



SINTEF

Prosjektnotat

Casestudie av brukere med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

SINTEF Digital
Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

VERSJON

1

DATO

2023-11-20

FORFATTERE

Silje L. Kaspersen
Jorid Kalseth
Marian Ådnanes

OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Liv Tveito

PROSJEKTNUMMER

102018327

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

466

Sammendrag

I dette notatet presenteres resultatene fra en case-studie av ni tverrfaglige oppfølgings-team. Studien er gjennomført i forbindelse med SINTEFs evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, på oppdrag for Helsedirektoratet.

UTARBEIDET AV

Silje L. Kaspersen m.fl.

*

Notatet er ikke del av leveransen i prosjektet, men brukes som nettbasert støttemateriale til sluttrapport.

PROSJEKTNOTAT NR

1

GRADERING

Åpen

COMPANY WITH
MANAGEMENT SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
ISO 9001 • ISO 14001
ISO 45001



Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn og problemstilling	4
1.1	Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?.....	4
1.1.1	Koordinatorrollen	5
1.1.2	Dynamisk teamsammensetning basert på hva som til enhver tid er viktig for brukeren	5
1.2	Hva vet vi om tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov fra tidligere?	6
2	Teoretisk rammeverk	7
3	Metode og datamateriale	9
3.1	Rekruttering av deltakere	9
3.2	Gjennomføring av intervju.....	10
3.3	Analyser.....	11
4	Resultater	12
4.1	Utfordrende å rekruttere hele oppfølgingsteamet til fokusgruppeintervju.....	12
4.2	Case-presentasjon og illustrerte kasuistikker	13
4.3	Gode grep for strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam.....	21
4.3.1	Case A - Ole.....	21
4.3.2	Case B – Pia	22
4.3.3	Case C – Helene	22
4.3.4	Case D – Berit.....	23
4.3.5	Case E – Bjørnar	24
4.3.6	Case F – Jan.....	24
4.3.7	Case G – Natalie.....	25
4.3.8	Case H – Hans	26
4.3.9	Case I - Bjørg	27
4.4	Samsvar og diskrepans mellom hvordan brukere/pårørende og oppfølgingsteamet vurderer oppfølgingen	27
4.4.1	Brukermedvirkning og pårørendes rolle i oppfølgingsteamet	27
4.4.2	Personlige relasjoners betydning	30
4.4.3	Ulike forventninger til oppfølging fra helse og oppvekst	31
4.4.4	Erfaringer med individuell plan	31
4.4.5	Koordinatoren som oversetter	32
4.4.6	Fra primærkontakt til koordinator	32



4.4.7	Fastlegens rolle i teamet	33
4.5	Oppfølgingsteam-casene i lys av veilederen.....	33
4.5.1	Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester.....	33
4.5.2	Om tverrfaglig oppfølgingsteam og forholdet til bestemmelsene om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.....	35
4.5.3	Sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet må skje i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende	36
4.5.4	Om koordinatorrollen i tverrfaglig oppfølgingsteam	36
4.5.5	Krav til det faglige innholdet i oppfølgingsteamets arbeid	37
4.5.6	Om fastlegens rolle i det tverrfaglige oppfølgingsteamet.....	37
4.5.7	Pasienter må sikres nødvendige spesialisthelsetjenester	37
5	Hva må til for at strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal fungere godt i praksis?.....	38
5.1	Case-studien sett i lys av "integrated care"-teori	41
5.1.1	Personsentrert helse og livskvalitet	41
5.1.2	Klinisk integrasjon.....	41
5.1.3	Profesjonell integrasjon.....	42
5.1.4	Organisasjonsmessig integrasjon	42
5.1.5	Systemintegrasjon	42
5.1.6	Funksjonell integrasjon.....	42
5.1.7	Felles visjoner, normer og verdier.....	42
5.2	Styrker og svakheter i datamaterialet	43
6	Referanser	44



1 Bakgrunn og problemstilling

Notatet er utviklet i forbindelse med evalueringen av "Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam" som SINTEF gjennomfører på oppdrag for Helsedirektoratet. Det vises til statusrapport i evalueringen publisert i 2022 for en nærmere introduksjon til piloten, veilederen den er basert på og evalueringen.^{1,2} Som del av evalueringen har vi gjort en casestudie basert på intervju med brukere, pårørende og ansatte i ni oppfølgingsteam i pilotkommuner. Formålet med intervjuene var å utvikle kvalitative casebeskrivelser av velfungerende oppfølgingsteam innenfor ulike målgrupper med store og sammensatte behov som mottar tverrfaglig oppfølging i kommunen. Beskrivelsene kan også egne seg som utgangspunkt for case-baserte øvelser i opplæringsøyemed, både for ledere, koordinatorene og team-deltakere ansatt i kommunene, og for studenter innen helse-/velferd- og oppvekst-relaterte utdanninger. Det overordnede forskningsspørsmålet vi har undersøkt i casestudien er:

Sett fra både bruker- og team-perspektivet; hvilke aktører og problemstillinger inngår typisk i strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam, og hva må til for at oppfølgingsteamene skal fungere godt i praksis?

