalueringsrapport](#) fra 2022, mens datainnsamlingen og datamaterialet for de to siste årene er dokumentert i egne notat og artikkel, der vi beskriver detaljer rundt datainnsamlingene og resultater. [Disse dokumentene finnes på prosjektets hjemmeside](#). Vi har også brukt presentasjoner fra kommunene blant annet fra de fire avslutningskonferansene høsten 2023, og annen informasjon i møter med kommunene, som datamateriale i evalueringen.

Kvantitative effektanalyser har ikke vært hensiktsmessig

Analyser av effekter, herunder utvikling i tjenestebruk, samt analyser av endring i helse og funksjon, og endring i pasient- og brukerforløp, var planlagt gjennomført med bruk av registerdata fra Norsk pasientregister, KUHR og Kommunalt pasient- og brukerregister for årene 2017-2022. Dataene ble samlet inn og tilrettelagt for analyse, men av ulike årsaker har vi valgt å ikke fullføre analysene. Dette har i hovedsak å gjøre med utfordringer med å identifisere de som har fått oppfølgingsteam i registerdataene og kvalitet på registreringene av nøkkel-

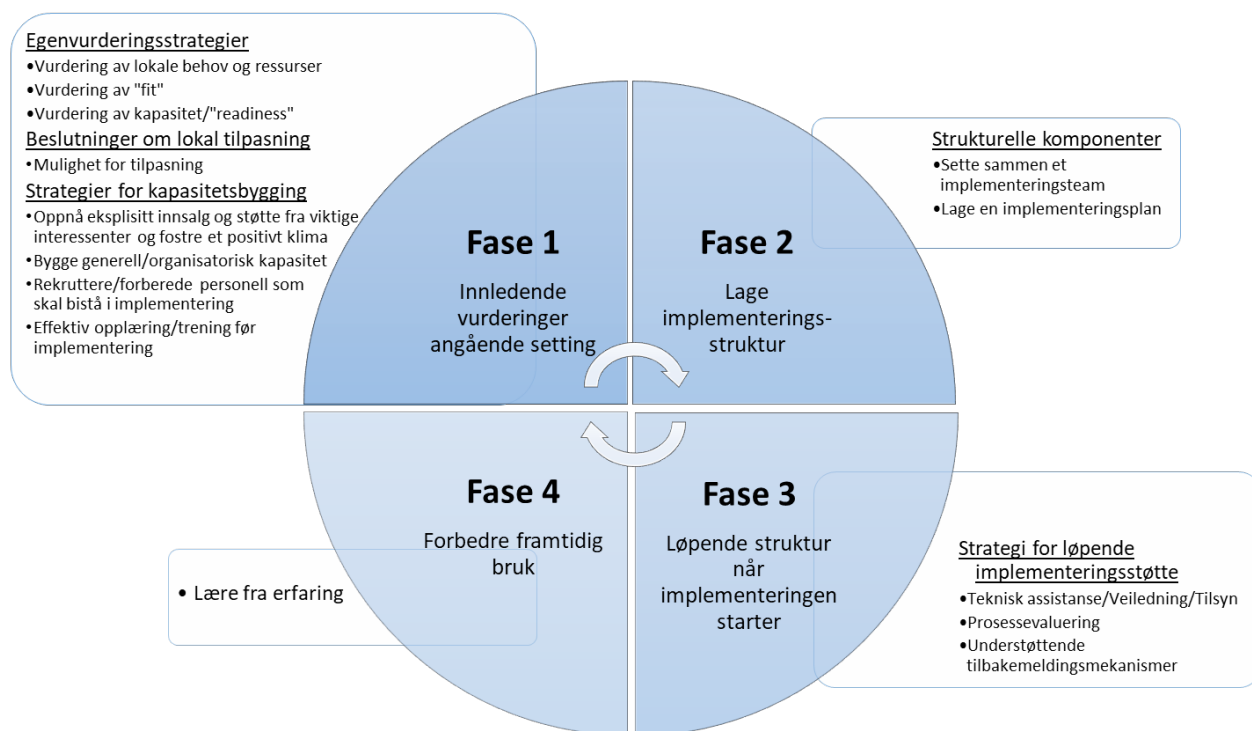
opplysninger. Planen var å identifisere mottakere av oppfølgingsteam gjennom opplysninger om pasient/bruker hadde mottatt koordinator og/eller individuell plan. Det viser seg at kvaliteten på disse registreringene i mange tilfeller er mangelfulle og ikke sammenlignbare hverken på tvers av kommuner eller på tvers av år. Det er derfor ikke mulig å gjøre meningsfulle analyser av utvikling hverken på kommunenivå eller på individnivå.

Etikk

Evalueringprosjektet har de nødvendige etiske godkjenningene og fritak fra taushetsplikt for registerdata (SINTEFs personvernombud Sikt ref. nr. 223190, ref.: 792404 og REK ref. 2018/1902, ref. 95710).

3.3 Analytisk tilnærming

I evalueringen har vi brukt ulike analytiske tilnærminger fra implementeringsforskningen som belyser strategier for vellykket implementering og faktorer som påvirker sannsynligheten for en vellykket implementering.

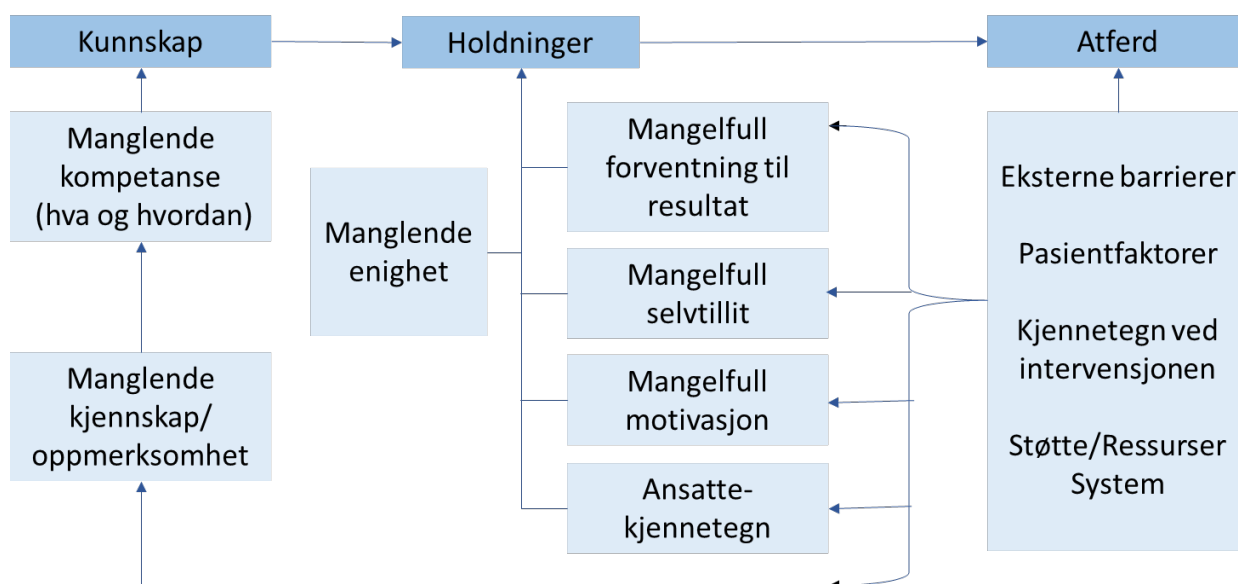


Figur 6 Fire faser i implementeringsprosessen i henhold til The Quality Implementation Framework.

Disse er grundig beskrevet i kapittel 1.9.3 i forrige [evalueringsrapport](#), som også gir en gjennomgang av implementeringsprosessen de tre første årene av piloten med utgangspunkt i [Quality Implementation Framework](#) som deler implementeringsprosessen inn i fire faser og 14 kritiske steg (figur 6).

Implementeringsstrategien bør tilpasses hvordan organisasjonen er skodd før implementering. I henhold til [PARIHS-rammeverket \(Promoting Action on Research Implementation in Health Services\)](#) kan vellykket implementering ses på som resultat av samspill mellom kjennetegn ved (i) intervensjonen (tiltakene som iverksettes), blant annet at tiltakene er virksomme, klart forstått og formidlet, og er forenlig med organisasjonens mål, praksis og kultur, (ii) setting og kontekst, blant annet kjennetegn ved omgivelser, lederskap, kapasitet og ressurser, praksiser, prosesser, kulturer og ferdigheter og (iii) implementeringsprosessen, blant annet implementeringsstrukturer, - kompetanse og - støtte.

Faktorer som fremmer implementering, finner sitt motstykke i faktorer som hemmer implementering. Figur 7 illustrerer hvordan manglende kjennskap og kompetanse påvirker kunnskapen om tiltakene, som i neste omgang påvirker holdninger til tiltakene og som igjen påvirker atferd. Holdningene påvirkes også av en rekke individuelle og kulturelle faktorer som for eksempel motivasjon, forventninger til resultat, selvtillit til egne ferdigheter i nye roller og i ny praksis, og i hvilken grad det er enighet om tiltakene i egen virksomhet. Rammebetingelser og systemfaktorer, som ressurser (menneskelige, materielle, økonomiske, tid) og støttesystemer, vil, i tillegg til kjennetegn ved tiltakene som skal iverksettes og ved målgruppen, påvirke kunnskap, holdninger og atferd både hos de som har ansvar for implementering og hos ledere og ansatte. Dette er forhold vi har kartlagt og vurdert i evalueringen.



Figur 7 Implementeringsbarrierer. Basert på figur 1 i [Cochrane mfl 2007](#).

4 Implementering i kommunene

Piloten retter seg mot ulike nivå i kommunene (systemnivå, inkludert ledersjikt, tjenesteutøver og bruker) og handler om:

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

4.1 Iverksetting har tatt tid

Å iverksette tiltakene i piloten har tatt vesentlig lengre tid enn planlagt. Kommunene har brukt mye tid på å få på plass nødvendige strukturer og systemer. De har hatt ulik tilnærming og utvikling i iverksettingen, og har kommet ulikt langt. Noen kommuner startet raskt med å etablere oppfølgingsteam, andre har brukt lengre tid. Kommunene har arbeidet mye med styrking av koordinatorrollen og bedre brukermedvirkning og samarbeid på tvers. Selv om mye er oppnådd er det likevel, i varierende grad, både mellom og innad i kommunene, et stykke igjen før oppfølgingsteam som arbeidsform er etablert praksis i alle tjenester og for alle målgrupper.

At iverksettingen har tatt tid og at kommunene er kommet ulikt langt kan i henhold til implementeringsteori ses som resultat av samspill mellom kjennetegn ved (i) piloten, (ii) omgivelsene som tiltakene iverksettes i og (iii) implementeringsprosessen.

4.2 Piloten - veilederen

Kompleks pilot

Å iverksette tiltakene i piloten er krevende fordi den omfatter mange tiltak, på ulike nivåer, på tvers av mange tjenesteområder, og en mangfoldig målgruppe. Iverksetting av tiltakene krever involvering av toppledelse, mellomledersjikt, ansatte og brukere og pårørende. Noen av tiltakene krever endringer i systemer, strukturer og rutiner, mens andre handler om å endre holdninger og arbeidsmetoder.

Sammensatt målgruppe med komplekse behov

Brukerne kan være i alle aldre, og har sammensatte utfordringer som krever samarbeid mellom ulike profesjoner innad og på tvers av tjenesteområder og sektorer. Piloten involverer derfor en rekke tjenester, innen helse og omsorg, oppvekst og velferd (inkl. barnevern). Samtidig er brukernes behov uensartet, som innebærer at man ikke kan lage standardiserte opplegg for oppfølging når det gjelder hvilke tjenester som er involvert, på hvilket tidspunkt og på hvilke måter. Pilotkommunene har derfor arbeidet med å lage strukturer for oppfølging som er generelle og skal gjelde alle i målgruppen for piloten, og å stryke generell samarbeids- og koordineringskompetanse i berørte tjenester.

Systemkompleksitet

Måten tjenestene er innrettet, organisert, regulert og finansiert bidrar til silo-tenkning. Dette skaper ikke bare koordineringsutfordringer på brukernivå, men bidrar også til kompleksitet i implementeringsprosessen. Dette kan for eksempel dreie seg om at lovregulering av koordineringsplikt varierte mellom tjenestene før [lovendringen i 14 velferdstjenestelover](#) om samarbeid, samordning og barnekoordinator som tråde i kraft 1. august 2022, om svak motivasjon for samarbeid, eller ulike fagtradisjoner og bruk av forskjellige verktøy til kartlegging og funksjonsmåling.

Helsefokus som barriere

Veilederen har et utgangspunkt i helserelaterte behov og er utgitt av Helsedirektoratet. Ledere i andre tjenesteområder som utdanning, barnevern og NAV, som er viktige samhandlingsaktører, var, spesielt i starten i liten grad kjent med veilederen, eller oppfattet den ikke som en veileder som angikk deres brukere. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte som ble gjennomført i 2023 viser at veilederen fortsatt er bedre kjent i helse og omsorg enn i andre tjenesteområder.

Krevende å tolke og kommunisere

Erfaringene fra piloten viste at det kan være utfordrende å forstå og kommunisere hva oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen betyr, og kunnskap og motivasjon varierende blant ledere, ansatte og brukere/pårørende. Dette var også tydelig i prosjektledelsen i pilotkommunene. Det var blant annet usikkerhet og diskusjoner rundt tolkning av begreper og tilnærminger i piloten. Kommunene brukte derfor mye tid på å «områ seg» i starten, blant annet når det gjaldt å identifisere målgruppen og prosessen med å implementere oppfølgingsteam for ulike brukergrupper.

Et eksempel er eldre brukere som sjelden har [koordinator og/eller individuell plan](#), selv om de ofte følges opp av flere ulike profesjoner på ulike nivå innen helse- og omsorgstjenestene. Mange eldre og andre brukere av hjemmetjenester har høy kompleksitet i hjelpebehov (flere kroniske sykdommer, høyt medisinforsbruk, lav mobilitet og lite sosial kontakt) og har behov for koordinerte tjenester. Flere faktorer bidrar til at oppfølgingsteam i mindre grad er tatt i bruk for disse. Noe ligger i kultur og holdninger. Hjemmetjenestebrukere har tradisjonelt hatt andre oppfølgingsordninger, som for eksempel primærkontakt, som fungerer som brukerens faste kontaktpunkt mot tjenestene. Det kan være slik at et oppfølgingsteam, og rutiner rundt dette, oppleves som unødig omfattende, og at tjenesteutøverne vurderer at eldre ivaretas tilfredsstillende slik det er. Mange opplever at kontakten mellom fastlege, som har det medisinsk-faglige koordineringsansvaret, og hjemmetjenesten generelt sett er god og at eldre hjemmeboende får ivaretatt sine behov uten at de trenger å tilbys et oppfølgingsteam. En annen forklaring på at eldre i liten grad blir vurdert (og får) oppfølgingsteam kan være at det er liten tradisjon og kultur for å danne diagnose-uavhengige team rundt brukere i hjemmetjenestene. Det er lett at oppfølgingsordninger gis til brukere i definerte (diagnose)grupper.

Andre faktorer er knyttet til rammebetingelser. Ansatte i hjemmetjenesten har ofte stor arbeidsbelastning, mange er ufaglærte og de har lite

kontortid. Dette bidrar til at noen vegrer seg for å ta på seg koordinatorrollen fordi den oppfattes å være vanskelig og tidkrevende.

Hvordan oppfølgingsteam som arbeidsform skal implementeres blant eldre, og andre grupper som ofte ikke får tilbud om individuell plan og/eller koordinator, har vært et tilbakevendende tema gjennom piloten som kommunene har løst på ulike måter og i ulik grad.

Oppfølging av eldre i Kinn

Kinn har valgt en modell for oppfølgingsteam for eldre brukere hvor primærkontakten blir koordinator, uten at det, i de fleste tilfellene, meldes til koordinerende enhet. Koordinator kaller inn til møter etter avtalt struktur og det lages referat fra samarbeidsmøter (etter fastlagt mal) som lagres i den elektroniske pasientjournalen, og som fungerer som plan for oppfølging. Det gjøres regelmessig behovskartlegging med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»-tilnærmingen i forbindelse med legemiddel-gjennomgangen med fastlegen. Ved å holde ting enkelt senkes terskelen for å være koordinator. Ordningen er støttet av koordinatorrutiner med sjekklistor, og fadderordning eller støtteordning for nyansatte. Om dette kan sidestilles med oppfølgingsteam avhenger av praktisering, se for øvrig sitat nedenfor. Noen brukere har også mer omfattende koordineringstiltak, med bruk av det digitale samhandlingsverktøyet Samspill.

«Og så har vi hatt en liten diskusjon i forhold til om det egentlig er tverrfaglig og oppfølgingsteam de har? Og har de behov for individuell plan? Vi har hatt noen runder der. Og vi mener jo det at en trenger nødvendigvis ikke å gjøre det så formalistisk så lenge det fungerer. Og så kan det hende at en noen ganger skal gå tungt inn og gjøre det formalistisk og ha flere inne, og så kan man

Hva er nytt?

Flere av strukturelementene i veilederen, som koordinator, individuell plan og teamarbeid (ofte kalt ansvarsgrupper), var for mange kjent fra før, og for noen allerede etablert praksis. Dette gjør



det mer krevende å formidle hva som er nytt og å motivere for endring, sammenlignet med tiltak og arbeidsformer som representerer noe helt nytt. I starten av piloten hørte vi fra mange ansatte og ledere at det var vanskelig å skille oppfølgingsteam fra etablert praksis, og enkelte omtalte oppfølgingsteam som "keiserens nye klær".

Vektlegg det som er nytt

For noen kan det være vanskelig å skille oppfølgingsteam fra etablert praksis (individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper). Forankringsarbeidet kan derfor med fordel vektlegge elementene som er mest relevante og motiverende for endring for ulike aktører. Det kan i noen tilfeller være å fokusere på nye brukergrupper som skal nås, og i andre tilfeller på kvalitetsforbedring i oppfølgingen, for eksempel tidlig identifisering og forebygging, «hva er viktig for deg?» som retningsendring, fleksibilitet, dynamisk oppfølging og teamarbeid.

Begrepsforvirring

Et annet tilbakevendende tema har vært at det er mange koordineringsordninger og relaterte begreper i bruk. Dette skaper forvirring om begreper og modeller, også blant toppledere, som så behov for å rydde i begreper og modeller.

"Kommunen har allerede en haug med team fra før, hvordan skal man selge inn enda et team?!"

Lokal tilpasning og videreutvikling

Fra et utgangspunkt som var til dels svært ulikt, har tett oppfølging fra Helsedirektoratet med felles prosesser og veiledning bidratt til at kommunene har fått en mer lik forståelse av hva oppfølgingsteam som arbeidsform betyr. Kommunene har valgt ulike tilnærminger og tilpasninger til etablert praksis og eksisterende modeller. Det arbeides fortsatt med videreutvikling av oppfølgingsteam som modell og arbeidsform i pilotkommunene.

4.3 Konteksten

Ulikt utgangspunkt og utfordringer

Kommunene hadde ulike utgangspunkt. De var svært forskjellige med hensyn til i hvilken grad strukturene og rutineene som skal til for å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform var til stede før piloten startet. Dette gjaldt ikke minst organisering, fungering og arbeidsform i koordinerende enhet. Noen kommuner hadde en lang vei å gå, og måtte gjøre et omfattende forankringsarbeid for å kunne etablere nødvendige formelle strukturer.

Kommunene hadde også ulik motivasjon for å delta i piloten og hvilke utfordringer de ønsket å ta tak i. Innsiktsarbeidet som kommunene gjorde i den innledende fasen viste at eksisterende praksis, og kvaliteten på oppfølgingen, varierte mellom tjenester og brukergrupper. Dette var en felles erkjennelse for alle pilotkommunene, selv om hvilke brukergrupper som hadde størst mangler i oppfølgingen varierte.

Ulik kommunestørrelse har også betydning for hvor omfattende og tidkrevende arbeidet med forankring og involvering av ledere og ansatte er.

Ulik kunnskap og motivasjon

Som nevnt i kapittel 4.2 har en utfordring vært at ledere i noen tilfeller hadde lite kjennskap til veilederen, eller ikke oppfattet den som en veileder som angikk deres brukere. Det har vært særlige utfordringer med å få rekruttert koordinatører fra tjenester utenom helse og omsorg. En gjenganger har vært uenighet, både på toppledernivå og enhetsledernivå, om hvorvidt ansatte i oppvekst skal ta på seg koordinatoroppgaver med henvisning til forskjeller i rammebetingelser. Ledere i oppvekst har pekt mangel på helsekompetanse og manglende ressurser til å sette av tid til koordinatoroppgaver og kompetansehevende tiltak blant ansatte.

Ulik forankring i kommuneledelsen

En effektiv implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen krever at det stadfestes som anerkjent praksis på høyeste hold. Hvor sterkt forankret prosjektet har vært i

kommuneledelsen har variert mellom pilot-kommunene. Dette har betydning for hvor lang veien er for å få engasjert ledelsen til å ta nødvendige grep og få innarbeidet oppfølgings-team som arbeidsform i planarbeidet. Eierskap til arbeidet plassert i kommuneledelsen bidrar til at arbeidet ses, ikke som et prosjekt, men som del av et langsiktig og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i tjenestene.

Konkurransen om oppmerksomhet, tid og ressurser

Koronapandemien påvirket fremdriften i alle kommunene. Fire av seks kommuner gjennomgikk i tillegg prosesser med kommunesammenslåinger. Dette har trukket oppmerksomhet, lederressurser og organisatorisk kapasitet bort fra piloten. Høy turnover av nøkkelpersonell, og blant ledere, har også svekket kontinuiteten i implementeringen. Når flere av faktorene inntreffer samtidig forsterkes utfordringene. Senja som både hadde flere skifter av prosjektleder, høy turnover blant fastleger og en omfattende prosess med sammenslåing av mange kommuner, med stor utskiftning av ledere, har erfart størst utfordringer i implementeringsarbeidet.

4.4 Implementeringsprosessen

Innsiktsarbeid

Implementering av veilederen handler om tjenesteutvikling og forbedringsarbeid. [Å gjøre seg kjent med lokale behov og ressurser](#) som grunnlag for det lokale implementeringsarbeidet, både blant brukere og i egen organisasjon, var en viktig del av oppstartsfasen.

Koordinerende enhet har en nøkkelrolle

Koordinerende enhet har ansvar for initiering av individuell plan og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Ressurser og kompetanse i koordinerende enhet vil være avgjørende for kommunenes *organisatoriske kapasitet* til å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform i alle tjenester. Alle kommunene involverte koordinerende enhet eller tildelingskontor (når koordinerende enhet ikke var etablert), enten i prosjektgruppen, arbeids-

grupper og/eller gjennom innsiktsarbeidet. Les mer om koordinerende enhet i kapittel 5.1.

Organisering av arbeidet

Alle kommunene har til en viss grad organisert piloten som prosjekt med frikjøpt prosjektledelse, prosjektmedarbeidere og eventuelt styringsgruppe.

Prosjektlederrollen har vært viktig. Å ha god kjennskap til driften og være godt kjent og respektert i ledelsen og nedover i organisasjonen letter implementerings- og forankringsarbeidet.

"Dyktig ... kompetent ... organisert ... Og det har vært avgjørende, som har eiet dette og virkelig ønsket å få det gjennomført .. og har tillit i organisasjonen ... har gjennomførings-evne." (Kommuneoverlege om prosjektleder)

Erfaringene viser at hvis implementeringsteamet er tett knyttet til koordinerende enhet, kan man lykkes godt uten en stor prosjektorganisasjon. Samtidig har vi sett at forankring og framdrift svekkes av hyppige eller omfattende endringer i prosjektledelse og i ledersjiktet. Dette illustrer viktigheten av å ha en skriftliggjort plan med god forankring i, og involvering av, ledelsen for å sikre kontinuitet i arbeidet.

Kommunene har tatt ulike grep for å støtte den fortløpende implementeringen. Vi har sett gode resultater av å involvere erfarne koordinatorene eller andre ildsjeler (endringsagenter) i utviklingsarbeid, opplæring og spredning. Workshops for ulike aktører, ikke minst med deltakere på tvers av tjenesteområder, har vært viktige arenaer for læring og erfaringsdeling.

"Det har vært møtearenaene og plutselig går det et lys opp for noen; Oi, de kommer med dette, kan vi implementere dette på noen måte?" (Kommuneoverlege om nytten av erfaringsdeling på tvers i workshops)

«Betringskoordinatorer»

Suldal har brukt erfarne og engasjerte koordinatorer og andre medarbeidere med kompetanse og engasjement i det lokale utviklingsarbeidet, og til å dele kunnskap om koordinatorrollen og å framsnakke oppfølgingsteam som arbeidsform.

Implementeringsstøtte

Kommunene har vært tett fulgt og støttet av Helsedirektoratet, som også har arrangert ekstern prosessveiledning i den enkelte kommune fra en fagperson med mye kunnskap om pasient- og brukerforløp og kommunal sektor, noe kommunene uttrykker at de har hatt stor nytte av.

Forankring og involvering

Piloten berører mange aktører, fra kommuneledelsen til linjeledere og ansatte på alle nivåer i de ulike tjenestene. Prosjektledelsen i pilotkommunene har derfor måttet arbeide veldig bredt med forankring, involvering og endringsarbeid. Dette er et kontinuerlig arbeid og tar tid. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2023 svarte nesten 1/3 av ledere, koordinatorer og teamdeltakere at de var lite kjent eller ukjent med oppfølgingsteam som arbeidsform. Andelen varierte mellom kommunene, fra 17 til 51 prosent.

Intervju med toppledere og mellomledere våren 2022 ga inntrykk av at topplederne (kommunal-sjefer, etatssjefer) i stor grad var godt informert om utviklingen i piloten. Men rollen til koordinerende enhet, som kanskje er den viktigste ressursen for å få etablert oppfølgings-team som arbeidsform i kommunene (se avsnitt 5.1), var ikke like godt forankret blant alle topplederne. Det var større spredning i hvor godt piloten var forankret blant mellomledere.

Erfaringene viser at involvering av toppledelsen, blant annet til å foreta nødvendige strukturelle

«Og det er helt avgjørende at kommune-direktør og de ulike sjefene heier på prosjektet og heier på måten vi jobber på. Og så er vi avhengig av enhetslederne, at de skjønner konseptet med at dette er noe som vi ikke skal tillegge mer ressurser, trekke folk ut av tjenesten og lage siloer osv., men at dette er noe vi skal jobbe med i det daglige, parallelt med det vi allerede jobber med. Og da handler det om litt sånne prioriteringer som en må gjøre. Så ser en det at så lenge det kommer brukerne til gode til slutt, og de ansatte til gode, så blir det litt enklere. Men vi spiller jo på entusiastene, en gidder jo ikke spille på de som ikke vil. Så det er sånn vi får ting gjort.»
(Kommuneoverlege om lederforankring)

endringer, å sørge for tydelig mandat og myndighet til koordinerende enhet og å klargjøre forventinger til samarbeid på tvers av tjenesteområder, støtter implementeringsprosessen.

Å få etablert oppfølgingsteam som arbeidsform for alle med behov for koordinert oppfølging, og i alle deler av organisasjonen, krever involvering og aktiv ledelse i alle relevante tjenesteområder. Å bruke nyhetsbrev, slik som prosjektleder i Bø har gjort, er en effektiv måte å informere om prosjektet på (se figur 8). Mantraet vi har hørt fra Kinn er å gjøre ting enkelt, løse en ting om gangen og så må man følge opp og mase for å få til endring og vedlikeholde resultater, som illustrert i dette sitatet: «Og det er knallhard jobbing med å holde ting i gang og i live. Det handler om å ha en sånn mase-kultur, vi maser hverandre gode».

Relasjoner og informasjonsflyt

Å skape gode relasjoner på mellomledernivå er nøkkelen til godt og lavterskelbasert samarbeid mellom enheter og tjenesteområder. Leder-nettverk på tvers av tjenesteområdene som møtes fast og fysisk bidrar til relasjonsbygging og god informasjonsflyt.

**PILOTPROSJEKT***Strukturert, tverrfaglig oppfølgingsteam***BØ KOMMUNE**

Det gode liv i Bø

Hva jobber vi med?

Mars 2022

Implementering av oppfølgingsteam

Bø kommune deltar i et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet. Et hovedfokus i prosjektet er å få på plass strukturer og system som sikrer tidlig identifisering av behov, tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform.

Et oppfølgingsteam er satt sammen av fagpersoner den enkelte pasient til enhver tid har behov for. Formålet med oppfølgingsteam er koordinering og å yte tilrettelagte og tverrfaglige tjenester ut fra pasientens individuelle behov.

Kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er alle viktige aktører for å få dette til. Som en følge av arbeidet i piloten skal kommunene som deltar få bedre samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer og aktiv brukerinvolvering i alle faser.



Målgruppe

Personer med store og sammensatte behov som trenger langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Hva er viktig for **deg**?

Koordinatoropplæring

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til en individuell plan (IP) og skal tilbys en koordinator i kommunen. I oppfølgingsteamet er det koordinatoren som leder arbeidet, sørger for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikrer samordning av tjenestetilbudet og driver frem arbeidet med en IP.

Kommunens koordinerende enhet og vedtakskontor (KEV) har det overordnede ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Prosjektet vil bistå KEV i å utvikle en strukturert koordinatoropplæring med kursing, erfaringsutveksling, veiledning og jevnlig samlinger.

Informasjonsarbeid



Prosjektet har som mål å drive med informasjonsarbeid og begrepsavklaring, både på individ- og systemnivå. Dette innebærer for eksempel internundervisning, møtedeltakelse, nyhetsbrev, samt tett dialog med pasient, pårørende og aktuelle tjenesteytere.

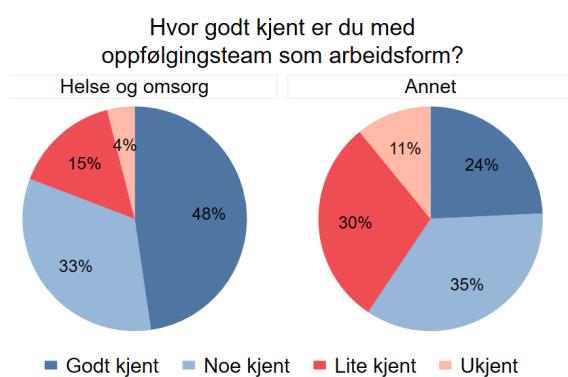
Prosjektet skal også være en pådriver for å gjøre informasjon om kommunens tjenester mer tilgjengelige og synlige, for eksempel gjennom en mer oversiktlig og brukervennlig nettside og oppdaterte, tilpassede informasjonsbrosjyrer. Informasjonen skal være tilgjengelig for alle – uavhengig av alder, diagnose eller teknisk kompetanse.

Martine Hagen

Prosjektleder i "Strukturert, tverrfaglig oppfølgingsteam"

Figur 8 Nyhetsbrev. Gjengitt med tillatelse fra prosjektleder i Bø.

Erfaringene fra pilotkommunene viser at oppvekst og velferd har blitt involvert i mindre grad enn helse- og omsorgstjenestene. Dette kom fram både i lederintervjuene og i spørreundersøkelsen i 2023. Andelen ledere som i spørreundersøkelsen svarte at de ikke har vært involvert i, eller informert om piloten, var større i andre tjenesteområder (49 prosent) enn helse og omsorg (29 prosent). Andelen teamdeltakere, koordinatore og ledere som svarte at de var godt kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform var også lavest i tjenesteområder utenom helse og omsorg (figur 9).



Figur 9 Kjennskap til oppfølgingsteam som arbeidsform. Spørreundersøkelse 2023. Etter tjenesteområde.

Nesten halvparten av lederne innen hele og omsorg svarte at mer enn halvparten av deres ansatte hadde fått tilbud om å delta på informasjonsmøte eller lignende om strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov. Kun 16 prosent av lederne i andre sektorer svarte det samme.

Dette gjenspeiles i svarene når vi spør ansatte om de har deltatt på informasjonsmøte eller lignende. Det er en større andel blant ansatte fra helse og omsorg som svarer at de har deltatt på dette enn i andre tjenesteområder. Dette henger også sammen med at det er få koordinatore som rekrutteres fra andre områder enn helse og omsorg, og at en større andel av koordinatore enn teamdeltakere har deltatt på informasjonsmøter. Når vi spør de ansatte er det kun 16 prosent av de som var koordinatore på undersøkelsestidspunktet som svarer at de aldri har deltatt på informasjonsmøte eller lignende, mot 46 prosent blant de som var teamdeltakere. Hvor mange som har deltatt i ulike informasjons- og opplæringsaktiviteter blir nærmere beskrevet i avsnitt 5.7.

5 System, strukturer og rutiner

Å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen krever at man etablerer strukturer og rutiner som sikrer systematikk i identifisering og oppfølging av behov. Dette handler om alt fra organisering og arbeidsform i koordinerende enhet, til hvilke rutiner som gjelder for å melde behov, rutiner for oppfølgingsteam, for utarbeidelse av individuell plan og koordinatorrekruttering, eller rutiner for bruk av «Hva er viktig for deg?»-skjemaet og brukerinvolvering, og rutiner for samhandling med andre aktører.

5.1 Koordinerende enhet

En godt fungerende koordinerende enhet er helt avgjørende å få etablert oppfølgingsteam som arbeidsform gjennomgående i kommunen. Koordinerende enhet har vært forankret i lovverket gjennom forskrift siden 2001. I forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012,

ble koordinerende enhet løftet fra [forskrift](#) til [lov](#) og søkelyset på individuell plan, koordinering og samhandling mellom tjenestene ble forsterket.

Ved oppstart av piloten var det stor variasjon når det gjaldt koordinerende enhet mellom de seks pilotkommunene, fra ingen operativ koordinerende enhet til velfungerende koordinerende enhet. Kommunene har fortsatt ulike løsninger. Dagens organisering av koordinerende enhet i de fire gjenværende pilotkommunene er vist i tabell 4. Kinn (tidl. Flora) og Suldal har hatt samme organisering av koordinerende enhet siden 2012. I Senja (tidl. Lenvik kommune) fungerte tildelingsenheten (50 prosent ressurs) som koordinerende enhet ved oppstart av pilot, mens Bø ikke hadde koordinerende enhet, og det var vedtakskontoret som behandlet søknader om IP og koordinator.

Tabell 4 Beskrivelser av koordinerende enhet (KE) i de fire gjenværende pilotkommunene.

| | Suldal | Kinn | Bø | Senja |
|--|--|---|--|---|
| Navn | Koordinerende eining | Koordinerende eining | Tjenestekontoret (koordinerende enhet og vedtakskontor (KEV)) | Utvidet koordinerende enhet |
| Hjemmeside | Se her | Se her | Se her | Se her |
| Organisasjons-plassering og ledelse | Helse og velferd. Avdelingsleder for Psykisk helse, tildelingskontor er også leder for KE | Direkte under kommunedirektør, avd. Fag og utvikling. Egen leder KE. | Helse- og omsorg | Helse og omsorg. Egen leder for KE som også jobber i tildelingsenheten |
| Opprettet | Organiseringen av KE har vært den samme siden 2012. | Organiseringen av KE har vært den samme siden 2012 (Inkl. tidligere Vågsøy kommune siden 2020). | 2020. Før piloten behandlet vedtakskontoret alle søknader. | 2019. Tildelingskontor (50 % stilling) har fungert som KE tidligere. |
| Deltagere/ tjenester representert | Tjenestene er bredt representert med legekontor, psykisk helse, fysioterapi, NAV, PPT, barnevern, bu- og aktivitetstilbud, helsestasjon, tildelingskontoret og barnekoordinator (ikke fast). | KE består av rullerende deltidsstillinger fra ulike tjenester. Helse, tildelingsenhet, NAV, hjemmetjenesten, oppvekst, kommuneoverlege, psykisk helse og rus, SFO, helsestasjon, i deltidsstillinger (20 % ressurs fra deltakende enheter). | KEV har to ansatte. KEV sitter som fast medlem i BUT (barne- og ungdomsteamet), har faste samarbeidsmøter med sykehjemmet og hjemme-sykepleien, avd. for psykisk helse og rus, og møter med TTF (tiltak og tjenester for funksjonshemmede) og helsestasjon, etter behov. | Deltakere i KE er ansatte i tildelingsenheten, fysioterapeut, sykepleiere, helsesykepleier og virksomhetsleder hjemmebasert omsorg. |

Koordinerende enhet er regulert i lovverket for helse- og omsorgstjenestene, og i tre av fire gjenværende pilotkommuner er enheten organisatorisk plassert i dette tjenesteområdet. I Kinn er enheten plassert direkte under kommunedirektøren og kommunen har svært god erfaring med dette. En sentral plassering i det administrative hierarkiet kan bidra til tverrfaglig lederforankring, lette involvering og grep fra kommuneledelsen, og skape større synlighet i ulike tjenesteområder (jf. om organisering i nasjonal veileder for [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)).

«Det var det som var tanken i den helseplanen i 2012, at koordinatoransvaret skulle ligge veldig nært rådmannen. I den prosessen sa vi at nå må du rådmann, gi fra deg alle de fullmaktene på det området slik at den som skal lede koordinerende enhet faktisk har den fullmakten til å kunne både peke ut koordinatorene, og sånn har det vel egentlig blitt.» (Leder, Kinn)

Uavhengig av organisatorisk plassering er god organisatorisk kapasitet avgjørende for å få en godt fungerende koordinerende enhet. Organisatorisk kapasitet handler om struktur, kompetansesammensetning, arbeidsform, mandat og myndighet (se tabell 5).

Retningslinjer for koordinerende eining i Kinn

«Koordinerende eining har kommunedirektør si mynde til å peike ut kommunal teneste som skal avgje koordinator, kva teneste som skal ha hovudansvaret for å samordne tenestetilbodet. Oppnemning av koordinator skal skje etter kontakt med tenesteleiar for den aktuelle eininga etter ei vurdering av kompetanse, relevans og føreseielegheit. Brukarmedverknad vert lagt til grunn

Leiarane i tenestene i Kinn kommune forpliktar seg til å avgje koordinator, og til å tilrettelegge tid til koordinatorrolla. Alle tilsette i skule, barnehage, helsestasjon, skulehelsetenesta, ppt, alle omsorgstenestene, psykisk helseteneste, fysio- og ergoterapi, nav, Kurs KF og barnevernstenesta er aktuelle koordinatorar. ...»

I den blå boksen vises utdrag av [retningslinjer](#) med tydelig myndighet for koordinerende enhet i Kinn. [Mer om arbeidet i koordinerende enhet i Kinn kan du lese om her](#).

Arbeidet i piloten har bidratt til større tverrfaglighet i vurderinger av nye meldinger om behov for oppfølgingsteam i de kommunene som ikke hadde dette i utgangspunktet, enten i form av tverrfaglig sammensetning av koordinerende enhet, eller at koordinerende enhet har faste møter med flere tjenester.

Tabell 5 Sentrale elementer i struktur og oppgaver i koordinerende enhet.

| Organisatorisk kapasitet og struktur | Oppgaver |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • God administrativ forankring. • Tydelig ansvarsfordeling, klart mandat. • Synlighet i organisasjonen. • Nedfelte prosedyrer og rutiner. • Kompetanse, både faglig og mht. ledelse, nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid og praktisk koordineringsarbeid. • Bred tverrfaglig sammensetning, inkludert oppvekst og velferd. • Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. | <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan. • Motta meldinger om behov for individuell plan. • Aktivt ivareta brukermedvirkning. • Sørge for tverrfaglig utredning. • Koordinatorrekruttering direkte eller via enhetsledere. • Koordinatoropplæring og -veiledning. • Sørge for samhandlingsverktøy/beslutningsstøtte (IP, elektroniske samhandlingsverktøy, PSFS-skjema, motiverende intervju mv.). • Kompetanseheving og tilrettelegging. • Bistå med koordinatorkompetanse i komplekse saker. |

Blant ledere og koordinatorene som deltok i spørreundersøkelsen i 2023 var et flertall i tre av de fire pilotkommunene helt eller delvis enig i at koordinerende enhet fungerer godt. Blant de som ikke var enig, var det mange som svarte at de var hverken enig eller uenig, noe som kan indikere at de ikke har nok kjennskap til å ta stilling til spørsmålet.

5.2 Identifisere og melde behov

De fleste pilotkommunene så tidlig et behov for å etablere, eller revidere, systemer og rutiner knyttet til melding av behov for tverrfaglig oppfølging. Konkret kunne dette handle om tilpasning av systemer for melding slik at både tjenestene, brukerne selv og pårørende får én vei inn, og å utvikle eller revidere søknadsskjema/meldeskjema til kommunens koordinerende enhet, samt å få på plass e-meldingssystem mellom fastlegene, øvrige tjenester og koordinerende enhet.

I spørreundersøkelsen fra 2023 svarte 38 prosent av ledere, koordinatorene og teamdeltakere at de var godt kjent med kommunens rutiner for hvor behov skal meldes (varierer fra 19 til 49 prosent mellom kommunene). Andelen var lavere i oppvekst enn i helse og omsorg. I spørreundersøkelsen ble de også spurt om de noen gang har tatt initiativ til å melde inn behov for tverrfaglig oppfølging (oppfølgingsteam, koordinator og individuell plan) for en innbygger/bruker. To av tre svarte at de har gjort det minst én gang (varierer fra 55 til 77 prosent mellom kommuner). Andelen var lavere i oppvekst enn i helse og omsorg.

I starten var det mye fokus på å teste ut et verktøy for risikokartlegging (Medrave) blant fastlegene. Kommunene hadde blandet erfaring med verktøyet. Noen hadde store tekniske utfordringer med å få tatt det i bruk på fastlegekontorene, mens andre opplevde at det i liten grad identifiserte personer som de ikke allerede var oppmerksomme på. For noen fastleger ble piloten i stor grad synonymt med risikokartleggingsverktøyet, og dette bidro til laber oppslutning om piloten. Noen kommuner har hatt nytte av verktøyet blant annet som en

effektiv måte å bli kjent med listepasienter for nye leger og legevikarer, og som verktøy for å identifisere personer i risikogruppen for covid-19. Blant annet har legene i Suldal jobbet aktivt med bruk av Medrave. Basert på erfaringene ble utprøving av verktøy for risikokartlegging tonet ned i piloten og vi viser til statusrapport fra 2022 for mer informasjon.

5.3 Utrede behov

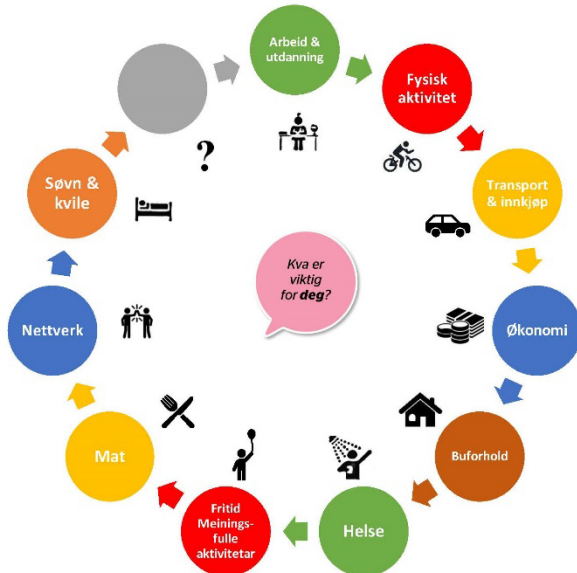
Målgruppen for oppfølgingsteam er kjennetegnet ved at de har sammensatte behov, som ofte går ut over de rent helsemessige, og derfor krever samtidig oppfølging fra mange ulike fagområder. Dette krever at det tas et tverrfaglig perspektiv, og at behov innen ulike livs-områder utredes. Et mål med piloten var å styrke brukerperspektivet og få mer individuelt tilpasset oppfølging. Det ble besluttet at alle pilotkommunene skulle bruke «[Hva er viktig for deg?](#)»-skjema (pasientspesifikk funksjonsskala – PSFS – skjema) som hjelp i et systematisk kartleggings- og utredningsarbeid. PSFS er et kartleggingsverktøy som bidrar til å sette mål, utvikle tiltak og vurdere måloppnåelse, som understøtter brukermedvirkning i tildelingsprosessen og i videre oppfølging.

For noen ansatte er «Hva er viktig for deg?» kjent og etablert praksis, blant annet gjennom arbeid med «[Gode pasientforløp](#)». Men for mange er dette nytt og krever opplæring i bruk. Kommunene har jobbet både med opplæring og med at det blir tatt i bruk i tjenestene. I Suldal har «betningskoordinatorene», sammen med brukere, jobbet med å prøve ut og tilpasse «Hva er viktig for deg?»-skjemaet (figur 10).

I kartleggingen av hva som er viktig for personene inngår en vurdering av hvilke av kommunens tjenester som personen kan ha nytte av. Dette krever oversikt over hvilke tjenester som kommunen kan tilby. Ofte mangler ansatte denne kunnskapen. Kinn har utviklet aktørkart med en oversikt over aktuelle tjenester, tilpasset ulike aldersgrupper (figur 11).

PSFS- SKJEMA: KVA ER VIKTIG FOR DEG?

Pasientspesifikk funksjonsskala



Meininga med dette hjulet er å finne ut kva som er viktig for deg.

Me ønskjer saman med deg å gjere kartlegginga der du fortel om din kvardag. Kva aktivitetar er viktige, men utfordrande å meistra? Beskriv gjerne ein vanleg dag. Samtalen kan for eksempel starta med spørsmål: «Kan du fortelja meg kva du gjer når du vaknar om morgonen?», «Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?» eller «Kva gjer dette til ei god dag?». Det er viktig at du fortel di historie.

Me ønskjer saman med deg å talsetta korleis du utfører desse aktivitetane på ein skala frå 0 (kan ikkje utføra aktiviteten) til 10 (kan utføra aktiviteten utan vanskar). Aktivitetar du vil fokusera på vert sett opp i ein plan. Planen er eit arbeidsdokument som me skal ha fokus på for å sikra at me jobbar med det som er viktig for deg.

Det vil bli ei evaluering av måla dine innan eit gitt tidsrom, eller seinast innan 6 månadar.

Aktivitetshjulet er eit verktøy som tilsette vil ta utgangspunkt i, når spørsmåla om kva som er viktig for deg blir stilt.

| Kva er viktig for deg? | | | | | |
|---|------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Namn: | Utført av: | Dato: | Dato: | Dato: | |
| Aktivitet | | Score 1.samtale | Score 2.samtale | Score 3.samtale | Score 4.samtale |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| | | 1.gj.snitt | 2.gj.snitt | 3.gj.snitt | 4.gj.snitt |
| TOTALSCORE | | | | | |
| GJENNOMSNIITT | | | | | |
| ENDRING OG OPPLEVD NYTTE | | | | | |
| Noverande resultat minus førre resultat Ein differanse på 2 poeng eller meir, frå førre samtale, indikerer ein betydeleg betring av funksjon. | | | | | |

1. Samtale:

Eg vil be deg beskrive inntil fem viktige aktivitetar som du har problem med å utføre eller ikkje utføre i det heile tatt på grunn av dine plager. «Kva aktivitet har du vanskar med å utføre?»

«Bruk skalaen for å syna i kva grad du klarar å utføre aktiviteten.»

Noter talet i tabellen.

2. Samtale:

«Når me møttes sist den... (angi dato) ga du uttrykk for at du hadde vanskar med... Har du framleis vanskar med aktivitet 1, 2, 3 etc.?»

Angi på same skala og fyll i tabellen.

I kor stor grad kan du utføra aktiviteten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Vel det smilefjeset / sifferet som passar best



Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Figur 10 PSFS-skjema med aktivitetshjulet som støtte for samtale rundt «Hva er viktig for deg». Gjengitt med tillatelse fra Suldal kommune.

[Aktørkartene er tilgjengelig på kommunens nettside](#), og ved å klikke på bildene i aktørkartet får man en kort beskrivelse av hva aktøren kan bidra med og en lenke til nettsted.

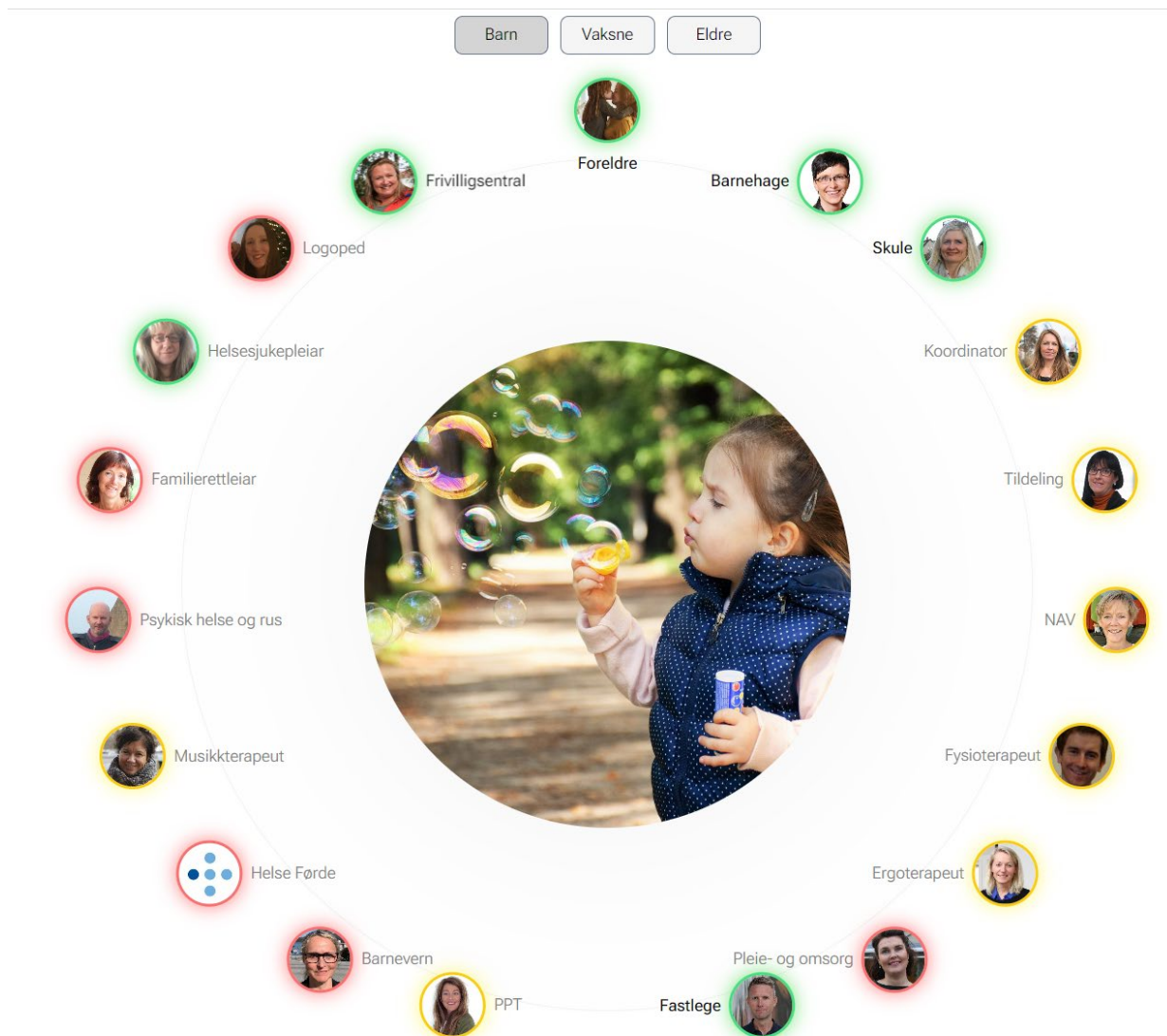
5.4 Koordinatorrollen

Koordinatoren spiller en nøkkelrolle i oppfølgingsteamet. Klarhet i oppgaver og ansvar som ligger i rollen er viktig, og pilotkommunene har laget nye eller oppdaterte rutiner for koordinatorrollen og skriftlig veiledning for koordinatoropplæring. Koordinatoropplæring kommer vi tilbake til kapittel 5.7.

Et viktig kjennetegn ved oppfølgingsteam er at de som inngår i teamet er ansatte som yter

tjenester til brukeren. Det vil si at teamet er individuelt tilpasset brukerens behov. Dette gjelder også koordinatoren. På samme måte som at oppfølgingsteam ikke er et fast team med stillinger tilknyttet teamet, er ikke koordinator for oppfølgingsteam en fast stilling.

Koordinatoren er en som jobber med brukeren, og bruker sitt ønske skal vektlegges ved valg av koordinator. Det vil si at i teorien kan alle ansatte som jobber med personer i målgruppen bli spurt om å være koordinator for en eller flere personer.



Figur 11 [Aktørkart for barn](#) som Kinn har utviklet i piloten. Gjengitt med tillatelse fra Kinn kommune.



Det er flere fordeler med dette. Koordinator vil da være noen som kjenner bruker over tid, og som kjenner driften. Som koordinator må man sørge for koordinerte tjenester på tvers av profesjoner og tjenesteområder. Dette bidrar til at koordinatorene får bedre kjennskap og forståelse for andre profesjoner og tjenester.

Grep for å lette koordinatorrekruttering

- Avdramatisere koordinatorrollen (ansatte tror det er en større jobb enn det er).
- Å begrense antall personer det forventes at én ansatt tar på seg koordinatoroppgave for.
- Å sette av tid til koordinering, f.eks. ved å gjøre koordinatorarbeid til en konkret (skriftlig) oppgave i arbeidslistene.
- Å knytte en del av koordineringen i oppfølgingsteam til faste møtepunkter i tjenestene, f.eks. til faste legemiddelgjennomganger med fastlege.
- Gjøre koordinatorarbeid til en (skriftlig) del av stillingsinstruks (og utlysningstekster).
- At koordinerende enhet selv tar koordinatorrollen i komplekse saker.
- Koordinerende enhet kan lette oppstart ved å være med på det første oppfølgingsteam-møtet for å hjelpe til med å lage struktur på oppfølgingen (møteavtaler mv.).
- At koordinerende enhet hospiterer i de tjenestene der det var vanskeligst å få rekruttert koordinatører, f.eks. hjemme-tjenesten.

Grep for å lette rekruttering fra tjenester utenom helse og omsorg

- Ansvarsfordeling internt i oppfølgingsteamet, der noen fra helsesektoren tar hovedansvar for det helserelevante, selv om koordinatorer er fra en annen tjeneste.
- Å inngå samarbeidskontrakter for tjenestene i det enkelte oppfølgingsteam, der ansvarsfordeling mellom helse og oppvekst (eller andre sektorer) er tydelig.

[Les mer her.](#)

Koordinatoren må tenke helhet både i brukerbehov og i tjenesteytingen, det vil si at de utvikler bedre systemforståelse. Når flere får koordinatorerfaring vil en stadig større andel av kommunens ansatte få slik systemkunnskap, som bidrar til kulturendring og kvalitetsheving i tjenestene.

Som vi kommer tilbake til i kapittel 8.2, er samarbeidsutfordringer noe koordinatorene, som opplever dette, misliker med rollen. For eksempel å måtte møte på andre fordi de ikke møter eller ikke følger opp det som er avtalt, eller å håndtere uenigheter. Jo flere i tjenestene som har koordinatorerfaring, jo mer sannsynlig er det at øvrige teamdeltakere også har koordinatorerfaring og derfor har bedre forståelse for rollen. Det vil lette arbeidet til den som er koordinator i teamet.

Kommunene har gjennom piloten opplevd utfordringer med å rekruttere koordinatører, og har tatt ulike grep for å lette rekrutteringen (se boks på neste side). Å gjøre koordinatorarbeid som del av stillingsinstruks og utlysningstekster er et grep som er tatt for å understøtte at koordinatorrollen er noe alle ansatte må forvente å ta på seg.

Noen kommuner har tatt grep for å skjerme ansatte i oppvekst fra koordinatoroppgaver. Dette går imot prinsippet om at alle skal kunne ta på seg koordinatoroppgaver. Ett slikt grep er at koordinatører skal være personer med kontortid (herunder styrere og rektorer). Et annet er at en faggruppe som f.eks. helsesykepleiere tar koordinatorrollen for barn og unge. Selv om dette ikke er å regne som å opprette egne koordinatorstillinger, begrenser disse grepene brukernes valgmuligheter og gir ikke samme spredning av kunnskap, helhetstenkning og kulturendringer i tjenestene.



«Tenker at flere må kunne ta på seg koordinator-rollen. Ofte blir vi helsesykepleiere satt til å være koordinator på brukere/barn som vi ikke har noe med å gjøre. Der f.eks. barnevern/PPT/skole er mer involvert. Tenker at de også må kunne pålegges det, når det er naturlig.»

«Det trengs flere koordinatore, flere instanser bør bidra. Både pga. da vil det være flere som kan få «tilbud/forslag» om IP og koordinator, enn hvis en vet at det ikke er flere å ta av; **men også at når en selv er koordinator, får en større forståelse for hva det arbeidet innebærer, og hvordan andre som også er koordinator arbeider. En får opplæring og nyttig kunnskap. Viktig med forståelse for hverandre, for å kunne arbeide sammen.**»
(vår uthevina)

Holdninger til om ansatte i oppvekst kan ta på seg koordinatoroppgaver varierer innad i oppveksttjenestene, også innen samme kommune (som vist i de tre sitatene nedenfor).

Tre sitater fra skoleledere i samme kommune om overveielser som gjøres i sammensetning av oppfølgingsteam og valg av koordinator

«Frå skulehold er vi opptatt av at koordinator må vere ein med kontortid. I skule jobber vi med grupper/klasser, medan andre tenester stort sett jobbar ein til ein. Lærarar har ikkje kontortid til å utføre koordinatorrolla (Ein kontaktlærer har totalt 1,5 time i veka til oppfølging av alle elevane i klassen).»

«Vi ser på god kommunikasjonsflyt, tidsbesparing og informasjonsflyt knytt opp mot bruker og heim, som særst viktig. Skolen har ikkje før ønska å ha koordinatarar, men ser at det kan lette vårt arbeid, ved innkalling til møter og oppdatering av behov og eventuelle nye personar i arbeidet rundt brukeren.»

«Brukerperspektiv, Behov, Kvalifikasjon, Tid, Økonomi - I den rekkefølgen.»

5.5 Individuell plan

Individuell plan er en rettighet for personer med store og sammensatte behov, og det er brukeren som er planeier. Individuell plan skal bidra til brukermedvirkning, til samordning av tjenestene og samhandling mellom tjenesteytere, og med bruker, og til å sikre systematikk i oppfølgingen. Individuell plan er et viktig element i oppfølgings-team som arbeidsform. Regelverket om individuell plan handler både om arbeidsprosess og om dokumentasjon av prosessen i et plandokument.

Ulike tiltak er gjort for å øke og bedre bruken av individuell plan, som å utarbeide retningslinjer for bruk av individuell plan, anskaffelse av felles digital løsning i de kommunene som ikke hadde det fra før, eller politisk forankret vedtak om bruk av digital løsning når helselovgivning gjelder.

Å få til god samhandling forutsetter at alle involverte parter til enhver tid er oppdatert om innhold og utvikling i planarbeidet. Det er krevende uten gode samhandlingsverktøy. Å anskaffe digital planløsning eller å få de ulike tjenestene til å bruke digitalt planverktøy har derfor vært en prioritert oppgave i pilot-kommunene. Å implementere digital løsning i alle tjenester tar tid, og noen var fortsatt i startgropa ved utgangen av pilotperioden. Kinn har jobbet opp mot helseforetaket (Helse Førde) for å få på plass [samhandlingsrutiner om bruk av felles digital planløsning](#).

Ikke alle brukere (eller pårørende), kan eller ønsker, å bruke digitalt planverktøy. Det er derfor viktig at det ikke settes likhetstegn mellom individuell plan og digitalt planverktøy.

5.6 Etablere oppfølgingsteam som generisk koordineringsordning

Utarbeidelse av rutiner og maler for oppfølging av personer med store og sammensatte behov og retningslinjer for oppfølgingsteam, understøtter etablering av oppfølgingsteam på tvers av tjenester og brukergrupper, og til å fase ut de tradisjonelle ansvarsgruppene (les mer om dette

i kapittel 8). Det har vært vanskelig å få oversikt over hvor mange oppfølgingsteam kommunene har hatt, eller startet, gjennom perioden. Dette har å gjøre med at kommunene har hatt en ulik tilnærming til å fase inn oppfølgingsteam, og til hvordan de har definert oppfølgingsteam. Dette har også endret seg over tid. For noen kommuner har tallene vært relativt stabile, mens andre rapporterer om stor økning. Senja oppgir for eksempel at antall aktive oppfølgingsteam har blitt doblet de siste par årene, fra 50 i første kvartal 2021 til over 100 høsten 2023.

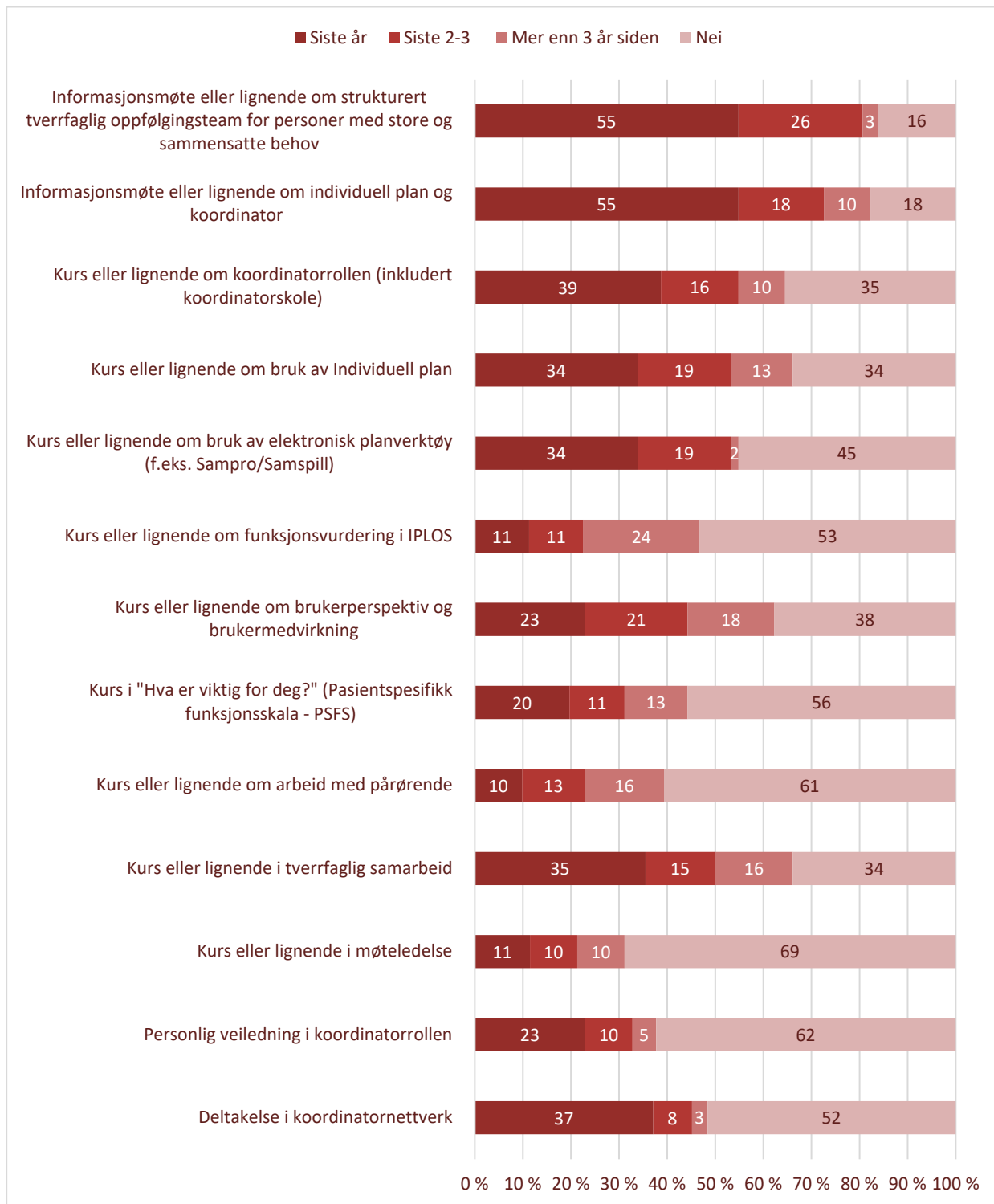
5.7 Opplæring

Pilotkommunene har arbeidet mye med opplæring og kunnskapsspredning, som å utarbeide håndbok for koordinatore og deltakere i oppfølgingsteam (jfr. figur 12) og annen skriftlig veiledning for koordinatoropplæring og koordinatorrekruttering, arrangere koordinator skole, koordinator samlinger, etablering av koordinator nettverk med faste samlinger, kurs og fagdager og workshops.

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant ansatte i 2023 spurte vi om de hadde deltatt på ulike informasjons- og opplæringstiltak. Mer enn fire av fem koordinatore hadde deltatt på informasjonsmøte eller lignende om strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, eller om individuell plan og koordinator (figur 13).



Figur 12 Håndbok for koordinatore og deltakere i oppfølgingsteam i Senja kommune. Gjengitt med tillatelse fra Senja kommune.



Figur 13 Andel som har deltatt på og gjennomført ulike informasjons- og opplæringstiltak, prosentvis fordeling. Koordinatorer (N=61- 62).

Nesten to av tre koordinatorene hadde deltatt på kurs om koordinatortrollen og i bruk av individuell plan. Ellers var de vanligste opplæringstiltakene blant koordinatorene, og som et flertall hadde gjennomført, kurs eller lignende i tverrfaglig samarbeid, i brukerperspektiv og brukermedvirkning, og i elektronisk planverktøy. Nesten halvparten av koordinatorene hadde deltatt i koordinatortrollen, og nesten 40 prosent hadde hatt personlig veiledning i koordinatortrollen. Mindre enn en av tre av koordinatorene hadde hatt kurs i møteledelse. 44 prosent hadde hatt kurs eller lignende i "Hva er viktig for deg?"-skjema. Andelen som har deltatt i informasjonsmøter eller på ulike kurs har økt i løpet av de siste tre årene.

Teamdeltakere har i mindre grad enn koordinatorene gjennomgått ulike kompetansehevende tiltak. Andelen som hadde deltatt på informasjonsmøte eller lignende om strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, eller om individuell plan og koordinator, var rundt 55 prosent blant teamdeltakere (som ikke også var koordinatorene). Ser vi bort fra informasjonsmøter, svarte færre enn 1/3 at de hadde gjennomført de ulike opplæringstiltakene.

I spørreundersøkelsen ble lederne spurt om hvor stor andel av deres ansatte som har fått tilbud om opplæring på spesifikke tema. Flertallet svarte at det var få av deres ansatte som hadde fått tilbud på de ulike teamene, eller at de ikke visste eller at det ikke var relevant. Informasjonsmøte om individuell plan og koordinatorene eller om oppfølgingsteam var opplæringstiltakene flest ledere hadde oppgitt at ansatte har fått tilbud om. Omtrent hver femte leder svarte at alle/de fleste har fått slik tilbud, under ti prosent svarte at mer enn halvparten av ansatte har fått slik tilbud, og mellom ti og 15 prosent svarte at under halvparten har fått tilbud. Det var store forskjeller mellom tjenestemåtene. Et eksempel: blant lederne fra helse og omsorg svarte henholdsvis 35 og 14 prosent at alle/de fleste og over halvparten har fått tilbud om informasjonsmøte eller lignende om oppfølgingsteam. Tilsvarende andeler blant ledere fra andre sektorer var 13 og tre prosent.

Koordinerende enhet har en viktig rolle når det gjelder opplæring. Figur 14 viser bredden i arbeidet til koordinerende enhet i Kinn, fra støtte til og individuell opplæring av koordinatorene og team, bistand til å lage struktur i oppstart av oppfølgingsteam, til tverrfaglig opplæring i ulike tema og videre til større tverrfaglige samlinger.

Opplæring

| Individuell opplæring i koordinatortrollen og oppfølgingsteam | Tverrfaglig opplæring om ulike tema | Større tverrfaglige fagsamlinger om samhandling for leiarar og fotfolk |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> "Støttekontaktordning" til koordinator og barnekoordinator Lager "oppstarten" Flyt Samspill opplæring til koordinator og oppfølgingsteamet. Rolleforståing, strukturar og avtalar | <ul style="list-style-type: none"> Kurs i møteleding Kurs i Flyt Samspill Informasjon og kurs på avdelingane. Systematisk og gjentakande. <p>Lager praktiske verktøy:</p> <ul style="list-style-type: none"> Referatmalar Innkallingsmalar Aktørkart BTI- verktøy | Samhandling Koordinatortrollen Aktørkart Løyse praktiske floker Case-arbeid Vise sammenheng: Nytt lovverk om samhandlingsplikt, barnevernsløftet, krav om forebyggjande plan, oppfølgingsteam. Barnekoordinator, koordinator og individuell plan |

Figur 14 Koordinerende enhet har ansvar for opplæring og bidrar til felles forståelse. Fra Kinn sin presentasjon på avslutningskonferansene.

5.8 Tilpasning til eksisterende systemer og praksis

Pilotkommunene har tatt ulike grep for å sette oppfølgingsteam inn i en felles ramme med eksisterende systemer og praksis. Som beskrevet tidligere er koordinerende enhet og pilotprosjektet i Kinn lagt inn under fag- og utviklingsavdelingen som er direkte underlagt kommune- direktøren. Dette gir et godt utgangspunkt for å se oppfølgingsteam i sammenheng med andre tiltak, og tilpasse disse hverandre slik at det blir en rød tråd i kvalitetsforbedringsarbeidet (figur 15).

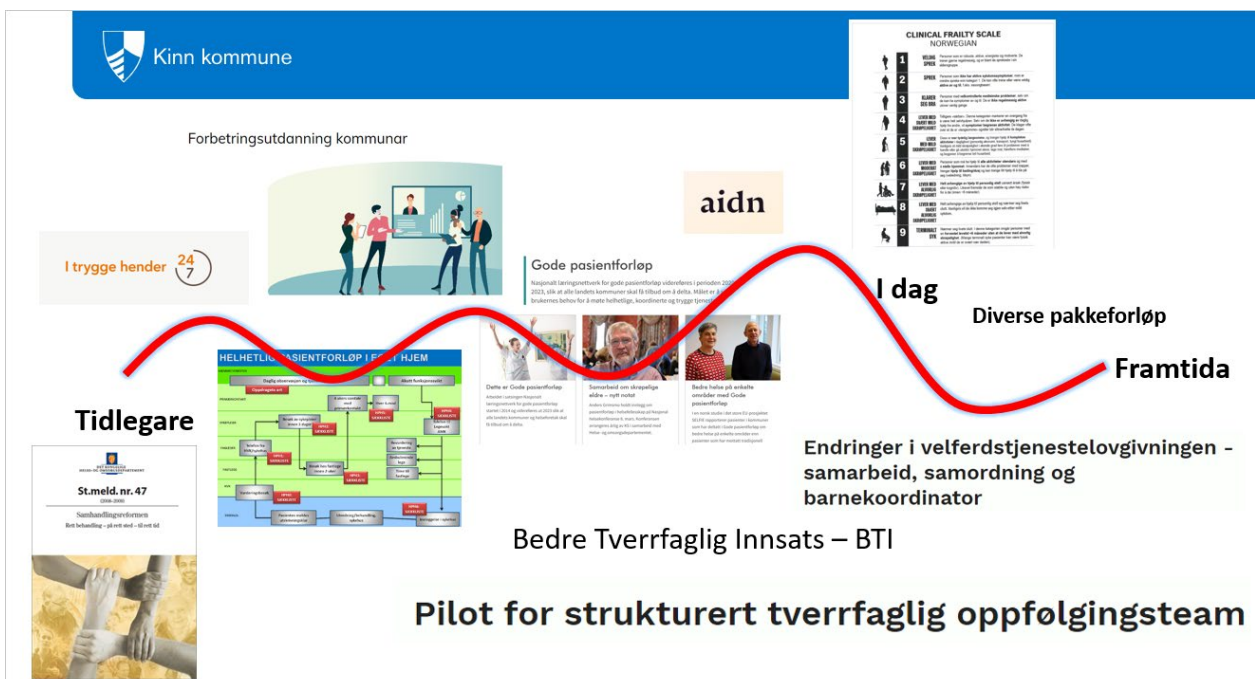
Planer, meldinger og rapporter kan brukes til å tydeliggjøre oppfølgingsteam som arbeidsmåte i kommunen, slik Kinn har gjort med temaplan for helse og velferd.

Senja har innarbeidet alle rutiner (individuell plan, koordinator og oppfølgingsteam) i kommunens kvalitetssystem (Compilo). Håndbok for koordinatører (figur 12) og rutiner i Compilo (figur 16) speiler hverandre.

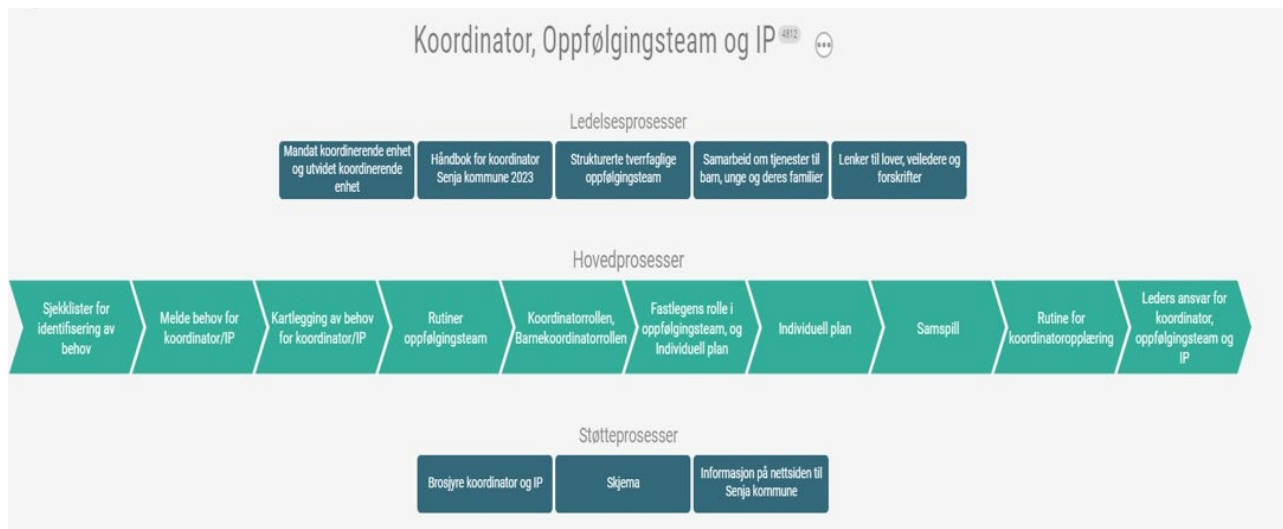
Fra [temaplan Helse og velferd](#) i Kinn.

«Strukturert tverrfagleg oppfølging vert eit berande prinsipp for arbeidsmetodikk ut mot brukarar og pasientar som treng hjelp frå fleire tenester. Styrking av koordinatorrolla skal vektleggjast, og dei som mottar hjelp frå fleire velferdstenester ska vere trygge på kven som er deira koordinator eller primærkontakt.»

I Senja har de også [pasientsentrert helsetjeneste- team \(PSHT\)](#) som er et fast tverrfaglig sammensatt team som kan gå fort inn i en sak, og som følger opp pasienten over kort tid. [PSHT](#) ble initiert av Universitetssykehuset Nord-Norge, og ble startet for å ivareta overgang mellom sykehus og kommuner for skrøpelige eldre. Målgruppen er utvidet etter hvert, og alle (sykehuset, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, pasient/pårørende) kan ta kontakt med teamet. Det er utviklet et eget flytskjema for PSHT, og koordinerende enhet kan være både startpunkt, henviser til PSHT og sluttpunkt. PSHT kan melde behov for tverrfaglig oppfølging av lengre varighet enn det PSHT gir. PSHT kan også delta på første møte med oppfølgingsteamet for å sikre overlapp.



Figur 15 En rød tråd i arbeidet – langsiktig kvalitetsforbedringsarbeid. Fra Kinn sin presentasjon i parallellsesjon om Oppfølgingsteam som arbeidsform på Pasientsikkerhetskonferansen 2023. Gjengitt med tillatelse fra Kinn kommune.



Figur 16 Rutiner tatt inn i kvalitetssystemet (Compilo) i Senja. Gjengitt med tillatelse fra Senja kommune.

I Senja har de hatt god erfaring med bruk av [spesialpedagogisk håndbok for barn og unge med særskilte utfordringer i barnehage og skole](#).

Kommunen har arrangert fagdager med skoler, barnehager, PPT, helsesykepleiere og barnevern med opplæring i oppfølgingsteam som arbeidsform sett opp mot spesialpedagogisk håndbok.

Tre av de fire gjenværende pilotkommunene (Kinn, Senja og Suldal) bruker [BTI \(Bedre tverrfaglig innsats\)](#) som samhandlingsmodell for barn og unge. BTI-modellen har mange fellestrekk med oppfølgingsteam som arbeidsmåte, herunder fokus på tidlig innsats, å utrede og forstå situasjonen til personen det gjelder, og sette inn nødvendige tiltak og sørge for tverrfaglig samarbeid og samordning av tiltak og tjenesteytere når flere tjenester er inne. I BTI brukes en stafettlogg, mens i oppfølgingsteam brukes individuell plan. I oppfølgingsteam er det koordinatoren som har ansvar for å samordne tiltak og sørge for at det som blir avtalt følges

opp, i BTI er det stafettholder som har koordineringsansvar.

I Suldal stilte de seg spørsmål om hvorfor ikke bruke samme modell for alle aldersgrupper, og har jobbet med å lage sin egen BTI for voksne (figur 17). Med dette rettes også et sterkere fokus på tidlig innsats, og å sette inn tiltak i rett tid, før det er oppstått et behov for et tverrfaglig oppfølgingsteam. Dette styrker systematikken i tidlige faser.

Bø hadde ikke koordinerende enhet før piloten, men hadde et [barne- og ungdomsteam \(BUT\)](#) som arbeidet med oppgaver knyttet til koordinering av tjenester rundt barn og unge. Bø har videreutviklet BUT som nå fungerer som koordinerende enhet for barn og unge. Det nye tjenestekontoret, som er koordinerende enhet og vedtakskontor (KEV), er fast medlem av BUT.

Har du augo med deg?

Betre tverrfagleg oppfølging av vaksne

Kva er viktig for deg?



Over tid kan behova til brukarane endra seg. Det kan vera snakk om nye, enkle behov – som lett lar seg løysa, eller kanskje det har utvikla seg større og meir samansette utfordringar som krev meir samarbeid og koordinert innsats?

For å oppdaga slike endringar, må me bruke augo og øyra til å fanga opp signal.

 Suldal kommune

Utfyllande informasjon finn du på kommunen sine sider.



Oppfølgingsteam

Observasjon

Ser du at brukaren har større trong for hjelp? Del med den det gjeld, pårørende, kollega eller leiar.

- Observer, kva ser du?
- Del uroa
- Avklar om det trengs tiltak og følg opp

Tiltak frå eiga teneste

Saman med den det gjeld og evt pårørende skal de finna ut om ein kan iverksette tiltak som kan løysa utfordringa.

- Vurder og iverksett aktuelle tiltak
- Avklar kontaktperson
- Vurder behov for eit samarbeidsmøte med brukar, teneste, evt. pårørende

Samarbeid to tenester

Ved behov for tiltak frå to tenester skal desse, saman med den det gjeld og evt pårørende, finna tiltak som kan løysa utfordringa.

- Vurder og iverksett aktuelle tiltak
- Vurder om ein treng hjelp frå fleire tenester
- Bruk PSFS

Samarbeid fleire tenester

Når det trengst koordinering mellom fleire enn to tenester, den det gjeld og evt pårørende for å løysa utfordringa.

- Avklar koordinering
- Meld behov til tildelingskontor; som vurderer om koordinator, individuell plan (IP) og oppfølgingsteam er nødvendig.
- Evt. koordinator følger opp brukar

Figur 17 BTI for voksne Suldal. Gjengitt med tillatelse fra Suldal kommune.

6 Lederskap og ledergrep

[Lederansvaret, på alle nivå, er sentralt i veilederen.](#) Styring og ledelse er to forskjellige aspekter ved lederskap, som utfyller hverandre og som til sammen skaper en helhet (se boks). Selv om toppledelsen har hovedansvar for at implementering av piloten gis nødvendige ressurser og støtte i styringssystemet, og mellomledere har det operasjonelle ansvaret for at tiltakene i piloten blir etablert praksis i sine enheter, er både styring og ledelse en del av lederrollen. Intervjuene vi hadde med toppledere og enhetsledere våren 2022 tydet på en større bevissthet om styringselementene ved lederrollen enn om ledelsesaspektene ved lederrollen. Å få til endring og læring på tvers av profesjoner og tjenesteområder krever ledelse, å sette retning og samkjøre de ansatte i endringsarbeidet, og lede den mentale endringsprosessen de ansatte skal gjennom.

At implementeringsarbeidet er godt forankret i ledelsen, og involverer ledere på alle nivå er en forutsetning for at ledere engasjeres og motiveres til handling. I dette kapitlet viser vi noen flere resultater fra spørreundersøkelsen fra 2023 som illustrerer forankring, involvering og aktive grep som er tatt av mellomledere for å implementere oppfølgingsteam.

Det var 175 ledere som deltok i spørreundersøkelsen. Av disse oppga 120 at de var mellomledere på laveste nivå (for eksempel avdelingsledere) og 55 at de var mellomledere på høyere nivå (virksomhetsledere, enhetsledere). 65 oppga at de jobbet innen helse- eller omsorgstjenestene, 92 innen oppvekst (barnehage, skole, PPT) og de øvrige 18 var ledere innen barnevern, sosiale tjenester/NAV, tjenester for flyktninger mm. Av de vel 90 prosent av lederne som svarte på spørsmålet om i hvilken grad de jobbet med målgruppen for oppfølgingsteam, svarte 2/3 at de jobbet ofte eller av og til med målgruppen, og 1/3 at de sjelden eller aldri jobbet med målgruppen.

Lederskap = styring & ledelse

Styring = å håndtere kompleksitet, å skape struktur, orden og forutsigbarhet gjennom planlegging, budsjettering, organisering, rutiner og bemanning

Ledelse = å håndtere endring, gjennom å sette retning og samkjøre mennesker

Kilder: [Kotter, Stokland & Værnor](#)

Lederoppgaver omfatter bl.a. å sørge for strategier

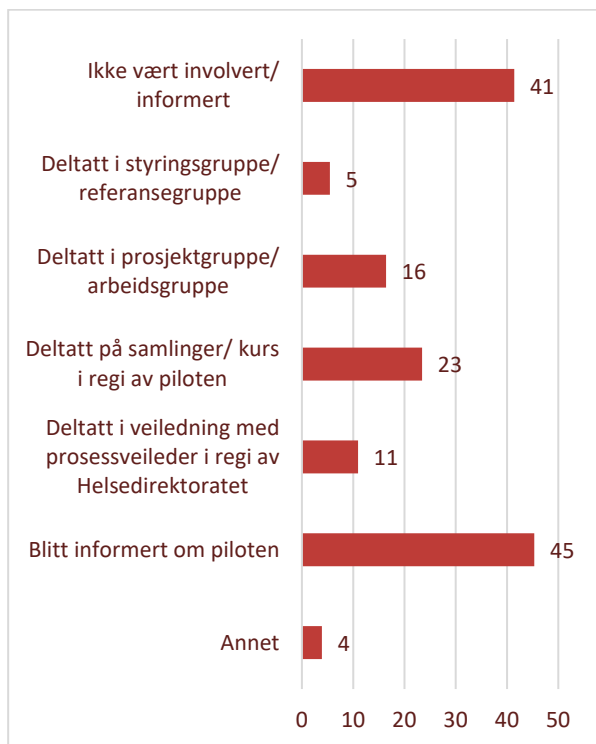
- klarhet i roller
- effektivt samarbeid
- effektive organisasjonsstrukturer
- lederstøtte
- administrativ støtte
- oppgaveformulering
- kommunikasjon
- koordinering og samhandling
- delt beslutningstaking
- positivt arbeidsklima
- engasjement og involvering
- endringsvilje
- felles visjoner
- åpenhet for ny praksis
- pådriver
- ildsjel

[Les mer om lederskap, forankring og ledergrep i implementeringen av piloten her.](#)

6.1 Forankring og involvering

Flertallet av lederne var kjent med pilotprosjektet (over 60 prosent) og enda flere med oppfølgingsteam som arbeidsform (over 70 prosent). Mellomledere på høyere nivå, ledere fra helse og omsorg, og ledere som jobber med målgruppen var best kjent med piloten og oppfølgingsteam. Hvor godt kjent oppfølgingsteam var blant ledere varierte også mellom pilotkommunene. Andelen som var godt eller noe kjent varierte fra 43 til 83 prosent. Fire av ti ledere som svarte på spørsmålet om hvordan de har vært involvert i piloten, svarte at

de ikke har vært involvert eller informert (figur 18). Nesten halvparten var blitt informert, og nesten en av fire hadde deltatt på samlinger eller kurs i regi av piloten. Ledere fra helse og omsorg og ledere som jobber med målgruppen hadde vært oftere involvert og informert, blant annet gjennom å delta på samlinger eller kurs. Andelen som ikke var informert eller involvert varierte fra 26 til 47 prosent mellom kommunene.



Figur 18 Hvordan er lederne involvert. Prosent, n=128.

Det er forskjell mellom kommunene i sammenhengen mellom å svare at de ikke er informert eller involvert i piloten og kjennskap til piloten, og i enda større grad, kjennskap til oppfølgingsteam. I Suldal og Kinn, som hadde hatt en tverrfaglig sammensatt koordinerende enhet i flere år før piloten, var det flere som kjente pilot og oppfølgingsteam selv om de ikke hadde vært direkte involvert eller informert. I særlig grad gjelder dette Kinn hvor det har vært en tett forankring av piloten i toppledelsen og som hadde mye av strukturene på plass når piloten startet. Kommunen har derfor ikke hatt samme fokus på piloten som prosjekt, men gikk «rett i drift», det vil si startet umiddelbart å jobbe med å implementere oppfølgingsteam som praksis i

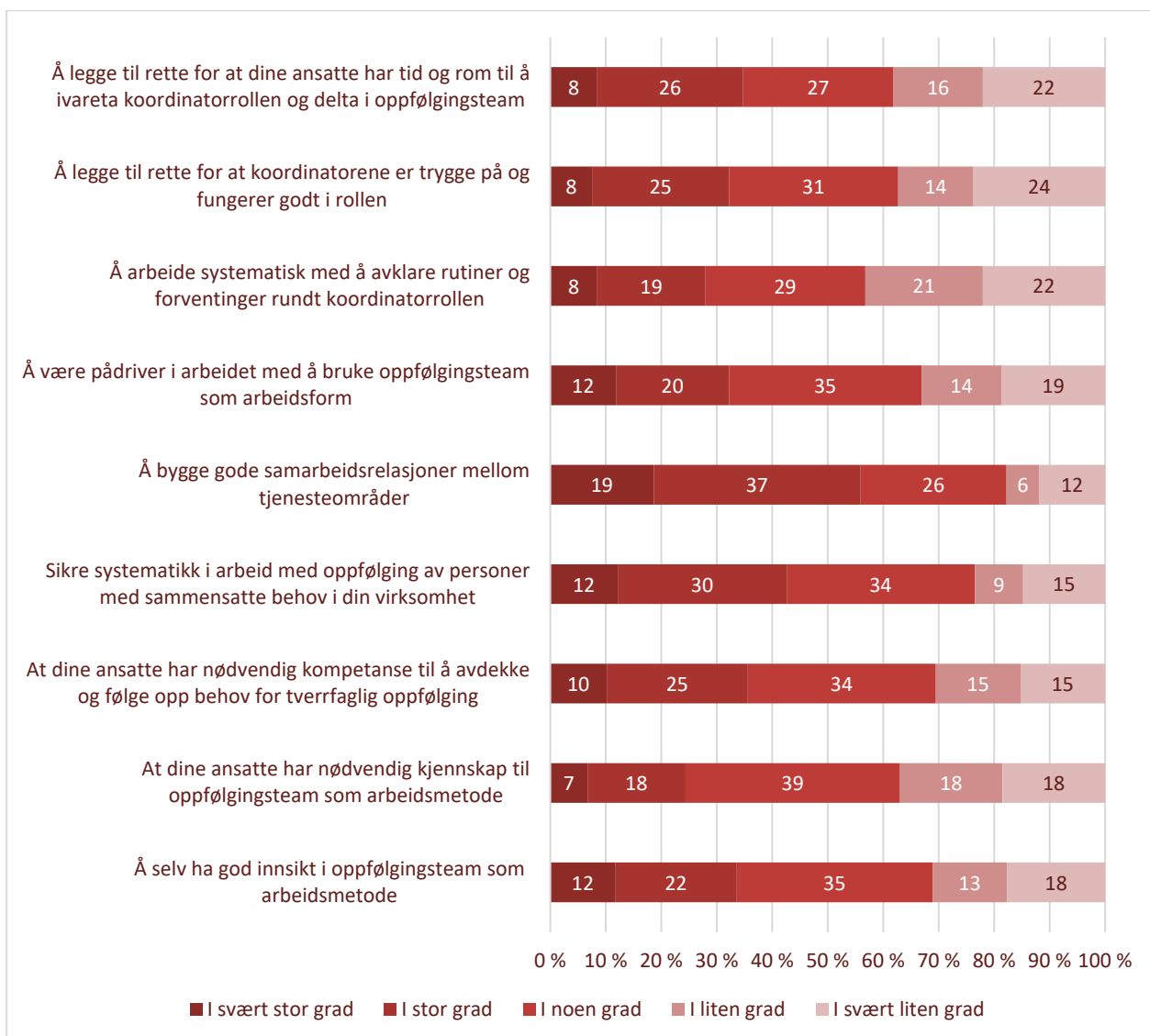
tjenestene. I Kinn svarte 70 prosent av lederne som ikke var informert eller involvert at de var kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform.

6.2 Ledergrep

Lederne ble spurt om i hvilken grad de har tatt aktive grep i forbindelse med piloten på en rekke områder (figur 19). Flertallet svarte at de, i det minste i noen grad, har tatt aktive grep på alle områdene. De områdene hvor flest svarte at de i svært stor, stor eller noen grad har tatt aktive grep, er å bygge gode samarbeidsrelasjoner mellom tjenesteområder, etterfulgt av å sikre systematikk i arbeid med oppfølging av personer med store og sammensatte behov i sin virksomhet.

De områdene flest ledere svarte at de i liten eller svært liten grad har tatt aktive grep på er: å arbeide systematisk med å avklare rutiner og forventninger rundt koordinatorrollen (43 prosent), å legge til rette for at deres ansatte har tid og rom til å ivareta koordinatorrollen og delta i oppfølgingsteam (38 prosent), å legge til rette for at koordinatorene er trygge på og fungerer godt i rollen (38 prosent), og at deres ansatte har nødvendig kjennskap til oppfølgingsteam som arbeidsmetode (36 prosent). Dette er alle områder som er viktige å jobbe med for å få oppfølgingsteam etablert som praksis.

Når vi undersøker betydning av ulike faktorer samtidig, finner vi at ledere i helse og omsorg i signifikant større grad enn ledere fra andre tjenesteområder, har tatt aktive grep for å legge til rette for at ansatte har tid og rom til å ivareta koordinatorrollen, delta i oppfølgingsteam og å trygge koordinatorene på rollen. Dette stemmer overens med inntrykket av at mange ledere, spesielt i oppvekst, mener at det ikke er rom for at ansatte skal ta på seg koordinatorrollen. Ledere som ikke er blitt informert eller involvert i piloten har, naturlig nok, i mindre grad tatt aktive grep på flere områder, som å selv ha innsikt, at ansatte har nødvendig kjennskap til oppfølgingsteam som arbeidsform, at ansatte har tid og rom til å være koordinatorene eller delta i teamarbeid og å trygge koordinatorene på rollen.



Figur 19 I hvilken grad lederne har tatt aktive grep på ulike områder i piloten. Prosent, n=118.

Ledere som jobber med målgruppen, og ledere som er kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform, tar oftere aktive grep på de fleste områder, men ikke i signifikant grad når det gjelder å gi ansatte tid og rom til å være koordinatører og teamdeltakere. De som er kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform svarer heller ikke signifikant forskjellig fra de som ikke er kjent med oppfølgingsteam, når det gjelder å legge til rette for at koordinatorene er trygge i rollen.

Vi fant også at det var signifikante forskjeller mellom kommunene på disse to sistnevnte

«Visste ikke at kommunen jeg jobber i har en tverrfaglig pilot på dette området. Det har aldri kommet opp. Det er meldt inn gjentatte ganger om personer med tverrfaglige behov, men ingenting blir gjort. Så det stopper opp hos nærmeste leder. Det er vanskelig å endre måten jeg jobber på når man har prøvd alle mulige måter, men ikke vinner frem hos nærmeste leder eller ledere i kommunen.»

(Lærer)



områdene, og også når det gjaldt å avklare rutiner og forventninger rundt koordinatrollen. Ledere fra Kinn skilte seg ut med å svare at de i større grad har tatt grep på disse tre områdene. Det varierende hvilke av de tre øvrige kommunene som er signifikant forskjellig fra Kinn på de tre områdene.

Disse resultatene illustrerer at det tar tid å få med alle ledere og det må jobbes systematisk med å involvere og motivere lederne til å ta nødvendige grep for å endre praksis.

7 Brukererfaringer

Underveis i evalueringen har vi innhentet erfaringer med å motta tverrfaglig oppfølging og koordinering fra personer med store og sammensatte behov. For barn og unge, og brukere som selv ikke kunne la seg intervju/besvare spørreskjema på grunn av sin helsesituasjon, har vi innhentet erfaringer fra deres pårørende.

Totalt har 113 brukere og pårørende har deltatt i intervju og spørreundersøkelser i årene 2019-2023. De fleste av brukerne har hatt en form for koordineringsordning (individuell plan og/eller koordinator), og mot slutten av evalueringsperioden fikk vi innhentet erfaringer fra noen brukere med oppfølgingsteam.

I dette kapitlet presenteres kjennetegn ved brukerne som har mottatt koordinert oppfølging i pilotkommunene, og hvilke erfaringer brukere og pårørende formidlet om det å få denne type oppfølging.

7.1 Brukergrupper

Veilederen gir en god beskrivelse av hvem pasienter og brukere med store og sammensatte behov typisk er, som sammenfaller med karakteristika på de brukerne vi fikk rekruttert til våre brukerstudier. Det er gjerne slik at symptomer, tilstander og tilleggsfaktorer (f.eks. sosiale problemer, ernæring og kulturell bakgrunn mm.) er vevd sammen for disse brukerne, der det ikke er én enkelt faktor som kan forklare tilstanden og hjelpebehovet.

En av de store utfordringene for tjenestene blir dermed å «akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning», som det står i veilederen.

Av 65 brukere og pårørende som ble dybdeintervjuet i 2019 og 2021 hadde litt over halvparten av brukerne kroniske sykdommer og tilstander, i all hovedsak medfødte tilstander. Blant barn og unge under 18 år gjaldt det 18 av 20 informanter. Autisme, ADHD, CP og psykisk utviklingshemming gikk igjen som diagnoser.

Blant de voksne var det også flere med ervervede tilstander og psykiske lidelser, noen i kombinasjon med rus, somatiske helseplager og psykososial fungering. De eldste hadde ulike diagnoser som demens, hjerneslag og Parkinsons, og var generelt skrøpelige.

Det anbefales at man vurderer strukturert tverrfaglig oppfølging når personer:

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

Et gjennomgående trekk for brukergruppen som har bidratt i evalueringen var at mange av dem vurderte egen helse som god eller passe, til tross for sine kroniske diagnoser. Likevel oppga de aller fleste at helsetilstanden, i det minste i en viss grad, hindrer dem i å gjøre daglige aktiviteter.

Et flertall av brukerne i utvalget vi intervjuet hadde ett eller flere koordineringstiltak. Dette var også et inklusjonskriterium i studien; vi ønsket å intervju brukere og deres pårørende som hadde erfaring med å ha individuell plan/koordinator/team. Blant de 65 brukerne hadde 77 prosent koordinator, 72 prosent ansvarsgruppe/oppfølgingsteam og 69 prosent en individuell plan. Det var først og fremst gruppen av eldre, som besto av ti personer, som ikke hadde individuell plan, ansvarsgruppe eller koordinator. Her var det imidlertid flere som hadde såkalt primærkontakt.

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2023 hadde litt over halvparten av

respondentene individuell plan, og hele 15 av 33 svarte at de ikke hadde det, eller ikke visste om de hadde det. Kun én av deltakerne over 50 år hadde individuell plan, mens de aller fleste av barna hadde det. Samme mønster så vi for det å ha koordinator. Brukerstudiene sett under ett var det likevel en overraskende høy andel av brukere/pårørende som ikke selv visste om de hadde koordineringstiltak.

7.2 Hva trenger målgruppen hjelp med?

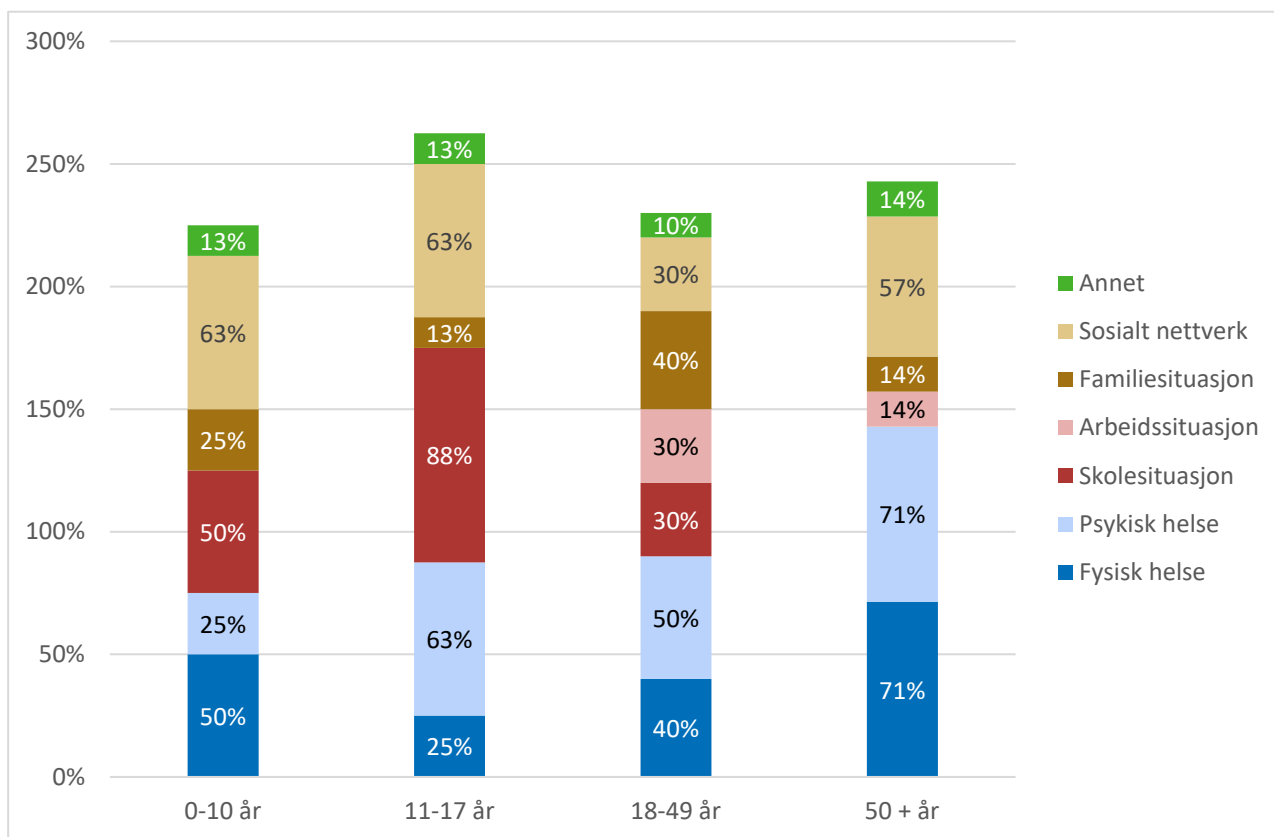
Sammensatte behov

Figur 20 er basert på svar i spørreundersøkelsen blant brukere i de fire pilotkommunene om hvilke livsområder de har behov for hjelp på. Den illustrerer hvorfor alle aspekter i brukerens liv må behovkartlegges, og at det er viktig å også involvere andre sektorer enn helse og omsorg. Som vi ser av de blå søylene som representerer

fysisk og psykisk helse utgjorde disse faktorene en høyere andel jo eldre man blir, mens skole- og arbeidssituasjon og sosialt nettverk utgjorde en større andel av hjelpebehovet blant de som var under 50 år. Hjelpebehov knyttet til familie-situasjon og/eller sosialt nettverk er angitt for 70 prosent eller mer blant alle aldersgruppene.

88 prosent av barn og unge mellom 11 og 17 år hadde behov for hjelp tilknyttet skolesituasjon, noe som understreker behovet for godt samarbeid mellom helse og oppvekst/utdanningssektoren.

Bredden i hjelpebehov vises også i antall tjenester som er involvert i oppfølgingen. Blant de yngste (0-10 år) varierte antall tjenester fra fire til ni. Her var fastlege, PPT, helsestasjon/skolehelsetjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut, barne- og familieteam, logoped, spesialpedagog og NAV de hyppigst involverte tjenestene.



Figur 20 Hva er ditt behov for hjelp knyttet til? Flere kryss mulig. N = 33. Andel (%) av total i hver aldersgruppe. Spørreundersøkelse blant brukere, 2023.



Blant de eldre barna (11-17 år) varierte antall tjenester fra to til sju, og det var stort sett samme tjenester involvert som for de yngste, men flere (5 av 8) hadde avlastningstilbud. Blant ti voksne brukere (18-49 år) som responderte på spørreundersøkelsen hadde de fleste tre til fire tjenester involvert, og da særlig fastlege, psykisk helsetjeneste, fysioterapi og ergoterapi og NAV.

Blant pasienter fra 50 år og eldre hadde over halvparten mellom fire og sju ulike tjenester involvert. Det var fastlege, psykiske helse-tjenester og fysioterapi/ergoterapi som var hyppigst brukt blant de eldste.

I evalueringen observerte vi at tjenester som ofte har en rolle overfor målgruppen som psykisk helse- og rustjenester, NAV og barnevern ikke nødvendigvis ble involvert på systemnivå når oppfølgingsteam skulle implementeres i pilotkommunene. Tjenester som ikke representeres på systemnivå kan også lettere havne "ved siden av" når oppfølgingsteamet skal etableres.

Informasjon

Det var en relativt høy andel på 66 prosent som svarte «Nei» eller «Vet ikke» på spørsmål om de opplevde å ha fått nok informasjon om hva kommunen kan hjelpe dem med. Dette er et gjennomgående funn i evalueringen, og gjaldt også ansatte i tjenestene som ikke opplevde å kunne nok om kommunens egne tilbud.

Høy turnover blant ansatte og ledere, og stadige omorganiseringer, gjør det utfordrende å holde de ansatte i primærhelsetjenesten, inkludert fastlegene, kjent med hvilke tilbud som til enhver tid finnes i kommunen. Oppdaterte nettsider og målgruppe-spesifikke aktørkart med kontaktinfo direkte til enkelttjenester (à la det vi presenterte fra Kinn i kapittel 5) kan avhjelpe både ansatte, brukere og pårørende.

7.3 Hva sier brukerne om oppfølgingen de får?

Av respondentene i spørreundersøkelsen i 2023 som svarte at de hadde oppfølgingsteam, var det

veldig få som ikke var fornøyde med oppfølgingsteamet sitt. Også de mange brukere og pårørende som ble intervjuet i 2019 og 2021 var gjengs over fornøyde med tilbudene de fikk fra kommunen, selv om noen var kritiske. Her må det tas forbehold om potensiell skjev rekruttering av de mest fornøyde brukerne til deltakelse i forskning (vi var avhengige av hjelp fra kommunens ansatte til rekruttering av informanter), og at hverken spørreundersøkelser eller intervjustudien er breddeundersøkelser med et høyt antall respondenter som gjør at man kan generalisere resultatene til hele populasjonen. Samtidig har vi fått samlet data på personer med store og sammensatte behov, som kanskje ellers ikke ville meldt seg til å delta i forskning.

Møtestruktur og dynamisk teamarbeid

Veilederen anbefaler møteprinsippet om "så få som mulig, og så mange som nødvendig". Blant de vi intervjuet varierte antallet samarbeids-møter mellom ett, to og tre møter i året, mens noen få hadde hyppigere møter. Det varierte også om møtene var faste eller ved behov. Noen brukere og pårørende syntes det var greit at møtene ikke var faste, men at de avtales når det trengs. Der det er faste møter kan enkelte oppleve at det er litt umotivert dersom det ikke har skjedd endringer eller oppstått nye behov som man har behov for å drøfte. Andre var derimot opptatt av at det skal være faste møter. Et mulig dilemma som kan oppstå ved prinsippet *møter etter behov* og ikke faste møter, er at man er avhengig av at noen tar initiativ. Enkelte informanter mente det kan være en fordel med noen faste møter for å sikre at det faktisk avholdes samarbeidsmøter.

En god del påpekte og problematiserte at ikke alle involverte fra tjenestene kommer som avtalt til møter, noe som kan gi dårligere informasjonsdeling og mindre målrettet utvikling og framdrift for bruker. En annen utfordring var hyppig utskifting av fagpersonell som svekker kontinuiteten i oppfølgingen.

Hovedinntrykket fra intervjuene var at det ofte ble praktisert møteflexibilitet på grunnlag av behov til enhver tid. Mange fortalte også om

endringer både når det gjaldt sammensetning av team, aktivitet og møtehyppighet som har skjedd gjennom årenes løp. Det var imidlertid ikke entydig i hvor stor grad *brukerne* var med på å definere hva som var behovet.

Målrettet teamarbeid

Mange brukere og pårørende fortalte om teamarbeid som fungerte godt, og der det ble jobbet målrettet, slik de opplevde det, men det var også en del som fortalte om teamarbeid som ikke var effektivt og målrettet. En god del var opptatt av at teamet kan bli flinkere til å jobbe med mål.

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

Målretting gjennom individuell plan

De fleste brukerne hadde individuell plan, men det kom fram i de kvalitative intervjuene at mange bare opplever middels bruk av den individuelle planen. Flere påpeker behov for å jobbe mer å sette mål, og plan for å oppnå målene. Det var færre som fortalte om aktiv bruk av individuell plan, men i de tilfeller der individuell plan brukes aktivt, beskriver de fleste at de hadde et godt utbytte av det. Eksempelvis beskrives det å jobbe systematisk etter en definert plan som verdifullt fordi det gir forutsigbarhet for bruker og pårørende.

Informantene ga mange eksempler på at målene i planen ikke oppdateres, noe som indikerer at

det ikke jobbes aktivt og målrettet, og i mange tilfeller var bruker eller pårørende kritiske til at individuell plan blir "liggende i en skuff". På den annen side behøver det ikke å bety at det ikke gis god hjelp og oppfølging, og at det ikke skjer utvikling. Flere informanter viste til at individuell plan ikke var oppdatert, og ikke samsvarte med virkeligheten. I noen tilfeller blir da prosessen omvendt – at det skjer en utvikling, men at det er arbeidet med målsetting som paradoksalt nok henger etter. Blant de som ikke hadde individuell plan skyltes det at bruker ikke ønsket det fordi de ikke så behovet, at det var tenkt å utarbeide plan, men ikke gjort enda og i et par tilfeller at det ikke var tilbudt.

7.4 Hva sier brukerne om koordinatoren?

De aller fleste som hadde koordinatør av de som deltok i spørreundersøkelsen i 2023 var godt fornøyd med koordinatoren sin. I intervjuene ble koordinatorens innsats av flere trukket fram som en viktig årsak til at de var fornøyd og som særlig bidrar til god kvalitet. I noen tilfeller gjaldt dette også andre engasjerte hjelpere i systemet (ildsjeler), og som over tid hadde representert kontinuitet og støtte for brukerne.

«En ting jeg synes er veldig positivt, det er koordinatørrollen. Jeg føler at det er veldig sånn lav terskel der for å ta kontakt og så får man et svar. Man blir involvert mye også, man får sendt møteagenda en hel uke i forveien, og får spørsmål: «Ser det her greit ut, er det noe dere vil at vi skal legge på eller ta bort eller noe sånt» og så svars det på den og så sendes det ut til innkalling, med en agenda dagen etter. Det er så fin en flyt, det er så veldig, veldig bra».
(Pårørende til ungdom med sjelden diagnose)

Brukere og pårørende beskrev i intervjuene koordinatoren sin med mange fine ord, som den som: «*syrr sammen*», «*nøster tråder*», er rådgiver og «*lim*» i systemet og som er en «*livssekretær*». Det mange forteller om handler om å bli sett, bli tatt på alvor og å føle seg trygg. Flere pekte også



på nytten av at koordinatoren sørger for at det jobbes målrettet.

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

Det var ingen av informantene vi intervjuet som hadde negative vurderinger av selve koordinatortrollen, men enkelte var misfornøyde med sin koordinator basert på vedkommende *innsats* – av og til i kombinasjon med relasjon til koordinator. Der koordinatoren ikke legger inn den innsatsen som bruker og pårørende forventer, ender det noen ganger opp med at bruker eller pårørende opplever at de er sin egen koordinator.

Selv om pilotkommunene har jobbet med å ruste for flere koordinatører, og å styrke koordinatorene gjennom opplæring, var det etter fem år med pilot, fortsatt en utfordring å skaffe nok koordinatører. Dette kan virke inn på brukers mulighet for å faktisk velge sin koordinator. Flere av brukerne påpekte at dette er en rolle som av og til virker å være «*kasta på*» personer som har vært «*uheldig*». Vårt materiale viser også noen eksempler på hyppig utskifting av koordinator, og eksempel på at det kan oppstå misnøye fordi bruker oppfatter at det er feil tjeneste som har koordinatoransvaret.

7.5 Hva sier brukerne om fastlegens rolle?

Fastlegen har et særlig ansvar for den medisinsk-faglige oppfølgingen av alle pasienter på sin liste. Vi fant at det varierte mye om fastlegen deltok aktivt i oppfølgingsteamet. I noen tilfeller deltok fastlegen sporadisk når det ble ansett å være behov for det. I andre tilfeller deltok ikke fastlegen i det hele tatt, til tross for at bruker eller pårørende opplevde at det var behov for

fastlegens involvering. Flere brukere og pårørende sa de ikke forventet at fastlegen deltok aktivt i møter, ofte fordi de oppfatter fastlegen som veldig travel. Andre hadde ønsket at fastlegen deltok i teamet. Felles for de som faktisk hadde en aktiv fastlege i sitt team, var at de vurderte dette som godt og nyttig, og som en viktig støtte.

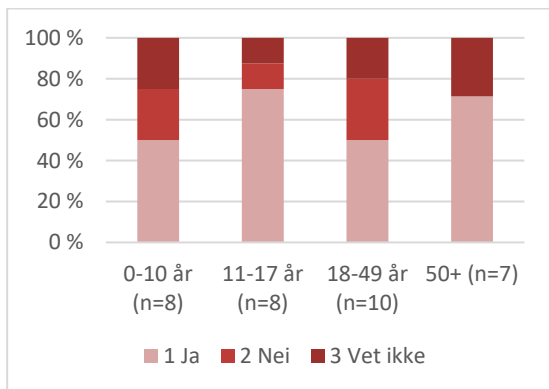
7.6 Hva sier brukerne om egen medvirkning?

Brukermedvirkning var et viktig tema både i intervju og spørreskjemaundersøkelser, og en høy andel av brukere og pårørende vurderte informasjon, medvirkning og tilpasning i tjenestene som godt ivaretatt. Flertallet opplevde at de hadde brukermedvirkning i den forstand at de følte seg tilstrekkelig involvert og lyttet til, eller at de visste de hadde denne muligheten dersom de fikk behov for det. Mange viste til at koordineringstiltakene i seg selv medførte brukermedvirkning gjennom at de var med på møter i oppfølgingsteamet eller ansvarsgruppen, og at de kjente eierskap til den individuelle planen.

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

(ung voksen bruker med psykisk helseutfordringer)

I spørreundersøkelsen (2023) svarte 60 prosent av respondentene at de har fått være med på å bestemme hvilken hjelp de skal få. Høyest andel som svarte dette var i gruppen 11-17 år, og de over 50 (figur 21). Om lag 20 prosent svarte «nei».



Figur 21 Har du fått være med å bestemme hvilken hjelp du skal få? (n=33)

At det var rundt 20-30 prosent som svarte «vet ikke» blant de yngste og de eldste brukergruppene, kan tyde på at man ikke har kjennskap til at brukermedvirkning er sentralt i tjenestetilbudet, eller har lite kunnskap om hva det innebærer.

Vi spurte også om brukerne opplevde at det er lett å gi tilbakemeldinger til de ansatte om tilbudet de får, og over halvparten av de 33 deltakerne svarte bekræftende. Færrest i gruppen 11-17 år svarte dette. Det er 18 prosent som svarer «vet ikke», noe som kan tyde på at man heller ikke har prøvd å gi tilbakemeldinger.

Det som flest var kritisk til i intervjuene var hvorvidt de har fått tilstrekkelig informasjon om rettigheter, og hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak. Dette ble særlig poengtert der det var tilstander eller diagnoser som er litt uavklarte eller diffuse (for eksempel ME). Det var imidlertid få som hadde vært involvert i beslutning om hvem som skulle være koordinator, og fra hvilken tjeneste. Dette skyldtes nok delvis at det gjennom hele pilotperioden har vært knapt med tilgang på koordinatører.

Enkelte brukere og pårørende følte at det krevde for mye ressurser av dem for å være aktivt involvert og medvirke – at det handlet om å ta større ansvar, noe de ikke var rustet for.

7.7 Hva sier brukeren om nytten av tjenestene?

De fleste brukerne mente at tjenestene de får i noen eller stor grad dekket hjelpebehovet deres. I underkant av 60 prosent svarte i 2023 at hjelpen de får er godt tilpasset behovet deres, og samme andel svarte at hjelpen fra kommunen har gjort dem bedre i stand til å mestre livssituasjonen. De fleste oppgir at de har nytte av den kommunale hjelpen som de har fått.

Ved analyse av sammenheng mellom det å ha koordineringstiltak og tjenestenes dekning av eget hjelpebehov og opplevd nytte av tjenestene, fant vi at de som hadde koordineringstiltak opplevde behovsdekning og nytten av tjenestene signifikant bedre enn de som ikke hadde, eller ikke visste at de hadde slike tiltak.

Kritiske kommentarer som ble gitt i fritekstfelt i spørreundersøkelsen i 2023 handlet blant annet om manglende stabilitet og kompetanse blant fastleger og annet personell, mangel på informasjon, og om kritikk av kommunikasjon og oppførsel mellom ansatte og overfor bruker/pårørende.

7.8 Hva sier brukerne om opplevd endring i oppfølgingen?

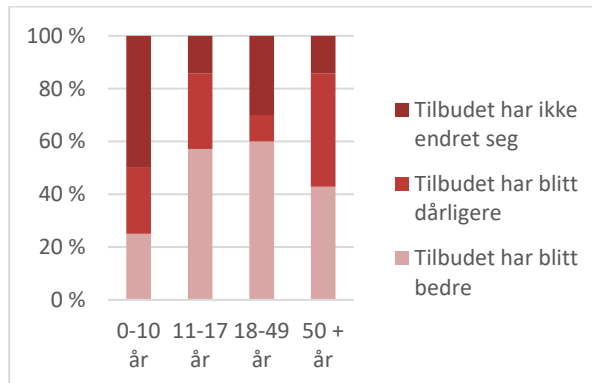
Storparten av brukerne vi intervjuet i løpet av de første årene av evalueringsperioden hadde hatt koordineringstiltak over flere år. Det var lite som tydet på merkbare endringer i måten det ble jobbet på, sett fra brukerne og pårørende sitt ståsted. Også i 2021, da piloten hadde vært i gang i tre år, var det få som hadde hørt om oppfølgingsteam, og begrepet ansvarsgruppe var fremdeles mest brukt.

På spørsmål om hvorvidt man hadde opplevd endringer i måten man fikk oppfølging på fra tjenestene, viste brukere og pårørende til andre typer endringer, som de hadde merket godt – for eksempel skifte av tjenester og kontaktpersoner grunnet overgang fra barne- til ungdomsskole, eller overgangen fra ungdom til voksen over 18 år. Det kan være vanskelig for brukere og

pårørende å vurdere endringer i arbeidsform. Eksemplet fra pårørende til ung voksen i boksen nedenfor illustrerer dette. Ved nærmere ettertanke opplevde pårørende at det hadde skjedd endring i arbeidsform opplevdes nyttig.

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

«Utgangspunktet var dårlig på en del områder. Tjenester og informasjon om tjenester var mangelfull. Vanskelig å finne ut hvor man skulle henvende seg angående forskjellige ting. Ble sendt hit og dit. Kompetanse og kjennskap til lovpålagte tjenester var til dels veldig dårlig. Disse tingene har blitt bedre, og blir forhåpentligvis enda bedre. Det virker som om interessen og ønsket om å yte gode tjenester etter behov og rettigheter er mere til stede enn tidligere.» (Deltaker i spørreundersøkelse 2023)



Figur 22 Synes du tilbudet har endret seg den tiden du har hatt oppfølging fra kommunen? (n=28)

Vi spurte respondentene i spørreundersøkelsen i 2023 om de syntes tilbudet har endret seg i løpet av den tiden de hadde fått oppfølging fra kommunen. Mens halvparten svarte at tilbudet har endret seg til det bedre i den tiden de har hatt oppfølging fra kommunen, svarte én av fire at det har blitt dårligere og like mange at tilbudet ikke har endret seg (figur 22). Det var flest i gruppen 11-17 år og 18-49 år som svarte at tilbudet hadde blitt bedre.

Eksempler på endringer brukerne beskrev:

- Føler meg mer selvstendig.
- Fått mer frihet.
- Fått egen bolig og hjelpere som hører på meg og hjelper meg. Er trygg der jeg bor.
- Positiv utvikling med større stabilitet i personalet på avlastningstilbud.
- Bedre oppfølging av koordinatrorolle.
- Føler kommunen prøver å hjelpe til slik at vi har det ok.
- Mer forklaring av forskjellige hjelpe-tjenester hvor du kan få bedre tilbud med hjelp tilrettelagt.
- Mer oppfølging fra helsestasjon og helsesøster med samtaler.
- Ny kontakt fra PPT.

8 Oppfølgingsteam som arbeidsform

Dette kapittelet omhandler kjernen i piloten; oppfølgingsteam som arbeidsform for å følge opp pasienter og brukere med behov for koordinering av flere tjenester. Vi starter med hva som kjennetegner oppfølgingsteam som arbeidsform før vi tar for oss de ulike rollene i teamet, hva som kjennetegner team som fungerer bra og dårlig sett fra ansattes synspunkt, fastlegens rolle i teamet og avslutter med noen konkrete case-beskrivelser som illustrerer hvilke aktører og problemstillinger som typisk inngår i oppfølgings-team, og hva som skal til for at teamene skal fungere godt i praksis.

Som vi skrev om i kapittel 2 er oppfølgingsteam, ifølge veilederen, «en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker». Tverrfaglig samarbeid skal være den grunnleggende metodikken i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester, og bestemmelsene om individuell plan både som arbeidsprosess og dokumentasjon, koordinator og koordinerende enhet er sentrale retningslinjer i oppfølgingsteamarbeidet.

8.1 Hva er nytt med oppfølgingsteam som arbeidsform?

I implementeringsøyemed er det viktig å forstå hva som er nytt med oppfølgingsteam som arbeidsform. Ansvarsgrupper er en vanlig brukt benevnelse på samarbeidsstruktur for å koordinere arbeid rundt personer med store og sammensatte behov. I hvilken grad arbeidet i

Sentrale lovverk som gjelder for oppfølgings-team som arbeidsform finnes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6, helsepersonelloven §16, forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling §7b, samt i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §12-5. Oppfølgingsteamet skal også følge med på at brukeren får nødvendig oppfølging hos sin fastlege, som har det medisinsk-faglige koordineringsansvaret for alle pasienter på sin liste jf. fastlegeforskriften § 8, § 12, § 19 og § 25.

ansvarsgruppene er i tråd med oppfølgingsteam som arbeidsform handler i stor grad om praksis, mer enn målsetting. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 9 opplever mange at oppfølgings-team er en annen måte å arbeide på. Ofte har også bruk av ansvarsgrupper, ledet av koordinator og støttet av bruk av individuell plan, blitt begrenset til spesifikke brukergrupper.

I tabell 6 er det listet opp forskjeller mellom ansvarsgruppe og oppfølgingsteam som arbeidsform basert på erfaringer med praksis i mange ansvarsgrupper.

Perspektivendring: «Hva er viktig for deg?»

Brukermedvirkning er et viktig element ved oppfølgingsteam som arbeidsform, og en erfaring er at oppfølgingsteam er mer brukerstyrt enn ansvarsgrupper.

Tabell 6 Forskjell mellom ansvarsgruppe (slik det ofte praktiseres) og oppfølgingsteam¹⁾.

| Ansvarsgruppe | Oppfølgingsteam |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mange deltakere • Alle instanser kalles inn • Ofte fast antall møter i året • Rigid form • Mange skal ha ordet • Opplever overveldende for bruker • Tid- og ressurskrevende • Individuell plan brukes sporadisk | <ul style="list-style-type: none"> • Færre deltakere • Kun nødvendige instanser kalles inn • Møter etter behov • Fleksibel form • Mer tid til å lytte til bruker • Tryggere arena for bruker • Mindre logistikk, sparer tid og ressurser • Individuell plan brukes systematisk |

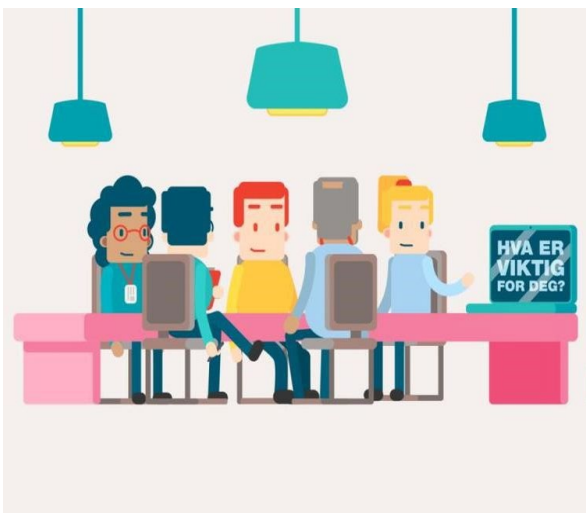
1) Basert på presentasjon fra prosjektleder i Bø kommune. Gjengitt med tillatelse.

«.. den største endringen som oppfølgingsteam er mer pasientstyrt enn ansvarsgruppe. Ansvarsgruppe var fagstyrt Oppfølgings-team, den dreiningen til oppfølgingsteam har ført til at pasienten er mer styrende i prosessen. Og det er jo i tråd med hvordan det skal være. Og den tror jeg er varig den endringen. Jeg tror det er vanskelig å tenke seg at en skal gå tilbake til ansvarsgruppemøter igjen når man har fått gjennomført en pasientsentrert tilnærming i teamarbeid.»
 (Kommuneoverlege)

Som det framkommer i kapittel 7 har brukerne ulike behov og ønsker både når det gjelder hvilke tjenester de trenger, og form og innhold i oppfølgingen. Sammensetning og arbeidsform i oppfølgingsteamet skjer derfor i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende.

«Bruker får være med på å bestemme hvem som skal sitte "fast" i teamet og hvem som skal kalles inn ved behov. De fleste ganger avgjør møteagendaen hvem som trengs på møtene.»
 (Mellomleder NAV/sosiale tjenester)

I piloten har Helsedirektoratet vært tydelig i sin anbefaling til kommunene om å innarbeide systematisk bruk av «Hva er viktig for deg?» i oppfølgingsteamarbeidet.



Ill.: Helsedirektoratet

I tillegg til å bidra til at tjenestene som gis skreddersys i henhold til brukerens behov, er dette også et verktøy for å sette mål og evaluere utvikling.

Denne tilnærmingen kan innebære en grunnleggende perspektivendring i tjenestene. Kommunens oppfølging skal fremme mestring og selvstendighet. Myndiggjøring er et sentralt element i å styrke brukermedvirkning. «Hva er viktig for deg?» og aktiv bruk av individuell plan er virkemiddel for å understøtte pasient og brukers medvirkning og innflytelse. Å sikre reell brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne stiller store krav til kunnskap, ferdigheter og holdninger på alle nivå i tjenestene. Dette er også noe flere koordinatører ønsker mer opplæring i (figur 23).

«...vi trenger å sitte her og øve oss og snakke sammen. Noen fikk jo seg noen sånne aha-opplevelser i forhold til brukermedvirkning det var vel en gruppe der en bruker, den som spilte brukeren, måtte reise seg å gå, fordi han ble jo ikke tatt med.» (Prosjektleder)

Fleksibilitet og dynamiske team

Et kjennetegn ved oppfølgingsteamene er at arbeidsformen er dynamisk. I dette ligger en anbefaling om å differensiere involvering av teammedlemmer ut fra brukers behov. Det betyr at fagpersoner som yter tjenester i mindre omfang i tid og hyppighet, men hvor tiltakene er viktige for at pasient og bruker skal nå sine mål, regnes som del av teamet. Disse tjenestene må være informert og samordnet selv om de ikke deltar i alle møtene, slik at alle arbeider mot pasient og brukers mål. Det er viktig at det er avklarte forventninger og struktur på samarbeidsprosessene, og felles verktøy for samhandling og koordinering. Omfanget av fastlegens involvering i teamet bør også avklares i det enkelte tilfellet og være tilpasset brukers behov til enhver tid (se også kapittel 8.6).

«Meir dynamiske team framfor store, fastsette ansvarsgrupper.»

«Vi har over tid hatt tverrfaglege team rundt desse personene. Det som er endra, er at eg opplev meir kommunikasjon og betre heilheit i tenestene til barna ved at dei involverte no i større grad er fokusert på kva deira eigen teneste kan bidra med, og ikkje kva alle andre bør gjere.»

At involveringen i teamarbeidet varierer kan, som vi kommer tilbake til i kapittel 8.7, medføre at ulike teamdeltakere ikke nødvendigvis har en sterk teamfølelse.

Fleksibilitet handler også om møtefrekvens, at møter avtales etter behov.

Ikke ny arbeidsmetodikk for alle

Noen jobber i henhold til oppfølgingsteam-metodikken allerede. I spørreundersøkelsen til ansatte i 2023 spurte vi om arbeidsmåten er endret. De som svarte at de i liten grad eller ikke har endret arbeidsmåten, fikk anledning til å gi kvalitativ beskrivelse av årsaker til at de ikke har endret måten de jobber på. Mange svarte at dette ikke er noe nytt, eller at man ikke så noe behov for å endre.

«Vi har alltid jobbet på denne måte. Vi har kun hatt andre navn på gruppene.»

«Arbeidet utifra lignende måte, men endret begrep og annet for måten å arbeide på.»

At de ikke hadde endret arbeidsmåte handlet også om at de ikke hadde kjennskap og kunnskap til oppfølgingsteam, at arbeidsgiver eller ledere ikke prioriterer det, eller ulike årsaker som ligger i systemet og manglende samarbeid.

8.2 Koordinator = teamleder

Koordinator er teamleder. Veilederen understreker at tydelig mandat og leder-

forankring for koordinator er avgjørende for å sikre nødvendig legitimitet i rollen. Koordinator må eksempelvis kunne innkalle til møter og ta nødvendige kontakter i ulike enheter og sektorer, uten å måtte gå tjenestevei. Koordinator må gi nødvendig opplæring og støtte i utøvelse av oppgavene som tillegger rollen (se boks). Utøvelse av rollen må tilpasses brukerens ønsker

Sentrale oppgaver for koordinator

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av plan- og arbeidsprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- være teamleder
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, herunder at teamet observerer og følger opp endringer i pasient og brukers tilstand og initierer eventuelle konsultasjoner hos fastlege og øvrige tjenester
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer
- sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles forståelse av målene i planprosessen
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

[Om koordinatorrollen i veilederen.](#)

og evne til medvirkning.

Mest vanlig å være koordinator for én eller to

Av de 66 koordinatorne som deltok i spørreundersøkelsen i 2023 var flertallet koordinator

for én (35 prosent) eller to (22 prosent) personer. Det er noen som oppgir at de er koordinator for veldig mange, og i underkant av hver femte var koordinator for flere enn fem personer.

Nær halvparten var koordinator for barn og unge. Kun 14 prosent var koordinator for en eldre person. Psykisk helse, rus og psykososiale utfordringer var den kategorien flest hadde krysset av for, både de som var koordinatorene for voksne og barn og unge. Funksjonsnedsettelse, utviklingshemming, kroniske lidelser og barn som følges opp av barnevernet var også relativt ofte angitt. At pilotkommunene ikke er kommet i mål med å rekruttere koordinatorene fra alle tjenestemråder vises ved at hele 85 prosent var fra helse- og omsorg.

Hvem foreslår koordinator og etablerer team?

Mange koordinatorene blir foreslått av leder eller koordinerende enhet. Hver tredje koordinator oppga i spørreundersøkelsen at de er koordinator i et team hvor bruker eller pårørende foreslo dem som koordinator. Det mest vanlige i henhold til svarene i spørreundersøkelsen var at det er koordinerende enhet (ev. tildelingsenhet) som etablerte oppfølgingsteamet.

Overveielser i valg av koordinator

I spørreundersøkelsen ble ledere spurt om å gi en fritekstbeskrivelse av hvilke overveielser som gjøres i sammensetning av team og valg av koordinator. Brukers behov, og hvilke tjenester som bruker har, er faktorer som flest ledere vektlegger når det gjelder teamsammensetning.

Mange ulike faktorer som trekkes fram når det gjelder valg av koordinator, som for eksempel kompetanse, kjennskap eller relasjon til bruker, hvilken tjeneste som er mest involvert, at koordinator har tid i jobben til å være koordinator, tilgjengelighet, faktorer knyttet til hvordan tjenestene er organisert og at det besluttes i koordinerende enhet. Brukers ønsker nevnes eksplisitt kun av fire av rundt 60 ledere som har skrevet i fritekstfeltet (se boks).

«Brukerens ønsker vektlegges når koordinator oppnevnes. Koordinator og bruker blir enige om sammensetning av oppfølgingsteamet.»

«Vi pleier å spørre primærkontakt, ev. sekundærkontakt, om å være koordinator, men bruker får også si sitt om valg av koordinator. Noen ganger ønsker de noen andre, og da strekker vi oss langt for å ordne dette. Det er tjenestekontoret som utnevner koordinatorene.»

«.. koordinator ... er spesielt valgt med tanke på kompetanse ... og etter ønske fra pårørende.»

*«Presentasjon av bruker sine behov og ønsker i KE, videre vurdering gjort av kva aktører som er inne/skal/kan inn i oppfølgingsteamet. Personen selv kan komme med ønsker kven h*n vil ha som koordinator, men kan ikke alltid få det innvilga. Vurderer etter ressurser*

En av fastlegene vi intervjuet pekte på at ansatte i private virksomheter som kommunen kjøper heldøgns omsorg fra (f.eks. innenfor psykisk helse og rus) bør kunne pålegges koordinatorsansvar, da dette ofte er ansatte som har tett kontakt med brukerne over tid.

Kompetanse, støtte og opplæringsbehov

Vi viste i kapittel 5 at det er en stor andel av koordinatorene som ikke har hatt opplæring i innhold, metodikk, verktøy mv. som er vesentlige for etablering av oppfølgingsteam som praksis. Likevel vurderer rundt 2/3 av koordinatorene som deltok i undersøkelsen, at de i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig kompetanse i form av erfaring og personlige egenskaper for å ivareta koordinatorrollen. 60 prosent eller mer vurderer også at de i stor grad har tilstrekkelige verktøy og tilstrekkelig kompetanse i form av utdanning. Halvparten vurderer at de i stor grad har nok lederstøtte. Nesten hver tredje koordinator svarer at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig tid og opplæring til å ivareta rollen.



Figur 23 Opplæring, kompetanse eller støtte koordinatorene mener de burde hatt mer av. Prosent. Flere svar var mulig. N=50.

På spørsmål om hva de trenger mer av svarte over halvparten at de burde hatt mer veiledning fra erfarne koordinatorene og opplæring i individuell plan (figur 23). Mer enn hver tredje angir også at de burde hatt mer opplæring i tverrfaglig samarbeid, elektronisk verktøy, møteledelse (se tips fra prosjektleder i Bø), oppfølging av pårørende og «Hva er viktig for deg?».

Nesten 30 prosent hadde satt seks eller flere kryss (av ti mulige) som kan tolkes som at de er relativt uerfarne og trenger mye opplæring, kompetanse eller støtte.

Hva synes koordinatorene om rollen?

De aller fleste koordinatorene som har deltatt i spørreundersøkelsen er enten generelt svært komfortabel med koordinatrollen (en av fire) eller synes det stort sett er greit å være koordinator (nesten to av tre).

Det kan synes som at piloten har bidratt til at flere er komfortabel med koordinatrollen. Andelen som ikke er komfortabel med rollen, var lavere mot slutten av piloten (rundt en

Tips til god møteledelse

- Planlegg møtets innhold i samråd med bruker.
- Spør bruker «Hva er viktig for deg?»
- Send ut agenda i god tid.
- Still forberedt og tenk gjennom formålet med møtet.
- Kall bare inn nødvendige instanser.
- Pass tiden.
- La alle deltakeren komme til orde.
- Legg fram budskapet slik at alle forstår.
- Sammenfatt det som ble diskutert og besluttet.
- Vurder om dere skal avtale nytt møtetidspunkt.
- Skriv referat.
- Følg opp det dere ble enige om.

Prosjektleder i Bø kommune

«Møteledelse er krevende. Møtedeltakerne har svært ulik bakgrunn og erfaring i f.t. oppfølgingsteam og IP og kjenner ikke/følger ikke alltid «spillereglene». For å bedre dette trengs kurs og veiledning i møteledelse for koordinatorene. Også viktig at alle som sitter i et oppfølgingsteam får jevnlig kunnskapspåfyll om arbeidsmodellen.»

(Fra spørreundersøkelse 2021)

av ti) enn to år før (rundt en av fire i de fire gjenværende pilotkommunene).

Det var også færre koordinatorene som svarte at de tidligere hadde takket nei til å være koordinator i spørreundersøkelsen i 2023 enn i 2021 (12 mot 25 prosent). Dette kan ha å gjøre

«Jeg trives godt som koordinator - pasienten/pårørende må bli hørt angående hva ønsker de hjelp til -- og hvem skal hjelpe dem ...»

«Trivast godt i rolle som koordinator og har vore det i mange år, da det er ein del av min arbeidskvardag.»

med utvalget i undersøkelsene, men reflekterer trolig at flere har erfaring med og opplæring i rollen.

Koordinatorerne ble gitt anledning til å skrive i fritekst hva de liker mest og minst med å være koordinator (se eksempler i boksene på denne og neste side). Hyppig nevnte tema er oppsummert nedenfor.

Hva liker koordinatorerne best ved rollen?

- Hjelp og være støtte for brukeren og de pårørende, skape bedre resultat for bruker.
- Få oversikt over hele situasjonen til brukeren.
- Samarbeid og samordning.

Det som de aller fleste nevner som de liker ved rollen handler om å hjelpe og være støtte for brukeren og de pårørende, og skape bedre resultat for bruker. Å få bedre oversikt over total-situasjonen til brukeren og samordne tjenestene. Samarbeid med andre og å arbeide tverrfaglig er også ofte nevnt.

Hva liker koordinatorerne minst ved rollen?

- Mangel på tid.
- Mangel på kunnskap og opplæring.
- utfordringer med samarbeid.

Mangel på tid er den enkeltårsaken som oftest oppgis som det man minst liker ved å være koordinator.

Utfordringer knyttet til samarbeid og mangel på kunnskap og opplæring, både blant samarbeidspartnere og seg selv, er de to andre faktorene de liker minst ved å være koordinator.

Liker best ved koordinatorrollen

«Det å kunne utgjøre ein skilnad for planeigar, hjelpe å koordinere den hjelpa hen treng.»

«Å føle at en hjelper brukeren med mer enn bare sitt fagfelt, ha oversikt og drive noe fremover»

«Å være pådriver/sikre at det det er framgang i prosess rundt bruker/pasient.»

«Å kunne hjelpe pasienten helhetlig, hjelpe pasienten med å få en struktur og oversikt over hvem gjør hva og hvordan gå frem med de ulike aktivitetene/målene pasienten har satt seg.»

«Svært meningsfullt å bidra til meir pasient- og pårørende-fokusert innsats ved styrka tverrfagleg samarbeid. Eg opplever tilfredshet hos pasient/pårørende ... at tiltak i all hovudsak vert kvalitativt betre og arbeidet framstår meir treffsikkert og dermed også meir motiverande.»

«Får følge opp pasient og pårørende i lag med det tverrfaglege teamet. God kjennskap til ønsker og behov. Får tidleg i prosessen gjere avklaringer som er viktig for vidare oppfølging.»

«Å kunne gjøre en "forskjell" for brukeren og familien, være en pådriver, gjøre hverdagen "enkler", mer oversiktlig. Samarbeide med andre faggrupper der vi finner gode løsninger fordi vi har ulike "briller"/erfaringer/kompetanse. Ha oversikt og sette ting i et "system" der alle blir ansvarliggjort, også brukeren selv.»

«Oversikten over totalsituasjonen som man får i tverrfaglige møter, Interessant å ha fokus på hva er viktig for deg isteden for det vi andre tror/ syntes" bør" være viktig for deg.»

Liker minst ved koordinatrollen

«At det ikke er satt av tid til dette i arbeidshverdagen.»

«Lite opplæring og lite tid til arbeidet. Mer opplæring for at det skal bli bedre.»

«Mangel på kompetanse og forståelse for oppgaven før den ble tildelt (ikke valgt). Og en opplæring som egentlig aldri kom. Et par teams-møter var ikke så hjelpsomt. Fysisk møte med en erfaren koordinator hadde vært mye mer nyttig. Mer struktur og info når rollen ble tildelt og at en annen var pådriver i starten for å komme i gang. Har ikke foreløpig hatt strukturert avsatt tid til rollen, så det hele oppleves veldig flytende og jeg er usikker på rollen og hvordan jeg skal utføre den.»

«Å mase/ etterlyse tilbakemeldinger, arbeid etc. fra samarbeidspartnere + lite tid avsatt til oppgavene.»

«Uenigheter i fagmiljøer og instanser, vanskelig å skaffe brukerne rett hjelp til rett tid. Treghet i tildeling av tjenester, samt mangelfulle vedtak. Lite tid til å arbeide systematisk, og er en oppgave som når du får del tildelt så er du alene i veien videre. De som møter på ansvarsgruppene "anser" seg selv som deltakere, ikke bidragsyttere.»

«At flere instanser ikke har fått opplæring i dette. Skole har ikke fått opplæring bla., mange har ikke hørt om tverrfaglig oppfølgingsteam, de vet bare om det som kalles ansvarsgruppemøte.»

«Vanskelig å få et godt samarbeid med diverse samarbeidspartnere.»

«Dersom det ikke er felles forståelse, kan det være utfordrende å finne felles mål.»

«Veldig lite informasjon fra strukturert tverrfaglig team. (Hva skal til for at det skal bli bedre:) Møtearena for koordinatører 1 - 2 ganger per år slik at det kan gis oppfriskning i bruk av arbeidsverktøy, og dele erfaringer.»

8.3 Teamdeltaker

I alt oppga 127 personer som deltok i spørreundersøkelsen i 2023 at de deltok i et oppfølgingsteam som de ikke var koordinator for. Av disse var rundt én av tre også koordinator for andre brukere. Nesten halvparten var med i team for én (28 prosent) eller to personer (21 prosent). Noen (16 prosent) var usikker på hvor mange team de var medlem av, som reflekterer at et oppfølgingsteam ikke alltid er et veldig klart definert team, og at deltakelse i teammøter varierer etter behov.

Mens koordinatører i stor grad rekrutteres fra helse og omsorg, er teamdeltakere ofte representert fra andre tjenester. I spørreundersøkelsen var 42 prosent av teamdeltakerne fra oppvekst og barnevern totalt sett, eller hele 59 prosent hvis vi kun ser på de som ikke også hadde koordinatørrolle. Dette gjenspeiles i at brukergruppene som oftest nevnes av teamdeltakere er barn (54 prosent) og ungdom (39 prosent). Det er kun 14 prosent som har oppgitt at de er i team for en eldre person. Det som kjennetegner brukerne utover alder er at de følges opp av barnevernet (49 prosent), eller har utfordringer knyttet til psykisk helse/ rus /psykososiale forhold (45 prosent).

Som vi beskrev i kapittel 5.7 har teamdeltakere fått mindre opplæring og kompetansehevende tiltak enn de som har koordinatørrolle. Som sitatet i boksen på neste side viser, krever godt tverrfaglig samarbeid i oppfølgingsteam at alle deltakere har opplæring og kompetanse i arbeidsprosessene.

8.4 Kjennetegn ved team som vurderes å fungere godt

I spørreundersøkelsen fra 2023 ble koordinatører og teamdeltakere spurt om de var med i et team som de syntes fungerte godt med tanke på brukers behov, og bedt om å vurdere ulike påstander om faktorer som bidrar til dette. Tre av fire svarte at de er med i et team som fungerer godt.

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

Flest var helt enig i følgende faktorer:

- Sammensetningen av teamet svarer godt til brukerens behov (70 prosent).
- Man anerkjenner hverandres kompetanse (67 prosent).
- Det er passe antall deltakere i teamet (65 prosent).
- Det som avtales blir fulgt opp av de ansatte (61 prosent).

Vi vet ikke hvilke team respondentene har i tankene når de svarer, og det er dermed ikke slik at koordinatorene og teamdeltakere vurderer de samme teamene. Respondenter som er koordinatorene, tenderer oftere mot å være helt enig i at ting fungerer godt enn teamdeltakerne som ikke er koordinatorene (figur 24).



Figur 24 Andel som er helt enig i påstand om årsak til at teamet fungerer godt. 44 koordinatorene og 48 teamdeltakere (som ikke er koordinatorene).

Dette gjelder i særlig grad for følgende faktorer: «Det brukes ikke tid på uenigheter om ressurser og ansvar» (differanse på 30 prosentpoeng i helt enig), «Det er passe antall deltakere i teamet» (20 prosentpoeng), «Alle har god lederstøtte» (16 prosentpoeng) og «Sammensetningen av teamet svarer godt til brukerens behov» (15 prosentpoeng).

8.5 Kjennetegn ved team som vurderes å fungere dårlig

Koordinatorer og teamdeltakere ble også spurt om de er med i team som fungerer dårlig med tanke på brukernes behov. De ble bedt om å vurdere en rekke påstander om hva som er de viktigste årsakene til at teamet fungerer dårlig. En av tre svarte at de var med i team som fungerer dårlig. Det var store forskjeller i vurderingen av de 19 påstandene.

Flest var helt enig i følgende faktorer:

- Strukturer og felles verktøy for samhandling og koordinering er ikke avklart og akseptert av alle (54 prosent).
- Det er ikke en felles forståelse av (ikke tydelig avklarte) roller, forventninger og oppgaver (47 prosent).
- Det er vanskelig å aktivere brukeren (36 prosent).

Hvis vi inkluderer «delvis enig», kommer også disse momentene på lista over faktorer som et flertall er helt eller delvis enig i er en årsak til at teamet fungerer dårlig: «Informasjonsutveksling fungerer ikke», «Det er ikke en felles forståelse av verdier og mål (for eksempel mht. bruker-medvirkning)», «Vi får ikke brukt kompetansen i teamet til brukerens beste», «Det mangler god lederstøtte for enkelte deltakere», «Måloppnåelse, behov og mål evalueres, revurderes og revideres ikke regelmessig», og «Det brukes mye tid på uenigheter om ressurser og ansvar».

Det er kun 37 som har svart på disse spørsmålene.

8.6 Fastlegens rolle

Fastlegen har alltid det medisinsk-faglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, og spiller en viktig rolle for at pasientene skal få god og nødvendig medisinsk-faglig oppfølging. Ettersom fastlegen ofte møter pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp, eller når det oppstår et økt hjelpebehov, er fastlegen sentral i å identifisere personer som kan utvikle mer omfattende behov for tjenester, herunder oppfølgingsteam (jf. veilederen). I løpet av evalueringen har vi samlet data fra en rekke fastleger i alle pilotkommunene, både i 2019, 2021, i casestudier i 2022/2023 og fra tre kommuneoverleger i 2023. Det deltok også seks fastleger i surveyen blant ansatte i 2023.

Etter tre år i piloten (2021) var de aller fleste fastlegene vi intervjuet godt kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform, og hadde meldt pasienter til koordinerende enhet for vurdering av om de trengte oppfølgingsteam. De fleste inngikk i ett eller flere team og flere av disse var "gamle" ansvarsgrupper.

«Hvis det er barn med ADHD kan det hende det er skolen eller foreldrene som har hovedfokus. Jeg uttaler meg om medisiner, om jeg vurderer noen bytter, noen nye henvisninger ... Av og til har jeg en stor rolle, og i noen tilfeller er rollen min er veldig passiv. Men de ønsker at fastlegen skal være med. Jeg bruker å møte opp selv om jeg ikke har så mye å si. Ofte er jeg fastlege for hele familien og får mye nyttig info.» (Fastlege om sin rolle i oppfølgingsteam)

I intervjuene kom det fram at flere hadde merket seg at det hadde skjedd forbedringer på systemnivå i kommunen, og at pilotprosjektet har hatt fokus på koordinatorrollen. En del fastleger mente likevel at oppfølgingsteam ikke brakte med seg så mye nytt. Det kom mange kommentarer på at «dette gjorde vi fra før», og at fastlegen sin rolle i liten grad var endret fra tidligere. Fastlegene var klare på at de ønsket å ha en avgrenset medisinsk-faglig rolle i



oppfølgingsteamet, men vi fikk også eksempler på at fastlegen opplevde det som nyttig å delta på møter i oppfølgingsteamet fordi det ga nyttig informasjon om pasientens livssituasjon.

Rutiner for kontakt med fastlege

I en av kommunene ble det tidlig etablert rutiner for at koordinatoren tok kontakt med fastlegen umiddelbart etter tilmelding, og oppsummerte hva som hadde blitt gjort for pasienten hittil, drøftet hvilke tjenester som var aktuelle for å delta i oppfølgingsteamet og avtalte videre kontakt med fastlegen. Fastlegene var svært fornøyd med denne rutinen.

Ideelt sett ønsket fastlegene at man sammen med bruker avklarte forventningene til hva fastlegens rolle i teamet skal være, og at fastlegen innkalles til oppfølgingsteam møter når brukeren, teamet eller fastlegen selv ser behov for det.

Basert på blant annet intervju med kommuneoverleger mot slutten av pilotperioden var inntrykket at fastlegenes rolle i oppfølgings-teamet i større grad ble avklart på et tidlig tidspunkt, sammenliknet med før piloten, og at de opplevde forbedringer både i systematikk og kompetanse hos koordinatorene.

«.. en avklarer også i forkant når en lager en sånn møteserie at fastlegeinvolveringen skal være på det nivået. Det trenger ikke alltid å være en part i møtet eller det kan være halve møtet osv. Men det kan også være at én gang i året skal fastlegen være med å bidra. Mens ellers er det så mye annet at fastlegen heller er med ved behov.» (Kommuneoverlege om fastlegens rolle)

Kommunikasjon med koordinerende enhet og samarbeid om individuell plan

I alle kommunene ble pasienter meldt til vurdering for oppfølgingsteam via PLO-meldinger til koordinerende enhet. Det var en vanlig oppfatning blant fastlegene i flere av pilot-

«Og så tenker jeg det at sånn på fastlegesiden så opplever jo jeg en kvalitetsøkning i forhold til systematikken. Det er veldig tydelig hvem som har ansvaret og hvem som skal ha de ulike typer ansvar. Det blir veldig god fordeling i møtene som vi har. Vi hadde det til dels tidligere, men nå er det gjennomført i alle enhetene - om det er hjemmetjenesten, bo- og miljø, eller rus- og psykiatritjenesten, så gjør de det på samme måten. De tenker litt på samme måten med at vi har et møtereferat som fungerer også som behandlingsplan der oppgaver er fordelt i møtet og vi kvitterer på en måte ut planen i møtet. Og det er synlig også for bruker osv. Så det har det blitt mer skikk på. Jeg opplever at koordinatorene er mer proffe, bedre møteledere, og det er mer effektive møter.»

«Vi hadde ansvarsgruppe før, nå heter alle disse oppfølgingsteam. Ansvarsgruppe er borte, så vi har de ikke lenger. Og i disse møtene så har legerollen blitt mer avklart og akseptert. For tidligere var det slik at når man kom inn i en ansvarsgruppe så hadde man en forventning om at man skulle sitte der i tre timer og skulle høre på alle. Så gikk man etter en time og hadde dårlig samvittighet fordi man måtte gå. Nå er det avklart, nå er det sånn at legen er med på det han skal være med på. Alle vet at jeg går. Og det har med den systematikken i arbeidet i oppfølgingsteamet der det ikke lenger er sånn at alle skal være med på hele møtet. Man har de personene som er aktuelle i det møtet, og så er fastlegen med på det som gjelder ham, og så går han. Og nå er dette avklart. Nå er det systematisk, sånn skal det være. Tidligere var dette ullent og en måtte be om unnskyldning når en gikk. Så den systematikken har betydd mye. Det er lettere å være i oppfølgingsteam som lege enn i ansvarsgruppe. For din rolle er avklart, alle vet hva du skal gjøre der. Og du vet hva du skal gjøre, og så går du når du har gjort det du skal gjøre. Og så kan du si at en mister litt fordi en ikke er med på hele diskusjonen, men det gjør også at en klarer å avgrense seg på en annen måte som fastlege.» (vår utheving)

(Kommuneoverleger, som også har fastlegeerfaring, om opplevelsen av forbedringsarbeidet i piloten)



kommunene at det tok lang tid før de hørte noe om utfallet av vurderingen for oppfølgingsteam, og de var tydelige på at de ønsket informasjon fra koordinerende enhet uansett utfall på vurderingen. Flere av fastlegene hadde opplevd at pasienten ikke ønsket oppfølgingsteam, og fortalte at det kunne være vanskelig å «selge det inn» til pasientene fordi det opplevdes diffust hva det kunne komme til å innebære for pasienten. Her har Koordinerende enhet en viktig rolle med å informere og konkretisere hva pasientene kan forvente av et oppfølgingsteam, da fastlegen har en nøkkelrolle i å motivere pasientene sine til å ta imot hjelp.

Fastlegene var generelt lite aktive når det gjaldt individuell plan, og lot i liten grad til å se det som sin rolle å oppdatere denne. Noen fortalte at de logger seg inn for å se beskjeder, men flere uttrykte misnøye med de elektroniske verktøyene for oppdatering av individuell plan i de tilfellene de har forsøkt («nok et system å logge inn på»).

Fastlegene om oppfølgingsteam for de eldste pasientene

De færreste fastlegene hadde konkrete erfaringer med oppfølgingsteam for eldre pasienter, da denne målgruppen var den kommunene brukte lengst tid på å finne formen for. Vi sitter likevel igjen med et inntrykk av at mange fastleger opplever god kommunikasjon med hjemmetjenesten i kommunen. Dette er en tjeneste de ofte har kontakt med flere ganger per dag, og de gir inntrykk av at koordineringen rundt disse pasientene er god, sett fra fastlegens synspunkt. I én av kommunene definerte de at alle med hjemmetjenester også skal ha oppfølgingsteam, fordi de mener hjemmetjenester er en indikasjon på at pasienten er sårbar og trenger strukturert oppfølging.

Vi fikk også et eksempel på hyppig fastlegedeltakelse i et oppfølgingsteam for en person med alvorlig og sjelden diagnose, der fastlegen fremhevet viktigheten av at også spesialisthelsetjenesten deltok i veiledning av kommunens ansatte i oppfølgingsteamet.

Én kontaktperson kan være nok:

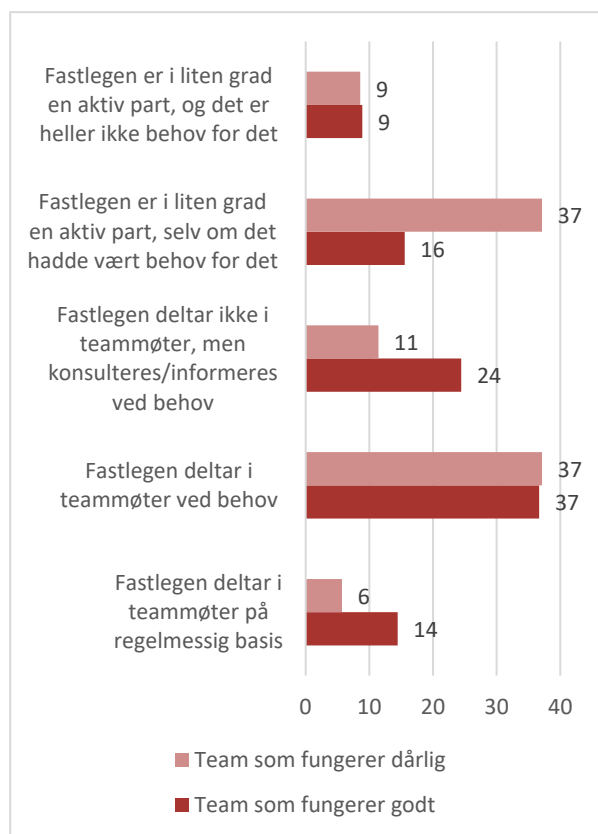
En av fastlegene vi intervjuet fortalte at hun hadde meldt en pasient til Koordinerende enhet for vurdering for oppfølgingsteam. Det ble gjort utredning hjemme hos pasienten og konkludert med at vedkommende foreløpig ikke trengte et fullt oppfølgingsteam, men at det holdt at én person fra kommunen fulgte opp vedkommende. Dette poenget ble understreket i flere fastlegeintervju; viktigheten av å finne ut hva pasientene trenger, og ikke koble på for mange fra start uten at behovet er godt nok utredet. For en del pasienter vil det være nok at én ansatt (i tillegg til fastlegen) holder kontakt med brukeren, og de trenger ikke et helt team som skal koordineres.

Erfaringer med fastlegen i oppfølgingsteam

I kapittel 8.7 skal vi gå nærmere inn på noen utvalgte oppfølgingsteam-caser, der vi intervjuet både brukere, pårørende, koordinator og teammedlemmer (inkl. noen fastleger). Her fant vi at fastlegen var inkludert i alle teamene, og det varierte mye hvilken rolle fastlegen spilte og hvor ofte fastlegen deltok. Vi så flere eksempler på at fastlegen ble brukt for å trygge brukerne og pårørende. I flere av casene var fastlegen en fast samtalepartner for pasientene, der tjenestene påpekte at fastlegen ble brukt i mangel på psykolog eller andre samtaletilbud i kommunen. I ett av casene var fastlegens trygging på at familien skulle prioriteres høyt hvis de trengte hjelp, det viktigste pårørende trakk fram om fastlegen i intervjuet.

Vi fikk også et eksempel på en pasient som hadde måttet bytte fastlege flere ganger før brukeren opplevde å bli tatt på alvor, og et eksempel på at brukeren var veldig fornøyd med fastlegen sin, mens hun selv kommenterte at tjenestene uttrykte at de var misfornøyd med fastlegens tilgjengelighet. Vi opplevde i liten grad diskrepans mellom brukerens ønske om fastlegeinvolvering og faktisk fastlegeinvolvering i case-studien, men fikk i noen av tilfellene inntrykk av at enkelte teamdeltakere mente at fastlegen kunne vært mer koblet på i teamet.

Spørreundersøkelsen blant ansatte bekrefter at fastlegene kan ha ulik rolle i teamene, både de som koordinatore og teamdeltakere vurderte fungerte henholdsvis godt og dårlig (figur 25). Men fastlegen ble oftere vurdert å være en lite aktiv part, selv om det hadde vært behov for det i team som fungerte dårlig, enn i team som ble vurdert å fungere bra, mens fastlegen ble oftere konsultert/informert og deltok oftere regelmessig på teammøter i team som ble vurdert å fungere godt sammenlignet med team som fungerte dårlig. I begge tilfeller var det få som mente at det ikke er behov for at fastlegen er en aktiv part.



Figur 25 Koordinatorers og teamdeltageres vurdering av samarbeidet med fastlegen for team som fungerer godt (n=89) og dårlig (n=35).

8.7 Casebeskrivelser

I casestudien (2022-2023) intervjuet vi brukere, pårørende og teamdeltakere i ni oppfølgings-team, med mål om å utvikle casebeskrivelser av oppfølgingsteam innenfor ulike målgrupper. Vi

undersøkte hvilke aktører og problemstillinger som typisk inngår i oppfølgingsteam, og hva som må til for at oppfølgingsteamene skal fungere godt i praksis. [Et utfyllende notat som beskriver metode og resultater i case-studien, og som diskuterer resultatene opp mot sentrale elementer i veilederen og relevant teori, finnes på prosjektets hjemmeside.](#) Casene kan f.eks. brukes som utgangspunkt for diskusjon i kompetansehevende tiltak for koordinatore og andre teamdeltakere i kommuner som skal drive fagutvikling. I denne rapporten gir vi eksempler på ulike elementer og problemstillinger i oppfølgingsteam-arbeid for målgrupper i forskjellig alder, med særlig vekt på tre utvalgte caser der både brukere og team synes samarbeidet fungerer godt.

Illustrerte case-beskrivelser

I de fleste casene har vi intervjuet bruker og/eller pårørende, koordinator og to til tre medlemmer av oppfølgingsteam. Vi fikk god spredning både i alder, kjønn og funksjonsnivå/-livsutfordringer. I fem av ni caser var brukeren kvinne. Tre av ni brukere var under 20 år, én var i 30-årene, én i 40-årene, to i 50-årene, én i 60-årene og én i 70-årene. I fem av ni intervju var det pårørende som lot seg intervju, enten fordi brukeren var barn, eller fordi helsesituasjon/-funksjonsnivå tilsa det. Som del av analysen utviklet vi det vi valgte å kalle *illustrerte kasuistikker*. Her har vi brukt en kombinasjon av tekst og bilder for å illustrere hva brukeren og teammedlemmene trakk fram som viktige milepæler og gode grep.

I sluttrapporten har vi valgt å inkludere tre illustrerte kasuistikker for hhv. Ole (figur 26), Natalie (figur 27) og Bjørg (figur 28) (fiktive navn). De representerer ulike aldersgrupper, og dermed også ulike typer tjenester som inngår i teamet. [I notatet er det mer utfyllende informasjon om hver av casene.](#)

I de illustrerte kasuistikkene tar vi utgangspunkt i brukeren, vedkommende sitt sosiale nettverk og de ulike tjenestene som har vært inne i oppfølgingsteamet over tid. Disse er notert innenfor en sirkel midt i bildet, der tjenestene som møtes hyppigst er uthevet. Hver kasuistikk



er delt av en linje på midten, der det som er over linjen handler mest om bruker og/eller pårørendes erfaringer, mens det som er under linjen handler om tjenestene. Man leser fra venstre mot høyre, der vi lengst til venstre starter med brukerens møte med tjenestene. Vi har trukket ut de mest relevante poengene fra intervjuene (aktører, gode grep, barrierer, viktige milepæler eller andre elementer i oppfølgingen) og skrevet dem i bobler. Noen steder er det inkludert ordrette sitater fra brukere/pårørende eller tjenestene fra intervjuene. De tre casene viser også hvordan koordinatorene har blitt rekruttert fra forskjellige tjenester, og ulik operasjonalisering av individuell plan.

«De ringer rundt for oss. Jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten dem – de gjør hverdagen så mye enklere for oss!»

(Mor til Ole)

«Opplever at de hjelper – at ungene gjorde ting som ikke var bra på skolen – synes det var bra at de kom hjem, for nå går det bedre.»

(Natalie om at barnevernet kommer jevnlig på besøk hjemme hos dem)

«Disse damene som er hos meg, jeg klarer ikke å feste meg med navnene. Navn det går rett ut igjen med det samme. Så jeg vet ikke hva noen heter, men jeg er veldig fornøyd med dem.»

(Bjørg svarer på spørsmål om hvem som er koordinatoren hennes)

Oppfølgingsteam for barn og unge

Identifisering av hjelpebehov

Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jordmødre, fastlege, habiliteringspersonell i kommunen, personell på fødeavdelingene i sykehusene og i barnevernet, er sentrale for å melde behov for utredning for oppfølgingsteam. Disse aktørene bør kjenne til muligheten for å få oppfølgingsteam, og lett kunne finne «døra inn» til Koordinerende enhet i kommunen. Likeledes kan observasjons-kompetansen til barnehage- og skolepersonell være avgjørende for å komme tidlig inn, slik vi så i Oles tilfelle.

I en annen case dro to helsesykepleiere ut for å møte familien på lokalsykehuset da et prematurt barn som trengte operasjon rett etter fødsel ble overført fra et større sykehus. Dette ble første møte med det som da var ansvarsgruppe, og som senere ble et oppfølgingsteam.

I tilfeller der man allerede under graviditeten vet at det vil bli født et barn med potensielt store og sammensatte behov, kan oppfølgingsteamet etableres før fødsel, og da med ekstra oppmerksomhet på *også* å følge opp de pårørende i tiden etter at barnet er født.

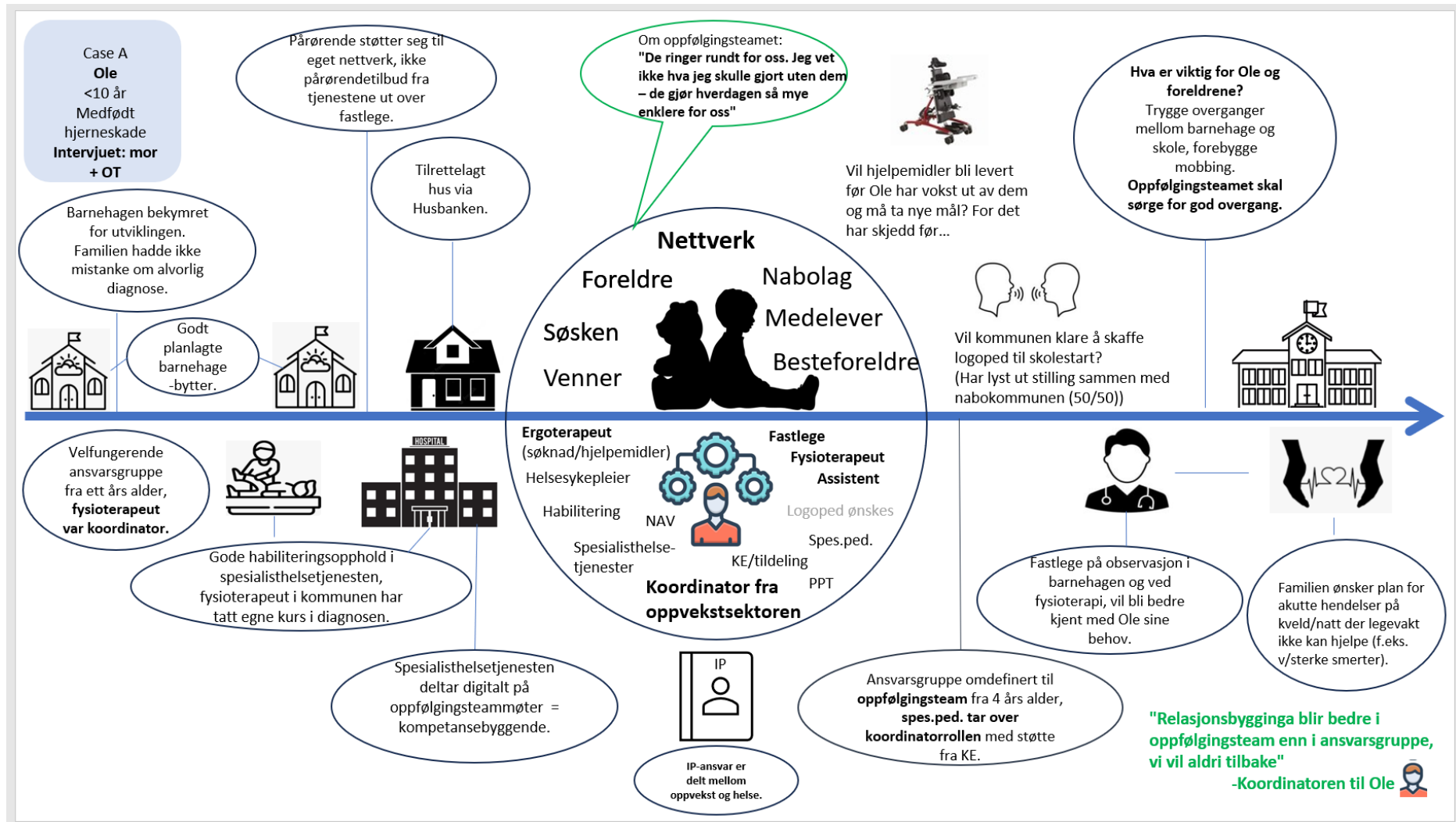
Sammensetning av teamet

Ettersom et oppfølgingsteam ikke nødvendigvis er et fast team som skal ha med de samme aktørene til enhver tid, kan det være lurt å rigge oppfølgingsteamet slik at det består av både et større lag rundt brukeren og et mindre kjerneteam som møter brukeren og hverandre oftere. Oppvekstsektoren har en naturlig plass i de fleste oppfølgingsteam for barn og unge, eventuelt også som koordinator.

Fastlegen er alltid medisinsk ansvarlig for pasientene, men flere pårørende vi intervjuet i casestudien trakk også fram trygging som en viktig fastlegefunksjon i oppfølgingsteamet. Dette gjaldt uavhengig av alder på brukerne.

Ved behov for tilrettelegging for hverdagsaktiviteter og hjelpemidler har NAV og ergoterapeut ofte en sentral rolle i oppfølgings-teamet – og en funksjon som mulig kan avlaste familien mye. I flere av casene inngikk ergoterapeut i kjerneteamet, mens NAV deltok på få oppfølgingsteam-møter i våre caser.

Hvis brukeren har kontakt med spesialisthelsetjenesten (inkl. habilitering/rehabiliterings-tjenester) over tid kan disse vurderes å ha en rolle i teamet. I casestudien var de oppfølgings-teamene som hadde lykket med å inkludere spesialisthelsetjenesten, fornøyd med en slik løsning.



Figur 26 Case Ole, barn og unge.

Støttekontakter kan spille en viktig rolle for brukernes sosiale liv. Vi fikk ikke eksempler på at støttekontakter deltok i møter i oppfølgings-teamet, men i arbeidet med sosiale mål i en individuell plan kan det tenkes at det er et godt grep å involvere støttekontakter i arbeidet.

Koordinatorrollen og individuell plan

Casene for barn og unge viste at det finnes flere måter å løse koordinatorkrutningen på, og at det også går an å få til gode koordinatorbytter underveis, slik at koordinator er noen som er nær brukeren i sin arbeidshverdag.

I Oles tilfelle overtok en spesialpedagog koordinatoransvaret da ansvarsgruppen ble endret til oppfølgingsteam, men delte på ansvaret om utvikling av individuell plan med helsepersonell i teamet, og fikk ekstra støtte fra Koordinerende enhet i oppstarten. Koordinatoren uttaler at hun aldri vil tilbake til de store, faste, møtene i ansvarsgruppene.

Oles foreldre deltok aktivt i oppdateringen av mål og tiltak i individuell plan. Denne hadde frister for måloppnåelse og ble jevnlig evaluert. Møtereferat ble lagt ved for hvert møte, slik at planen ble oppdatert kontinuerlig.

Vi fikk også eksempel på at barn hadde en velfungerende individuell opplæringsplan (IOP) knyttet til spesialundervisning i skolen, og at foreldrene ikke så behov for en individuell plan i tillegg. Det kan generelt være grunn til å undersøke om de to typene plan kan ses i sammenheng i tilfeller der det foreligger, eller skal utvikles, en IOP og/eller individuell plan for barn og unge.

Oppfølgingsteam-møtene og praktisk teamarbeid

Møtene i oppfølgingsteamene er en sentral samarbeidsarena for brukeren og tjenestene, og det er derfor viktig med god forberedelse og møteledelse på en måte som ivaretar bruker- og pårørendemedvirkning. Oppfølgingsteamets dynamiske sammensetning, der ikke alle teammedlemmer alltid trenger å være med på alle møtene, kan også utfordre «team-følelsen». Ved oppstart kan det være lurt å diskutere møtehyppighet, om noen av møtene skal inkludere

alle aktører og være «faste» (f.eks. to ganger per år), samt måter å holde resten av teamet informert om status på.

Overganger i barnehage- og skoleløpet kan planlegges i tett samarbeid mellom bruker og pårørende og oppfølgingsteamet. I Oles tilfelle ble vellykket planlegging og gjennomføring av overgangen mellom to barnehager trukket fram som eksempel på godt oppfølgingsteam-arbeid, og familien ønsker at det jobbes på samme måte når Ole skal begynne på skolen.

I ett av casene der det var langt til nærmeste sykehus, ønsket de pårørende at de sammen med oppfølgingsteamet la en plan for akutte hendelser hvis barnet blir alvorlig sykt. *Trygging* av familien framsto som viktig i alle casene våre med barn og unge, og hva som er viktig for at familien skal føle seg trygg er et viktig spørsmål i oppfølgingsteam-arbeidet.

Det verdsettes stort av brukere og pårørende at koordinator, ev. teammedlemmer, tar ekstra utdanning/kurs i brukerens diagnose og bruker kunnskapen til kompetanseheving av hele teamet. I Oles tilfelle dro også fastlege ut på observasjon i barnehagen for å øke sin forståelse av utfordringsbildet til pasienten. I et annet case ble det tatt initiativ til at hele klassen fikk opplæring i tegn-til-tale, noe som ble et verktøy for inkludering av barnet.

Gevinster av oppfølgingsteam-arbeidet

Under har vi listet noen av gevinstene ved velfungerende oppfølgingsteam, med utgangspunkt i casene med barn og unge:

- Økt brukerfokus- og involvering, der samhandlingen i teamet planlegges ut ifra hva som er viktig for brukeren.
- Færre deltakere i møtene styrker brukerfokuset.
- Tettere og bedre samarbeid mellom koordinator og brukere/pårørende, og koordinator og teamet.
- Fastlegens rolle mer avklart, bedre ressursutnyttelse.
- Tryggere brukere og pårørende, et kvalitativt bedre tilbud.

- Tilbud i helse og oppvekst ses i sammenheng.
- Bedre kontinuitet og overganger mellom helse- og velferdstjenester (inkl. barnehage/skole).

Oppfølgingsteam for voksne brukere

Identifisering av hjelpebehov

Fastlegen er sentral i å avdekke behov og henvise pasientene til vurdering for oppfølgingsteam i alle aldersgrupper, og kanskje særlig for voksne og eldre brukergrupper. Vi så eksempler på at fastlegen spilte rollen både som medisinsk ansvarlig, trygghetskaper og fast samtalepartner for pasientene sine i flere av oppfølgingsteam-casene med voksne brukere. Også ansatte i rehabiliteringstjenester, kognitive team, psykisk helse- og rusarbeid og flyktningetjenesten spiller en viktig rolle for identifisering av voksne brukere som kan ha behov for oppfølgingsteam.

Sammensetning av teamet

I de casene støttekontakt er nevnt, beskrives denne tjenesten som veldig verdifull. I vår casestudie fikk vi likevel ikke eksempler på at støttekontakt ble invitert med i oppfølgingsteam-møter, eller annen samhandling med tjenestene.

Fysioterapeuter er gjerne medlem av flere oppfølgingsteam i samme kommune, og flere av våre caser hadde (hatt) fysioterapeut som koordinator. For Natalie, innvandrere med et begrenset nettverk og store helseproblemer, virket fysioterapitimene å ha større verdi enn bare fysioterapien og treningen som sådan. Selv om hun var skeptisk til å bevege seg med smerter i starten, har de faste fysioterapitimene blitt noe hun gledet seg til, og gjennomførte selv på dager der fysioterapeuten ikke var til stede (egentrening). Koordinatoren trakk fram at Natalie fikk viktig sosialisering og språktrening hos fysioterapeuten.

NAV er en aktør som mange voksne med store og sammensatte behov forholder seg til, og som kan inngå i oppfølgingsteamet hvis bruker ønsker det. I casestudien var dette aktuelt i forbindelse med hjelpemidler/arbeidsavklaring/uføreprosesser og gjeldsproblematikk. Vi så også eksempel på at

bruker ikke ønsket NAV med på møter med andre aktører (av personvern hensyn), men at møtene med NAV ble tatt mellom bruker, koordinator og NAV.

Koordinatorrollen og individuell plan

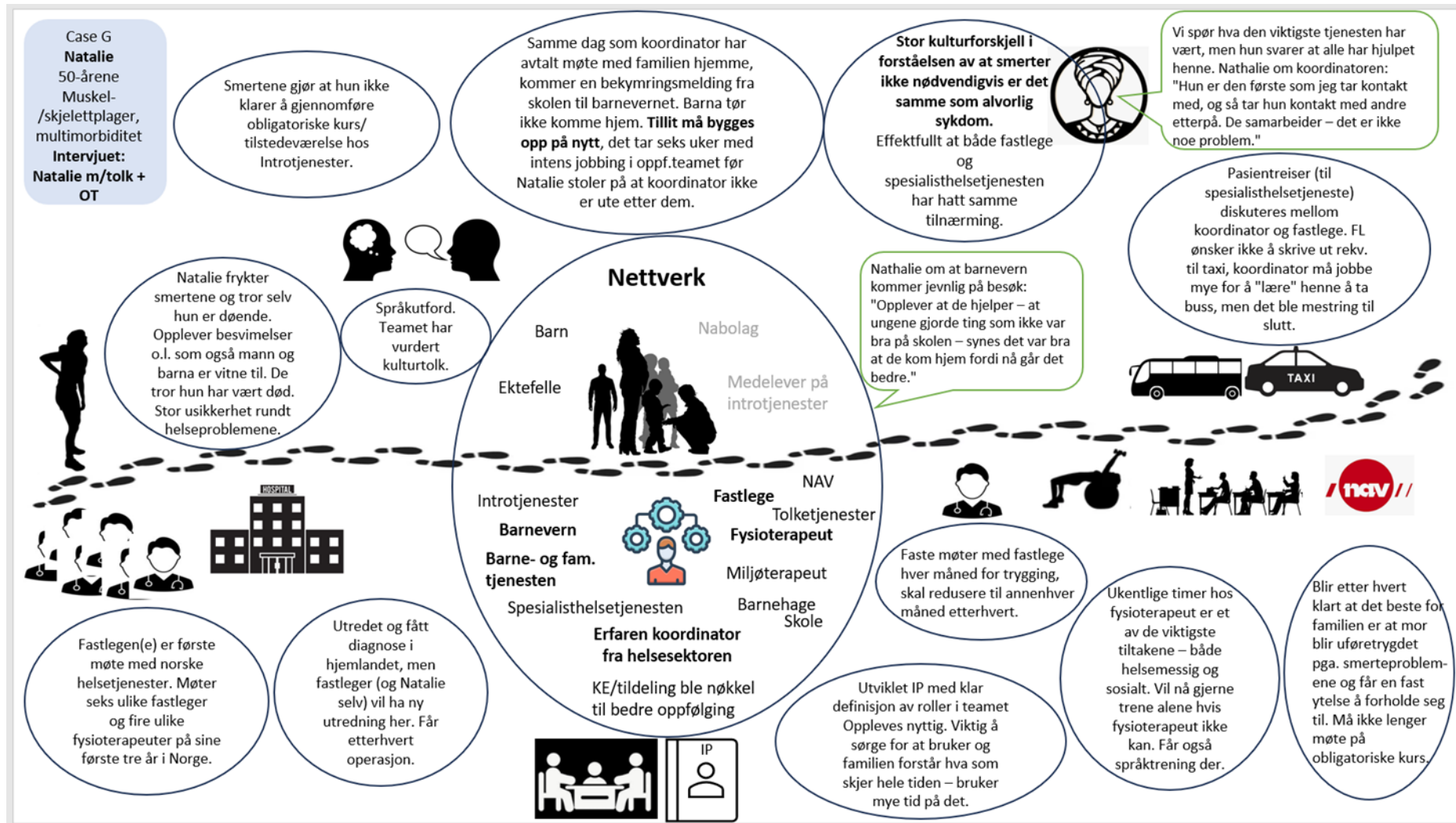
Høy turnover hos fastlegene i kommunen gjør både tidlig identifisering og oppfølging sårbar. Vår case «Natalie» hadde seks ulike fastleger og fire fysioterapeuter på tre år i kommunen. I denne casen var det i tillegg språkbarrierer (tolke-behov), store kulturforskjeller i sykdomsforståelse og behov for oppfølging av barna fra barne- og familietjeneste og barnevern, og man sto overfor en svært kompleks case. Her ble det viktigste grepet å koble på en erfaren koordinator som dannet et oppfølgingsteam og sørget for å gå fram med små steg av gangen slik at alle, inkludert Natalie og familien, forsto hvor i løypa man var.

En enhetlig kommunikasjon om resultater i utredningen fra fastlege og spesialisthelsetjeneste ble også trukket fram som viktig for at man til slutt klarte å stabilisere en kaotisk situasjon.

Erfaringene fra casestudien (og øvrig datamateriale) tilsier at bruken av individuell plan virker for tilfeldig, og oppfølgingsteamene kan med fordel jobbe med hvordan individuell plan «selges inn» til brukerne. På sitt beste fungerer individuell plan som et godt verktøy for teamet som styrer mot et felles mål for brukeren, og da handler det gjerne om at koordinator har «knekt koden» for hvordan individuell plan kan operasjonaliseres.

Oppfølgingsteam-møtene og praktisk samarbeid

Vi så flere eksempler på at oppfølgingsteam-møter med færre aktører involvert, styrket brukerstemmen. Noen koordinatore brukte dette som et aktivt grep for å fremme bruker-medvirkning hos brukere med sosial angst, eller som av andre grunner ikke tok ordet i møtet med tjenestene.



Figur 27 Case Natalie, voksne.

En av casene hadde hatt ansvarsgruppe i mange år, som ble omgjort til oppfølgingsteam. Her ble det fortsatt praktisert ett «stormøte» per halvår, med flere behovsstyrte, mindre møter underveis. Mobilitet (tilgang til bil/buss/ mulighet for reising) og digital kommunikasjon (telefon- og kamerafunksjoner, e-meldinger mellom bruker-fastlege og bruker-hjemmetjeneste) var faktorer som ble trukket fram som viktige i flere av case-intervjuene.

Ved oppfølgingsbehov etter ulykker eller nyoppstått alvorlig sykdom, kan oppfølgings-teamet spille en rolle i å sørge for at eventuelle barn som pårørende ivaretas av tjenesteapparatet. I en av casene vi intervjuet var familien misfornøyd med ivaretagelsen av barna, og mente at tjenestene lot det være for mye opp til barna å velge om de ville ta imot hjelp, og dermed fikk to av tre barn svært lite oppfølging (selv om mor vurderte at det var behov for det).

Gevinster av oppfølgingsteamarbeidet

- Økt brukerfokus og brukermedvirkning med «Hva er viktig for deg?» som viktigste spørsmål. Mer tid til å lytte ut svaret i mindre samarbeidsmøter i oppfølgingsteamet.
- Noen av brukerne hadde svært mange involverte tjenester – koordinator opplevde bedre ressursutnyttelse ved å benytte seg av dynamikken i oppfølgingsteamet.
- Erfarne koordinatore som styrer teamet på en god måte, får bygget tillit mellom bruker og tjenesteapparat som gjør jobben framover enklere.
- Koordinatorer mente at godt oppfølgings-teamarbeid kunne spare brukeren for spesialisthelsetjenestebruk på sikt.
- Vi så flere eksempler på at oppfølgingen hadde synergieffekter for brukerne i form av gode relasjoner, trim (også på vei til og fra avtaler/timer), sosial trening og språktrening.

Oppfølgingsteam for de eldste brukerne

Identifisering av hjelpebehov

Det fantes få oppfølgingsteam for personer over 70 år i de fleste pilotkommunene etter fem år med pilot. Dette til tross for at disse kan ha

mange tjenester å forholde seg til samtidig. Fastlege, spesialisthelsetjeneste (f.eks. etter akutte innleggelse), hjemmetjenester og rehabiliteringstjenester har viktige roller for identifisering og kartlegging av hjelpebehov.

Sammensetning av teamet

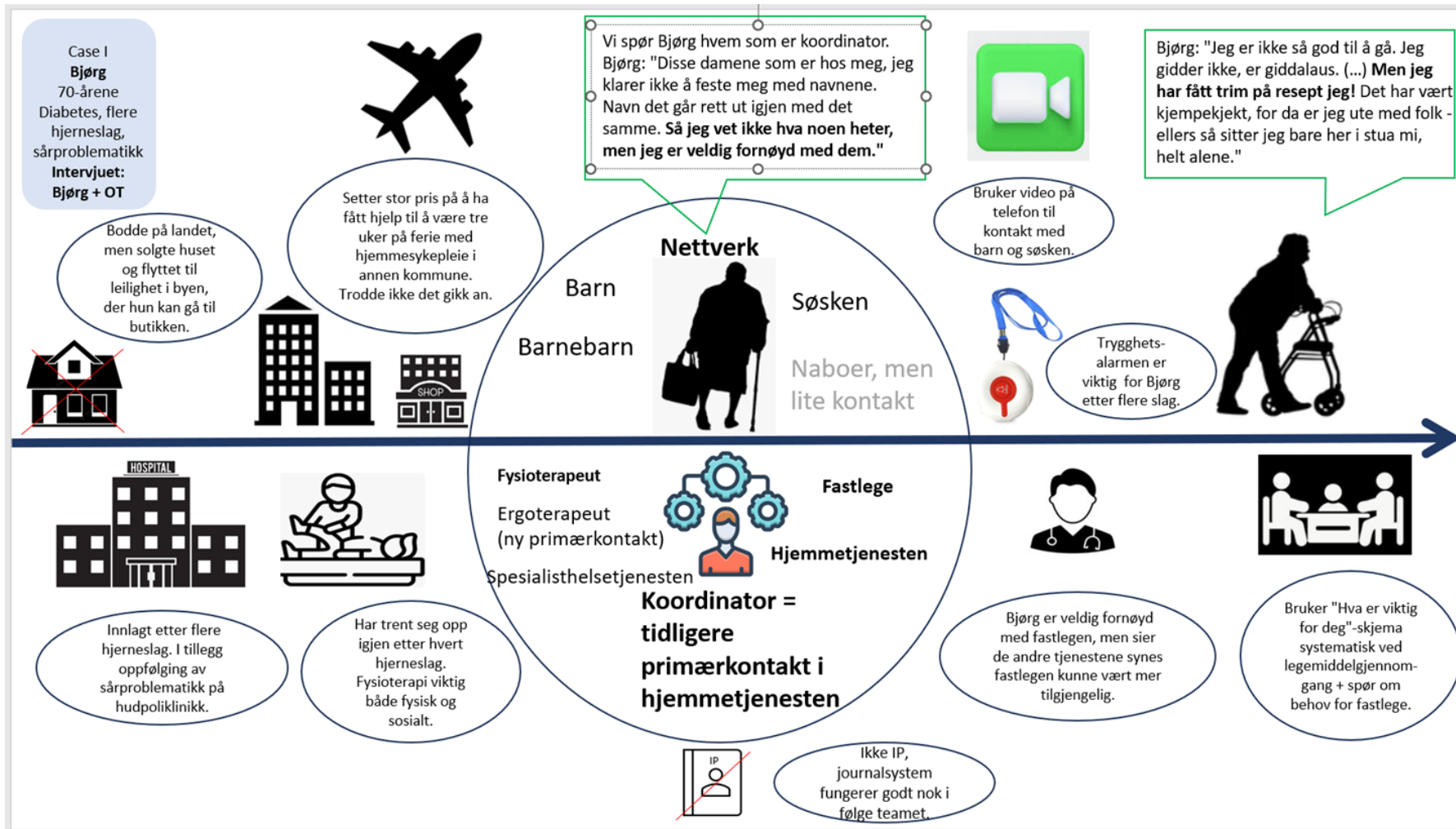
De to eldste brukerne i vår casestudie var i 60- og 70-årene. For Hans, med kognitiv svikt og flere somatiske diagnoser, ble det på kort tid koblet på både fastlege, hukommelsesteam, hjemmesykepleie, økonomisk verge og det ble gitt flere vellykkede rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Her var også pårørende svært tett på, og forklarte hvordan man gikk fra få til hyppigere møter i oppfølgingsteamet etter pårørendes eget ønske.

For eldre med hjemmetjenester opplevde som regel fastlegene tett og god kontakt med hjemmetjenesten, noe som gjorde at det fra fastlegens side ikke nødvendigvis ble ansett som behov for noe ytterligere koordinering. Dette kan være en hemmer for å få etablert oppfølgings-team til eldre.

Koordinatorrollen og individuell plan

Det virker som få av de eldste brukerne har individuell plan og/eller koordinator, selv om mange av dem mottar flere tjenester på lik linje med yngre pasienter, og at dette er en rettighet uavhengig av alder. Hvis brukeren har hjemmetjenester var det gjerne primærkontakt som fungerte som koordinator, dette så vi flere eksempler på i evalueringen.

Vi fikk ingen gode eksempler på bruk av individuell plan for eldre, og dette er nok et område flere kommuner kan bli bedre på. I casen med Bjørg har det ikke blitt definert et behov for individuell plan, men koordinatoren mente journalsystemet fungerte godt nok til å ha oversikt i saken.



Figur 28 Case Bjørg, eldre.

Oppfølgingsteam møtene og praktisk teamarbeid

Hos Hans (mann 60+) fikk vi et godt eksempel på hvordan pårørende og oppfølgingsteamet samarbeidet og koordinerte seg for å drive samstemt formidling om begrensning av bilkjøring.

Bjørg var særlig fornøyd med at koordinator (som tidligere var hennes primærkontakt i hjemmetjenesten) hadde hjulpet henne med å ordne hjemmetjenester for tre uker i en annen kommune, slik at hun kunne reise på sommerferie å besøke familie.

Bjørg hadde trent seg opp etter flere hjerneslag, og gikk ukentlig til fysioterapeut på intervjutidspunktet. Hun fortalte at fysioterapien var viktig for henne både fysisk og sosialt. Hun omtaler det som å ha fått "trim på resept" – og uttalte at "det har vært kjempekjekt, for da er jeg ute med folk – ellers så sitter jeg bare her i stua mi, helt alene".

For Bjørg ble «Hva er viktig for deg?» (PSFS)-skjema brukt systematisk ved hver (faste) legemiddelgjennomgang, og det ble samtidig vurdert behov for fastlegeinvolvering. Å bruke legemiddelgjennomgangen til å hekte på andre elementer i oppfølgingen som bør gjentas systematisk, var et godt grep som ble brukt med hell i en av pilotkommunene.

Gvinster av oppfølgingsteamarbeidet

- Piloten medførte økt fokus i disse kommunene på at også eldre er en målgruppe som har rett til, og kan ha behov for, koordinator, individuell plan og oppfølgingsteam. Selv om det har tatt tid å finne formen på dette, vil implementering av veilederen kunne bety bedre og mer koordinert oppfølging av de eldste brukerne.
- Som for voksne så vi at oppfølgingen hadde synergieffekter for de eldre brukerne i form av gode relasjoner, trim (også på vei til og fra avtaler/timer), og stimulering av sosiale behov.
- Bruk av legemiddelgjennomgang (som mange eldre vil ha behov for) som "knagg" å hekte

andre oppfølgingsordninger på, sørget for systematikk i oppfølgingen.

Dynamikkens paradoks

I casestudien viste det seg utfordrende å finne et felles tidspunkt for at flest mulig oppfølgings-teammedlemmer kunne intervjues i fokusgruppe. Dette er også en kjent utfordring for koordinatorene når samarbeidsmøter skal avholdes med mange deltakere, og kan i seg selv være et argument for mer dynamiske team, der ikke alle må være med på alle møter – alltid. I vår case-rekruttering kunne det f.eks. vært lenge siden ergoterapeuten eller logopeden hadde vært i møte med teamet, og koordinator opplevde dem som mindre relevante å spørre. Den dynamiske arbeidsmåten kan i seg selv bidra til at det blir uklart hvem som inngår i teamet til enhver tid – også for brukere og pårørende. Dette innebærer et ansvar for både koordinator og teamdeltakere om å ha et relevant aktørkart klart for seg når behovsvurderinger av involvering gjøres i oppfølgingsteamarbeidet (se eksempel på bruk av aktørkart i kapittel 5).

Det dynamiske elementet kan bety mindre "team-følelse"- både for bruker og teamdeltakere, og dermed et vanskeligere utgangspunkt for å nyttiggjøre seg en teameffekt. I så fall må verdien av team-følelse veies opp mot fordelene ved et mer dynamisk team. Basert på erfaringene fra teamene i case-studien kan et godt grep være å ha ett til to litt større møter i året, der det store laget rundt brukeren treffes, mens det gjennomføres mindre samarbeidsmøter mellom brukeren og utvalgte teammedlemmer og koordinator underveis. Dette er også omtalt i veilederen som møteprinsippet "så få som mulig, og så mange som nødvendig".

Hvorfor og hvordan oppfølgingsteamarbeid?

Fra forskningslitteraturen vet vi at det er viktig at teamet har en omforent forståelse av hvorfor teaminnsats er påkrevd, og hva det er som skal oppnås. Det er *teamets* resultat, og ikke bare det enkelte teammedlems innsats, som avgjør om det felles målet om å hjelpe brukeren nås. Individenes evne til å samarbeide med, og

tilpasse seg og sitt arbeid til brukerens behov og de øvrige teammedlemmene, er en egen kompetanse som er viktig i teamarbeid. Rolle- og ansvarsfordeling innad i teamet på et tidlig tidspunkt er viktig for å se hva som eventuelt mangler av kompetanse. Det vil være behov for en kontinuerlig vurdering av om de riktige aktørene er representert i teamet, og her har koordinatoren et lederansvar.

Selv om det i liten grad kom fram i intervjuene, vet vi fra forskningslitteraturen at teammedlemmer kan ha ulike meninger om hvordan målet skal nås, noe som kan gi grobunn for konflikt. Det som kjennetegner gode team er at de klarer å lytte til hverandre, være nysgjerrige på de andres perspektiver, og utnytter forskjelligheten mellom teammedlemmene til noe bra. Å anerkjenne hverandres kompetanse var også noe nær 70 prosent av respondentene på vår spørreundersøkelse blant ansatte (2023)

mente var blant de aller viktigste suksessfaktorene i team som fungerer godt.

Etter å ha intervjuet flere oppfølgingsteam i casestudien er inntrykket at det i liten grad reflekteres over *hvordan* man skal jobbe for å oppnå synergieffekter av teamarbeidet. Dette tyder på at det kan være noe å hente på å styrke de ansattes kompetanse på samhandling og teamarbeid som sådan. Dette harmonerer også med at nesten halvparten av koordinatorene som deltok i spørreundersøkelsen mente de trengte mer opplæring og kompetanse i tverrfaglig samarbeid.

«Relasjonsbygginga blir bedre i oppfølgings-team enn i ansvarsgruppe, vi vil aldri tilbake.»
(Oles koordinator)

9 Resultater, effekter og gevinster

Som vist i tidligere kapitler er kommunene kommet langt i implementering av strukturelle tiltak i piloten. Kommunene har også arbeidet systematisk med å etablere oppfølgingsteam som arbeidsform, å styrke koordinatorrollen og å styrke brukermedvirkningen. Vi har også sett at kommunene ikke er kommet i mål, og at det er forskjeller både innad og mellom kommuner. I dette kapitlet ser vi nærmere på oppnådde resultater når det gjelder å få etablert oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen. Resultatene er i stor grad basert på ansatt-surveyen fra 2023. Vi har undersøkt vurderinger av endringer i egen arbeidsform, vurderinger av nåsituasjon, endringer i kommunens arbeid med oppfølging av målgruppen, og i hvilken grad oppfølgingsteam har gjennomslag i organisasjonen i form av tilslutning og aksept av arbeidsformen.

Vanskelig å måle effekter og gevinster

Vi har søkt å fange opp effekter på brukernivå via kvalitative data fra brukerstudier. Det har ikke vært mulig å spore klare virkninger av piloten i disse dataene. Dette kan ha ulike forklaringer. Det er en gjennomgående utfordring i evaluering av effekter at tverrfaglig oppfølging med bruk av koordinator og individuell plan ikke er noe nytt, men har vært lovregulert over flere tiår. Typisk har dette blitt kalt ansvarsgrupper. Kommunene har hatt ulik tilnærming til innfasing av oppfølgingsteam. Noen startet med å jobbe både med de gamle ansvarsgruppene og utvidelse av målgruppen, andre ville jobbe med å få på plass nye systemer og rutiner og ventet med å oppstart av oppfølgingsteam.

Samtidig jobbet mange ansvarsgrupper trolig allerede etter samme arbeidsmetodikk som i oppfølgingsteam. Dette har gjort det vanskelig, også for kommunene selv, å identifisere brukere som har fått «oppfølgingsteam», i den forstand at arbeidsmåten i oppfølgingen er i tråd med prinsippene i oppfølgingsteam som arbeidsmåte slik det beskrives i veilederen. Når brukere er blitt rekruttert til intervju og spørreundersøkelse er det gjort med utgangspunkt i slike

koordineringsordninger eller om de er i målgruppen.

Som nevnt i kapittel 3 var planen at vi skulle måle effekter på bruker og kommunenivå med bruk av registerdata. Dette viste seg vanskelig å få til på grunn av mangelfulle data, og vi har derfor ikke kvantitative analyser som belyser effekter. Dette vanskeliggjør også kvantitative analyser av gevinster. Kommunene skulle etter planen arbeide systematisk med gevinstrealisering. Dette viste seg krevende å gjennomføre, så vi har heller ikke data på oppnådde gevinster fra kommunene.

Vi belyser her mulige effekter og gevinster ut fra kvalitative data fra intervju med brukere og pårørende, ansatte, fastleger, kommune-overleger, ledere og prosjektledere. Til slutt i kapitlet ser vi på gjenstående utfordringer slik det har fremkommet i vårt innsamlede materiale fra pilotens siste år.

9.1 Endring i arbeidsmåte

Åtte av ti koordinatorene, teamdeltakere og ledere som av og til eller ofte jobber med målgruppen, svarte i spørreundersøkelsen i 2023 at de i noen eller stor grad har endret måten de jobber med oppfølging av målgruppen på. I underkant av 30 prosent svarte at de i stor grad har endret arbeidsmåten.

Faktorer som bidrar til forskjell i vurderinger

Mens det ikke er store forskjeller i andelen som i liten grad har endret arbeidsmåte mellom de tre gruppene, varierer andelen som svarer at de i stor grad har endret arbeidsmåte. Andelen er mer enn dobbel så stor blant ledere som teamdeltakere, med koordinatorene i mellomposisjon. Når vi undersøker ulike faktorer og prøver å kontrollere for at de samvarierer, finner vi at desto bedre kjent respondenten er med oppfølgingsteam som arbeidsmåte, i desto større grad vurderes arbeidsmåten å være endret. Vi finner også forskjeller mellom kommunene.

Hvordan er arbeidsmåten endret?

«Fokus på hva som er viktig for brukerne.»

«Større fokus på brukermedvirkning. Større bevissthet rundt hvem som skal/må/bør være med i oppfølgingsteamet ... (og) ... i møtene.»

«Brukerens behov har et større fokus enn før. Det tverrfaglige samarbeidet er blitt bedre, vi har mer respekt og forståelse for hverandre.»

«Tydeligere ansvarsområder for koordinator. Lettere å oppnå dialog mellom tjenester. Økt kunnskap om IP og koordinatorrolla.»

«Mer tverrfaglig samarbeid. Flere tjenester tar ansvar for koordinering.»

«Bedre struktur på samarbeidsmøter - bedre ansvarsfordeling - flinkere å sette av tid til nytt møte på det møtet ein allereie er i.»

«Bedre struktur på samhandlinga. Tydelegare roller.»

«Ikke så store møter, men kun de som trengs. Møter etter behov. Pasienten mer i fokus.»

«Færre møter bare for å ha møter.»

«Meir struktur på møter, avtaler no. Lettare å samle parter. Bedre bruk av samspill»

«Støtte frå koordinerande eining. Bruk av Samspill.»

«Bedre opplæring om regelverk for mange ulike helsearbeidere. Tydeleg struktur og auka kapasitet og kompetanse i koordinerande eining. Tydelegare innhald i rolla som koordinator/primærkontakt. Forenkling av malar for individuell plan og auka bruk av digital individuell plan»

«Mer avklart struktur, bedre ansvarsfordeling innad i teamet, økt fordeling av koordinatoransvar og bedre rutiner.»

«Det er mer systematikk rundt oppnevning av koordinator/IP og oppfølging.»

«Det er i heile kommunen blitt ein betre felles forståelse for og lik måte å arbeide på.»

Respondentene kunne gi en kvalitativ beskrivelse av de viktigste endringene (se noen utvalgte i

boksen). Dette dreide seg i stor grad om bedre, mer koordinert oppfølging av brukerne, bruk av oppfølgingsteam, økt fokus på brukers behov og involvering av bruker, mer tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom ulike instanser, mer dynamisk organisering av teamarbeidet, bedre avklaring av roller og ansvar, at de er blitt koordinatorene, bruk av digitale samhandlingsplattformer, og om endringer som er mer systemrelaterte som for eksempel endringer knyttet til koordinerende enhet.

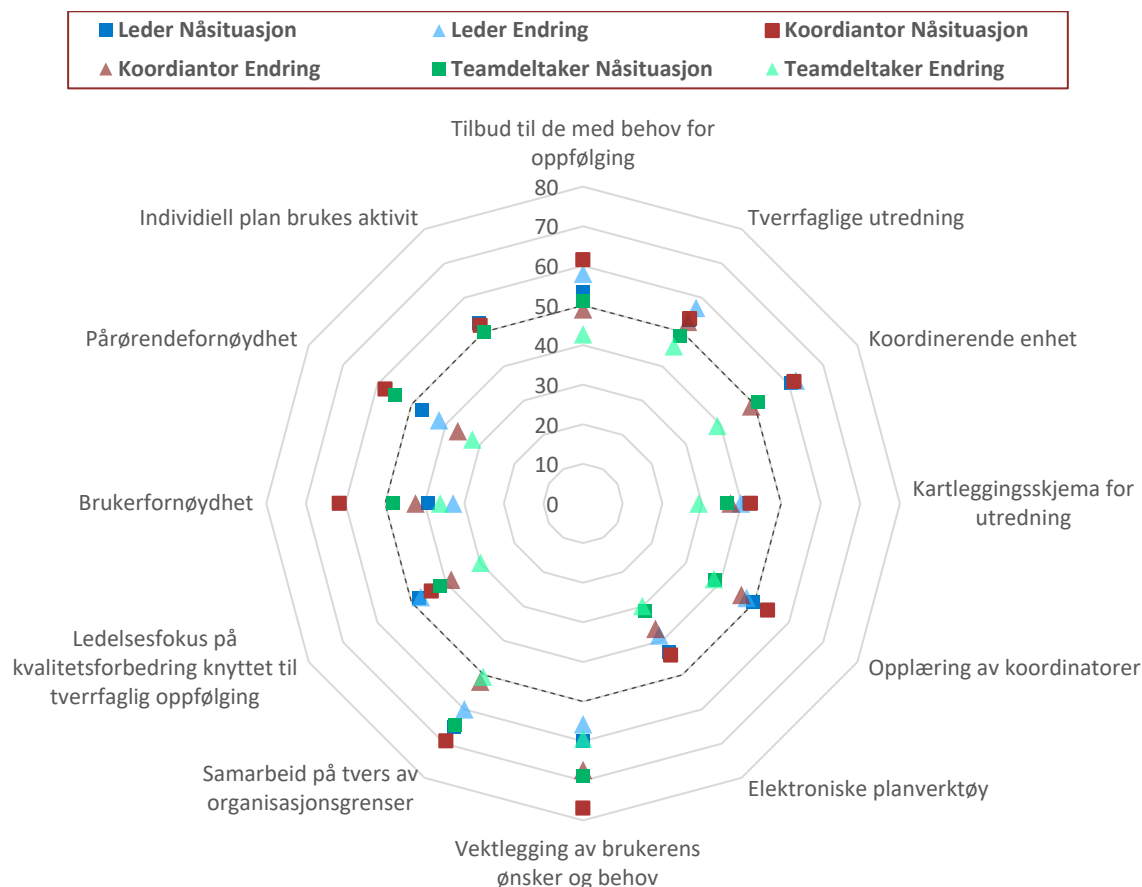
9.2 Endringer og nåsituasjon på kommunenivå

Ledere, koordinatorene og teamdeltakere ble bedt om å angi graden av enighet i en rekke påstander om nåsituasjonene, og om endringer de siste årene i kommunes arbeid med brukere med store og sammensatte behov. Generelt vurderer koordinatorene nåsituasjonen bedre enn ledere og teamdeltakerne for de fleste påstandene (figur 29). Koordinatorene og teamdeltakere er lik med hensyn til rangering på hvilke områder de synes fungerer godt (korrelasjon på 0.91 (korrelasjon på 1.0 betyr ingen forskjell)). Korrelasjonen mellom ledere og koordinatorene er 0.67.

Brukers ønsker og behov vektlegges, og samarbeid på tvers fungerer godt

Et flertall blant alle tre gruppene er enig i at «Brukerens egne ønsker og behov blir i stor grad vektlagt» (60-77 prosent) og at «Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser fungerer godt» (65-69 prosent). Det er også et flertall i alle tre gruppene som vurderer at det har skjedd en bedring på disse områdene siste tre år.

Et flertall i alle tre gruppene er også enig i at «De fleste innbyggere som har behov for individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam får tilbud om det» (51-62 prosent), «Koordinerende enhet fungerer godt» (51-62 prosent) og «Individuell plan brukes aktivt i oppfølgingen» (50-53 prosent). Koordinatorene og teamledere er i mindre grad enn ledere enig i at det har skjedd endringer på disse områdene siste tre år.



Figur 29 Andel av respondentene i hver gruppe som er helt eller delvis enig i påstandene om nåsituasjon og endring siste tre år i kommunens arbeid med målgruppen. Koordinatorer (n=52), teamdeltakere (n=61-62) og ledere (n=129-131). Desto lenger ut i figuren, desto flere er enige i påstanden, stiplet linje angir 50 prosent.

Minst positiv til verktøy og ledelsesfokus

Tre områder skiller seg ut i negativ retning. Et flertall både blant ledere, koordinatorene og teamdeltakere var ikke enig i at «Kartleggings skjema for utredning fungerer godt», «Elektroniske planverktøy fungerer godt» og «Det er stort ledelsesfokus på kvalitetsforbedring knyttet til tverrfaglig oppfølging». Det er også kun et mindretall som er enig i at det har skjedd endring til det bedre på disse områdene.

Mange som er hverken enig eller uenig

Det er en relativ stor andel i alle tre gruppene som hverken er enig eller uenig i påstandene. For nåsituasjon varierer andelen fra 29 til 58 prosent blant ledere, fra 23 og 50 blant koordinatorene og fra 27 til 51 blant teamdeltakere. Det reflekterer trolig at de ikke har nok kjennskap til hvordan situasjonen er rundt i kommunen til å ta stilling.

Nåsituasjon versus endring

Det er liten forskjell på hvordan lederne vurderer nåsituasjon og endring de siste årene. Blant koordinatorene og teamdeltakere er det på noen områder flere som er enig i at nåsituasjonen er god, enn som vurderer at det har skjedd endring de siste tre årene. Dette gjelder blant annet påstandene om samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene, om hvordan koordinerende enhet fungerer, og i hvilken grad pårørende og brukere er fornøyd med oppfølgingen.

Faktorer som bidrar til forskjell i vurderinger

Når vi undersøker ulike faktorer og prøver å kontrollere for at de samvarierer, finner vi at koordinatorene og teamdeltakere i mindre grad enn ledere er enige i at koordinerende enhet fungerer godt, at opplæring av koordinatorene

fungerer godt og at det er stort lederfokus på å få til kvalitetsforbedring knyttet til tverrfaglig oppfølging. Koordinatorer og teamdeltakere er også i mindre grad enig i at det har skjedd endringer de siste tre årene på flere områder.

Respondenter fra helse- og omsorgstjenester er oftere enn respondenter fra andre tjenesteområder enige i at de fleste innbyggerne som har behov for individuell plan/koordinator/oppfølgingsteam får tilbud om det, at kartleggingsskjema for utredning fungerer godt, og at det er stort lederfokus på å få til kvalitetsforbedring knyttet til tverrfaglig oppfølging. De er også oftere enige i at opplæring av koordinatorer fungerer godt, at brukernes ønsker og behov vektlegges, og at det har vært bedring på disse områdene de siste tre årene.

De som svarer at de er noe kjent eller godt kjent med oppfølgingsteam som arbeidsform er oftere enig i de fleste påstandene, både om endring og nåsituasjon.

Det er også forskjeller mellom kommunene. Respondenter fra Suldal og Kinn er signifikant oftere enige i åtte av 12 påstander om nåsituasjon (men ikke nødvendigvis de samme) enn respondenter fra Senja. Sammenlignet med de øvrige pilotkommunene er respondenter fra Senja i signifikant grad mindre enig i at det er stort lederfokus på å få til kvalitetsforbedring knyttet til tverrfaglig oppfølging, og at koordinerende enhet fungerer godt. Respondentene fra Senja er også i mindre grad enig i at det har skjedd endringer de siste tre årene sammenlignet med Bø (11 av 15 påstander), Kinn (11 av 15 påstander) og Suldal (fem av 15 påstander).

Det har betydning for svarene på noen av påstandene om respondenten jobber med målgruppen eller ikke, som trolig reflekterer at de som ikke jobber med målgruppen i mindre grad har kunnskap om og kan ta stilling til påstandene.

Resultatene tyder altså på at vurdering av endring og nåsituasjon varierer etter hvilken rolle

man har, tjenesteområde en representerer, om man jobber med målgruppen, hvor godt kjent man er med oppfølgingsteam som arbeidsmåte og hvilken kommune man er fra. I tråd med våre inntrykk fra de kvalitative dataene, reflekterer dette trolig at implementeringen av oppfølgings-team ikke har kommet like langt overalt, både innad i og mellom kommuner.

9.3 Gjennomslag i kommunene

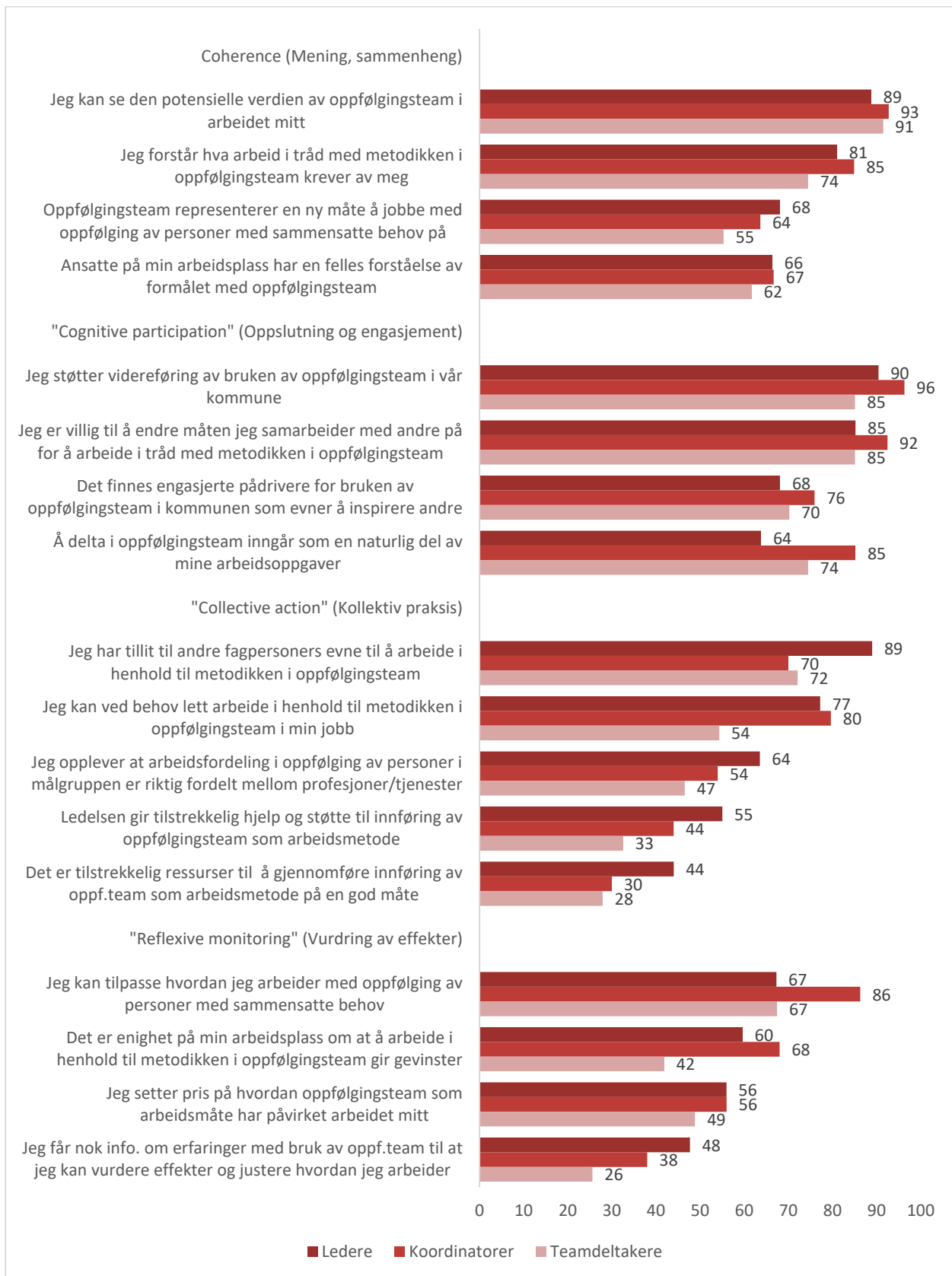
Deltakerne som svarte at de er godt eller noe kjent med piloten eller oppfølgingsteam som arbeidsmåte fikk en rekke spørsmål som belyser pilotens gjennomslag i organisasjonen. Spørsmålene er basert på [Normalization Process Theory](#) (NPT), en implementeringsteori som beskriver mekanismer som motiverer og former implementeringsprosesser. [Teorien identifiserer fire mekanismer som påvirker implementering av en ny praksis](#): «coherence» eller mening/sammenheng, «cognitive participation» eller oppslutning/engasjement, «collective action» eller kollektiv praksis og «reflexive monitoring» eller vurdering av effekter. Vi har inkludert flere påstander som representerer hvert av områdene.

Mening/sammenheng

Det er et klart flertall blant ledere, koordinatorer og teamdeltakere som var helt eller delvis enig i alle påstandene som omhandler «coherence» eller mening/sammenheng. Det vil si at de ser verdien av oppfølgingsteam i sitt arbeid (89-93 prosent), forstår arbeidsmetodikken (74-85 prosent), anerkjenner at oppfølgingsteam representerer en ny måte å jobbe på (55-68 prosent), og at ansatte på arbeidsplassen har en felles forståelse av formålet med oppfølgings-team (62-67 prosent) (figur 30).

Oppslutning/engasjement

Et klart flertall er også helt eller delvis enig i påstandene som omhandler "cognitive participation" eller oppslutning/engasjement. Så å si alle støtter videreføring av bruken av oppfølgingsteam i kommunen (85-96 prosent). Det samme gjelder å være villig til å endre måten å samarbeide med andre på for å arbeide i tråd med metodikken i oppfølgingsteam (85-92



Figur 30 Prosentandel som er helt eller delvis enig i *Normalization Process Theory's* påstander. Koordinatorer (n=50-55), teamdeltakere 43-47 og ledere (n=107-116). De som har svart «vet ikke» er inkludert.



prosent). Flertallet er også enig i at å delta i oppfølgingsteam inngår som en naturlig del av arbeidsoppgavene (64-85 prosent), og at det finnes engasjerte pådrivere i kommunen (68-76 prosent).

Kollektiv praksis

Det er større spredning i svarene for påstander som omhandler "collective action" eller kollektiv praksis. Flest er enig i at de har tillitt til andre fagpersoners evne til å arbeide i henhold til metodikken (70-89 prosent), at de ved behov kan arbeide i henhold til metodikken i oppfølgingsteam (54-80 prosent), og at de opplever at arbeidsfordelingen mellom profesjoner/tjenester er riktig (47-64 prosent). Det er minst oppslutning om at det er tilstrekkelig lederstøtte (33-55 prosent) og ressurser til rådighet (28-44 prosent) for å kunne gjennomføre innføring av oppfølgingsteam som arbeidsmåte på en god måte.

Vurdering av effekter

Det er også betydelig spredning i svarene som handler om "reflexive monitoring", eller vurdering av effekter, blant ledere og koordinatorene, herunder at de kan tilpasse hvordan de arbeider med oppfølgingen av målgruppen (67-86 prosent), at det er enighet på arbeidsplassen om at oppfølgingsteam-metodikken gir gevinster (42-68 prosent), og at de setter pris på hvordan oppfølgingsteam som arbeidsmåte påvirker arbeidet deres (49-56 prosent). Det er imidlertid ikke et flertall som er enig i at de får tilstrekkelig informasjon til å vurdere effekter og justere praksis ut fra det (26-48 prosent).

Faktorer som bidrar til forskjell i vurderinger

Noen av svarene varierer signifikant mellom de tre rollene. Koordinatorer er for eksempel signifikant mer tilbøyelig enn ledere til å være enig i at å delta i oppfølgingsteam inngår som naturlig del av arbeidsoppgavene, og at de kan tilpasse hvordan de arbeider med målgruppen. Teamdeltakere er signifikant mindre tilbøyelig enn ledere til å være enig i påstandene som omhandler kollektiv praksis, og at de får tilstrekkelig informasjon om effekter til å justere

egen praksis og at det er enighet på arbeidsplassen om at det gir gevinster å jobbe i henhold til oppfølgingsteammetodikken.

Respondenter fra helse- og omsorg er signifikant mer tilbøyelig til å støtte videreføring, men det er et overveldende flertall i alle sektorer. De er også mer tilbøyelige til å mene at det er enighet om gevinster på arbeidsplassen. De som er godt kjent med oppfølgingsteam-metodikken er også mer enig i flere av påstandene.

Det er også forskjeller mellom pilotkommunene. Respondenter fra Senja er i mindre grad tilbøyelig til å være enig i påstandene enn responder fra spesielt Kinn (11 av 17 påstander) og Bø (sju av 17 påstander), men også Suldal (tre av 17). Det blir flere påstander som skiller kommunene hvis vi firer på hvor mye usikkerhet vi tillater i den statistiske modellen (signifikansnivå).

9.4 Gevinster med oppfølgingsteam som arbeidsform

Som vi har vist i rapporten har piloten medført mange endringer både i strukturer, rutiner og arbeidsform i kommunene. Prosjektlederne har vist til resultater som bedre brukermedvirkning, bedre faktisk og praktisk samarbeid i teamene og styrket koordinatorrolle.

Når vi i intervjuer med relevante aktører har spurt om effekter og gevinster har det blitt pekt på forventede gevinster både på individnivå og for tjenestene. Det har også blitt fremhevet at det er vanskelig å måle både kostnader og gevinster, siden begge deler er spredt på ulike tjenester og over tid, og at det er en utfordring å

*«Oppfølgingsteam er etter min mening det beste som har skjedd i kommunen med hensyn til tverrfaglig arbeid med barn med sammensatte behov. Det er en mye bedre form både for brukerne og fagfolkene i teamet. For meg er det viktig at brukerne føler seg ivaretatt og komfortabel med formen det skjer i. Det føler jeg at vi klarer mye bedre nå enn før»
(Mellomleder oppvekst)*

knytte utvikling på individnivå til at brukeren får tettere oppfølging: «Men det er jo himla vanskelig å måle! Du kan jo telle dem, men man vet jo ikke om de får det bedre på grunn av tett oppfølging», om en av prosjektlederne uttalt.

Gevinster for bruker og pårørende

På individnivå forventes gevinster knyttet til forebygging, og at brukerne får bedre og mer koordinerte tjenester på et tidlig tidspunkt. Men det er også bevissthet rundt at tidlig identifisering og oppfølging på kort sikt kan føre til økte kostnader hvis man oppdager mange som ikke fikk tjenester tidligere, men at det på sikt kan bli kostnadsbesparende. Økt brukermedvirkning og bedre tverrfaglig kartlegging forventes å gi bedre opplevd kvalitet i oppfølgingen for brukere og pårørende, men kan også avdekke udekte behov som øker tjenestebruken på kort sikt. Brukernes opplevelse av god kvalitet ble av noen trukket fram som den aller viktigste gevinsten.

Tidlig identifisering og bedre koordinerte tjenester forventes å gi effekter i form av bedre helse og funksjon for pasienter og brukere, eller for noen mindre forverring eller opprettholdelse av helse og funksjon. Dette vil gi gevinster for tjenestene i form av mindre tjenestebehov både fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. I et livsløpsperspektiv vil dette kunne gi store gevinster både for individet og samfunnet.

Gjennom evalueringen har vi fått høre flere eksempler på bedre opplevd kvalitet i oppfølgingen og effekter i form av bedre helse og funksjon, blant annet gjennom case-studiene. Effekt av bedre kvalitet på oppfølgingen er ofte at det trygger bruker og pårørende på at det er hjelp å få når de trenger det, og at noen holder tak i deres «sak». Gode system for melding og kartlegging av behov letter også prosessene for bruker og pårørende for å få nødvendig hjelp. Tettere oppfølging, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning bedrer kvaliteten på evaluering av tjenestetilbudet, og tilpasning til brukers behov og ønsker. Mer dynamisk teamarbeid med møtestrukturer som avklares i

Eksempler på gevinster for brukerne basert på tilbakemeldinger til prosjektlederne

- Blir tatt på alvor.
- Får ha et ord med i laget når koordinator skal velges.
- Lettere å stå i vanskelige situasjoner.
- Får rett utredning og rett hjelp.
- Opplever en tettere oppfølging fra kommunen.
- Bedre kommunikasjon mellom foresatte og kommune ved å ha en fast koordinator.
- Kjennes trygt å ha én fast kontaktperson å forholde seg til.
- Gruer seg ikke lenger til møter
- Har større eierskap til både individuell plan og møteagenda.
- Bedre funksjonsnivå.

«Jeg er frelst i oppfølgingsteam — jeg har sittet i ansvarsgrupper der vi har vært over 20 stykker, det er vanskelig for både fagpersoner, eleven og foreldrene — det er vanskelig og til tider krenkende. Da vi fikk oppfølgingsteam og den måten det er organisert på — det er så bra både for barnet, foreldrene og ikke minst tida til de ansatte. Hvorfor i all verden skal alle disse være med, hvis det vi skal snakke om er overgangen mellom to ulike barnehager, eller til skole. Og signalene fra de som har opplevd både ansvarsgruppe og oppfølgingsteam, eller bare oppfølgingsteam er at det er veldig gode signaler i forhold til at de føler seg mye mer hørt. Når jeg nå skal innkalle til et oppfølgings-teamsmøte så er det foreldrene jeg snakker med, og så blir jeg og foreldrene enig om at nå skal vi ha et møte, hva er det vi skal snakke om, hvem skal vi innkalle. Før snakket jeg med skole, barnehage, oppvekst og så ble foreldrene bare innkalt. Føles som en stor forskjell i forhold til brukerinvolvering. De må eie saken sin. Det ene oppfølgingsteam jeg har nå — der har jeg en av foreldrene som har sosial angst, visste ikke dette i utgangspunktet, men for han er det blitt mye bedre. Det har resultert i at far deltar mye mer.» (Mellomleder oppvekst)

tett dialog med bruker gir tryggere brukere og styrker brukermedvirkningen.

At man bidrar til å trygge brukere og pårørende, avklare krevende situasjoner og sikre riktig hjelp på tide, bidrar til økt livskvalitet, endring og framgang for bruker, og bedre fungering og mestring i hverdagen, som igjen kan forebygge tjenestebruk.

Gevinster for ansatte

Forventningsavklaring, både overfor bruker og pårørende og ulike tjenesteytere, bidrar til mindre «støy» og gjør det lettere også for ansatte å kunne stå i vanskelige situasjoner. Mer dynamisk og målrettet teamarbeid, betyr at ikke alle tjenester trenger å være involvert i alle teammøter hvilket er tidsbesparende. Det er også tidsbesparende at systemer og rutiner er på plass og kjent i organisasjonen. Det er trygghetsskapende at forventninger og innhold i roller og oppgaver er avklart, at man opplever støtte og mestring i rollene og har nødvendig kompetanse. I intervju med kommuneoverleger ble det trukket fram at piloten har bidratt til en enklere hverdag, og en mer effektiv tidsbruk for fastlegene gjennom at strukturer, rutiner og roller er mer avklart.

Mange ansatte opplever arbeidet som mer meningsfullt når de kan utgjøre en forskjell for bruker og pårørende. Det gir ikke bare gevinster på ansattnivå, men også på tjenestenivå. 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. De mente piloten hadde bidratt til dette.

Piloten oppleves å ha høy nytteverdi

Da vi intervjuet ledere våren 2022 var samtlige toppledere entusiastiske over at prosjektperioden ble forlenget, fordi de opplevde at prosjektet hadde høy nytteverdi. Pilotprosjektet opplevdes veldig nyttig fordi det «går rett inn i det vi uansett er forplikta til å gjøre», og at de gjennom piloten «får tid til å utvikle det».

I Bø, som ikke hadde koordinerende enhet før piloten, oppleves prosjektet å ha hatt stor effekt både i organisasjonen og på brukernivå.

Eksempler på gevinster for ansatte basert på tilbakemeldinger til prosjektledere

- Er i større grad kjent med rettighetene om koordinator og individuell plan.
- Har oppfølgingsteam "fremst i panna" i møte med nye brukere.
- "IP-en ligger ikke lenger i en skuff".
- Vet hvor de kan henvende seg ved spørsmål om koordinering av tjenester.
- Maler, rutiner og retningslinjer ligger lett tilgjengelig i kvalitetssystemet.
- Økt tverrfaglig samarbeid på tvers av etater og nivåer.
- Fanger opp brukere med sammensatte behov tidligere.
- Gir et mer helhetlig tjenestetilbud.
- Roller og ansvar er bedre avklart og fordelt.

Tjenestekontoret er etablert som et knutepunkt for ansatte, brukere og pårørende og oppfølgingsteam som arbeidsmetode er satt ut i praksis. Samhandlingsstrukturer som før var ad-hoc har nå blitt systematisert. Det fremheves at samarbeidet mellom helse og oppvekst er betydelig styrket som følge av pilotprosjektet.

På den annen side finner vi Kinn som hadde mye av strukturene på plass før piloten. Der har prosjektet fungert som «kull på bålet» og «boostet» allerede pågående prosesser og bidratt til kvalitetsheving og spredning av oppfølgingsteam som arbeidsmetodikk i kommunen: «så det er jo på en måte et sånn kontinuerlig arbeid som vi må jobbe med uansett. Så sånn sett er det positivt å hekte på et prosjekt for å gjøre den jobben. Så det er jo på mange måter også en gevinst med å delta». Piloten går dermed inn i et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid med «småskritts-forbedring», hvor de «heker på nye ting som vi ser er fornuftige å gjøre».

Ledere på ulike nivå trakk fram at piloten har bidratt til å styrke bevisstheten om koordinering og samhandling i kommunen.



9.5 Fortsatt en vei å gå

Resultatene fra evalueringen viser at kommunene ikke er i mål, og at det varierer hvor langt de er kommet i implementeringen av oppfølgingsteam som arbeidsform– ikke bare mellom kommunene, men også innad i kommunene og til og med innad i samme tjenesteområde. At implementering tar tid kan, som illustrert i figur 7, blant annet knyttes til ulike barrierer blant ansatte og ledere. Eksempler er manglende kjennskap til veilederen og til oppfølgingsteam, og manglende motivasjon og enighet om hva som må gjøres.

Involvering og kunnskapsspredning er en omfattende og kontinuerlig prosess i kommunene som er komplekse organisasjoner, og med stadig turnover blant ansatte og ledere. Det var stor enighet blant ledere vi intervjuet om at det å innføre oppfølgingsteam fullt ut etter intensjonen i veilederen er en lang prosess som vil komme til å ta mange år.

«... strukturen er jo satt ... nå, den er permanent, den kommer ikke til å endres når prosjektet avsluttet Og systemet med oppfølgingsteam og måten det skal driftes på. Og så er det jo veldig mye.. systemet er jo bare rammen og rammen må fylles med fag. og det er jo kultur ..., og det tar tid. Det tar veldig lang tid. Du kan bygge et system på et år eller to, men å få dette inn slik at det blir en kultur for at det er sånn man jobber, og at alle fagfolk skjønner dette og bidrar, det tar mye lengre tid enn ett eller to år.» (Kommuneoverlege)

I spørreundersøkelsen blant ansatte i 2023 fikk de som deltok anledning til å skrive sine vurderinger om forhold som omhandler implementering av oppfølgingsteam og koordinatoroppgaver i sin kommune. Disse svarene reflekterer mye av de samme problemstillingene som vi allerede har diskutert i ulike kapitler i rapporten.

«Jeg tenker at tverrfaglig oppfølgingsteam har et større potensiale til å raskere og riktig oppfølging av brukeren. Dessverre tenker jeg at manglende tid og rolleforståelse mellom de ulike instansene at teamet ikke oppnår den mulige mergevinsten som brukeren kan få av teamet. Det vil også være en fordel å informere mer om tverrfaglig oppfølgingsteam på avdelinga, da jeg opplever at flere av mine kolleger ikke er tilstrekkelig informert om både oppfølgingsteam og koordinatoroppgave.»

«Det elektroniske verktøyet må implementeres, alle faggrupper må få opplæring. Koordinator må få tid til sine oppgaver, og alle som skal delta i oppfølging av barn- og unge (mitt fagområde), må vite hva oppfølgingsteam er. Slik er det ikke nå. Man opererer med ansvarsgruppe, og koordinator må forklare mye som bør være implementert.»

Kunnskap og opplæring

Mangel på kunnskap og rolleforståelse kan gjøre at gevinsten ved oppfølgingsteam ikke realiseres. Mange pekte på behov for mer kunnskap, mer opplæring/kurs i koordinatorrollen, og opplæring av nyansatte. Det ble også vist til at det er behov for flere koordinatører og at koordinatorrollen

ikke skulle tillegges særskilte faggrupper som ikke alltid er de som jobber mest med bruker. Det ble også vist til at det er viktig å forstå hverandre for å kunne jobbe sammen, og at å ha erfaring med å være koordinator bidrar til dette. Derfor må flere ta på seg koordinatorrollen og flere tjenesteområder må bidra. Det mangler informasjon og opplæring om oppfølgingsteam og koordinatorrollen blant ansatte generelt.

Forankring, ledelse og ressurser

Noen pekte på behov for mer tid og bedre verktøy for oppfølging og tverrfaglig samarbeid.

Det ble også pekt på ressursmangel. Det ble påpekt at det er viktig at også ledelsen gjøres tverrsektoriell, at man har en felles forståelse av hvilke problemstillinger som skal løses og at man setter felles konkrete mål.

«Vi mangler alltid tid og ressurser når vi får nye oppgaver. Alt skal takast innfor grunnbemanning »

«Mangel på helsepersonell gjør at både ledelse og personell ikke føler at de har tid eller overskudd til å være koordinator.»

Noen er usikre på om prosjektet er godt nok forankret og implementert på tjenesteområdenivå. Flere uttrykker skepsis til implementeringen i sin enhet og til kunnskapen om oppfølging av målgruppen i tjenestene.

«Implementering av oppfølgingsteam har ikke vært fokus i min eining. Fikk informasjon om det for første gang på ... for kort tid siden. ... Mangler en felles overordnet ledelse og oppfølging av dette, og anerkjennelse for at slik oppfølging krever mye ressurser og tid. Dette må vi i dag kombinere med de ordinære oppgavene i jobben, noe som medfører ulik behandling og mindre systematisk og god oppfølging for brukerne.»

«Det burde være tydeligere hvem som kan søke om koordinator og hvem som har ansvar for å informere brukeren/pårørende om rettighetene. Noen ganger møter jeg personer der jeg er overrasket over at ingen har snakket med dem om det (når de allikevel har flere instanser involvert).»

9.6 Veien videre

Pilotkommunene jobber kontinuerlig med forbedringer og videreutvikling av tiltakene i piloten for å implementere oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunen.

Mye handler om å videreføre og styrke tiltak og rutiner som allerede er lagt, blant annet knyttet til opplæring, faste koordinatorsamlinger, kompetanseheving, systematisk evaluering og revisjon av rutiner, tjenesteutvikling, samarbeidsmøter mellom tjenestene og koordinerende enhet med mer. Så handler det om å arbeide

med de tiltakene og områdene de har kommet kort på eller som trenger å videreutvikles. Flere kommuner har vedtatt å styrke arbeidet gjennom økte ressurser.

Senja kommune

Senja kommune har opplevd mange hindringer i implementeringen, blant annet omfattende prosess med sammenslåing av fire kommuner med påfølgende organisatoriske og ledelsesmessige endringer, samt flere skifter av prosjektleder. Evalueringen har vist betydningen av koordinerende enhet som kapasitet og spydspiss i implementeringen av oppfølgings-team. Kommunen følger opp dette med å styrke koordinerende enhet/tildelingsenheten, og har lyst ut en stilling som fagansvarlig. I tillegg flyttes enheten tilbake til stab hos kommunalsjef. Det vil si at den kommer lenger opp og blir mer sentralt plassert i det administrative systemet. Senja arbeider også med å få oppfølgingsteam som arbeidsform inn i kommunens helse- og omsorgsplan som er under utarbeidelse og vil bli politisk vedtatt før sommeren 2024.

Senja kommune har fått ti nye fastleger. Det planlegges derfor en tverrfaglig fagdag i løpet av våren 2024 hvor oppfølgingsteam som arbeidsform vil være hovedtema. Senja vil også arbeide aktivt framover for at oppvekst skal involveres i beslutning rundt koordinator/barnekoordinator. De vil også etablere palliativt team etter modell for oppfølgingsteam. Prosjektleder vil i sin stilling som rådgiver fortsatt følge opp arbeidet med oppfølgingsteam i kommunen. Kommunen er kontaktet av flere andre kommuner som ønsker kopi av håndboka for koordinatører og deltakere i oppfølgingsteam (jf. figur 12).

Bø kommune

Bø kommune har lyst ut en 100 prosentstilling som kvalitetsrådgiver i kommunen. Kvalitetsrådgiveren vil i samarbeid med tjenestekontoret, som er koordinerende enhet og vedtakskontor, jobbe videre med koordinering av tjenester og samhandling på tvers av faggrupper. Bø har også søkt om midler til å starte BTI og vil videreføre barne- og ungdomsteamet (BUT) som før, for å ha et særlig fokus på å fange opp barn

og unge som har behov for tidlig og tett oppfølging.

Bø har ikke tidligere hatt et digitalt samhandlingsverktøy, men på tampen av 2023 gikk oppvekst og helse sammen om å kjøpe inn Visma Samspill, med en plan om å innføre dette verktøyet i samtlige tjenester i løpet av 2024.

I etterkant av erfaringssamlingen på Sortland, ble kommunen kontaktet av koordinerende enhet på sykehuset, som ønsket et tettere samarbeid og viste stor interesse for arbeidsmetoden. Det regionale kompetansekontoret har også forespurt kommunen om å arrangere workshop i oppfølgingsteam. Dette planlegges gjennomført i 2024. I tillegg har kommunen blitt kontaktet av flere nabokommuner som ønsker å innføre oppfølgingsteam som arbeidsmetode, og Bø kommune bistår med råd og veiledning i disse endringsprosessene.

Suldal kommune

Suldal kommune har satt av 30 prosent stilling til videre oppfølging av prosjektet i 2024, blant annet videre implementering av PSFS-skjema, implementere rutiner rundt oppfølgingsteam, sikre koordinatorene fra alle tjenester, og fortsette målrettet implementering i de kommunale tjenesteområdene. Fordi kommunen har blitt bedre til å identifisere personer i målgruppen er det også behov for flere koordinatorene.

Betringskoordinator-gruppe var vellykket i første runde, med koordinatorene med stort engasjement til videre utvikling av rollen, og bidro godt til utvikling i prosjektet. Kommunen vil også fortsette med besøk rundt i enhetene med opplæringsbolker i PSFS og koordinering som del av arbeidet med videreutvikling av koordinatorrollen. Koordinatorrollen i oppvekstsektoren gis et ekstra fokus. Kommunen forsetter bruken av samhandlingskoordinatorer, BTI-forum (to til tre ganger per år), «Me bryr oss»-konferansen (årlig), lederforum og Laget rundt barnet. Kommunen vil også fortsette arbeidet i legekantoret og sikre at nye leger blir

kjent med rutiner og at oppfølgingsteam er godt innarbeidet.

Kommunen skal arbeide med innfasing av digital løsning for individuell plan. Kommunen vil også fortsette arbeid med å finne andre gode digitale samarbeidsverktøy. Suldal arbeider videre med modell og veileder for «BTI for vaksne» og vil få tatt dette i bruk i tjenestene. Suldal fortsetter arbeidet med å få oversikt over all koordinering i kommunen, hvor blant annet personer som får hjemmetjenester og personer med demens gjenstår.

Kinn kommune

Kinn kommune valgte i liten grad å se på piloten som et prosjekt, men gikk rett i gang med å integrere elementer fra piloten i daglig drift. Kommunen har erfaring med at implementeringsarbeid er lettere om en unngår begrepet "prosjekt". Kinn vil fortsette å jobbe med kvalitetsutvikling av tjenestene, der oppfølgingsmetodikk både på individ- og systemnivå er sterkt forankret i planarbeid. Koordinerende enhet vil fortsette med tverrfaglig arbeid, og videre-implementere oppfølgingsteam og koordinatorrollen.

Koordinerende enhet har en viktig posisjon i tverrfaglig oppfølgings- og kvalitetsutviklingsarbeid, og er sentralt plassert organisatorisk i staben "Strategi og samordning". Staben er en organisasjonsendring fra 01.01.24, som ifølge nettsidene til Kinn, skal jobbe for bedre samordning og tverrfaglig arbeid, herunder koordinerende funksjoner (koordinerende enhet), digitalisering, bl.a. velferdsteknologi og journalsystem, beredskap og kvalitet og fagstøtte til sektorene.

«Implementeringsarbeid tek tid - hald fast på oppfølgingsteammetodikken - fleire kloke hoder i lag - fungerer ofte betre ein kvar for seg. Og det er brukaren som vil kome styrka ut.» (Skoleleder)



SINTEF