1.1 Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?

Ifølge den nasjonale veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (heretter: veilederen), er et oppfølgingsteam «en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker», og teamet er «til enhver tid sammensatt ut fra personens behov»². Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er en diagnose- og aldersuavhengig samhandlingsmekanisme der en koordinator og andre tjenesteytere i kommune- og (eventuelt) spesialisthelsetjeneste, involverer bruker/pårørende i å definere hva teamet skal jobbe med for å oppnå brukerens mål (helst nedfelt i en oppdatert individuell plan).

Tverrfaglig samarbeid skal være den grunnleggende metodikken i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. Bestemmelsene om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er sentrale retningslinjer i oppfølgingsteamarbeidet. Det er viktig at sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet skjer i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende – "**Hva er viktig for deg?**" er det sentrale spørsmålet tjenestene skal ta utgangspunkt i når de skal skreddersy tjenester i henhold til brukerens behov. Sentrale lovverk som gjelder for oppfølgingsteamarbeidet 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 må 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.

Mange vil kjenne igjen de samme elementene i en velfungerende "ansvarsgruppe", et begrep som fortsatt benyttes i mange kommuner og tjenester, men som oppfølgingsteam-metodikken er tenkt å erstatte. Det er begrenset med forskning på denne type samhandlingsmekanismer i Norge³. En kartlegging av internasjonal litteratur i perioden 1988-2013 inkluderte 79 artikler som inneholdt beskrivelser av det som på engelsk går under betegnelsen "case management", et begrep som er dekkende for arbeidsmetoden i ansvarsgrupper og oppfølgingsteam⁴. Lukersmith et al. (2016) konkluderte med at de mange begrepene som brukes om koordinering og oppfølging i helsetjenestene skaper forvirring, ambivalens og hindrer sammenliknbarhet på



tvers av tilstander og kontekster⁴. Dette er fortsatt en aktuell problemstilling, og et sentralt funn i vår evaluering av implementeringen av oppfølgingsteam i kommunene⁵. Vi nevner dette innledningsvis for å bevisstgjøre leserne om viktigheten av å forstå hva som skiller oppfølgingsteam fra andre koordineringsmekanismer man kjenner til. I det følgende gir vi en nærmere beskrivelse av koordinatorrollen, teamsammensetning og hva vi vet om denne type oppfølging fra tidligere forskning.

1.1.1 Koordinatorrollen

Alle oppfølgingsteam skal ha en koordinator som teamleder. Vedkommende skal sikre samordning av tjenestetilbudet, kontinuitet og framdrift i arbeidet. De øvrige teammedlemmene har medansvar i å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester. I veilederen går det fram at god lederstøtte til koordinator, og et tydelig og lederforankret mandat i rollen, er avgjørende for å sikre nødvendig legitimitet i å lede arbeidsprosesser som i mange tilfeller inkluderer flere enheter og sektorer. Kommunale leders erfaringer med implementering av oppfølgingsteam er beskrevet i Kalseth og Kaspersen (2023)⁵.

Veilederen lister en rekke sentrale oppgaver for koordinatoren som leder av oppfølgingsteamet. Det handler blant annet om å sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av plan- og arbeidsprosess og informasjonsutveksling, og å legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet. Videre skal koordinator 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. Koordinatoren skal også sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, iberegnet fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer, og sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan (inkludert felles forståelse av målene i planprosessen). Koordinatoren skal også initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering, følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet, og følge opp og evaluere arbeidsprosessen².

1.1.2 Dynamisk teamsammensetning basert på hva som til enhver tid er viktig for brukeren

Oppfølgingsteamene kan med fordel være dynamiske for personer som mottar tjenester fra mange ulike fagpersoner. I dette ligger en anbefaling om å differensiere graden av involvering ved å ha en mindre kjerne av faste teammedlemmer, og at øvrige involveres ved behov. Dette kan for eksempel gjelde spesialisert kompetanse som logoped, ernæringsfysiolog og psykolog. Omfanget av fastlegens involvering i oppfølgingsteamet bør også avklares i det enkelte tilfellet. Teamet må uansett sikre at alle arbeider samordnet og koordinert mot personens mål. Den helhetlige tjenesteytingen sammenfattes i den individuelle planen hvor mål, tiltak, ansvar og tidspunkt for evalueringer og kontaktpunkter er nedfelt.

Det er i utgangspunktet ingen grenser for hvilke aktører som kan utgjøre oppfølgingsteamet, det kan f.eks. være faggrupper i helse- og omsorgstjenesten, skole, sykehus, fastlege, NAV, barnevern, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, rustjenester, tannhelsetjenester, familierådgivning, støttekontakt osv.² Koordinatoren kan rekrutteres fra hvilken som helst av disse tjenestene, men det er viktig at brukerens eventuelle ønsker om hvem som skal være koordinator tas hensyn til så langt det lar seg gjøre.

Veilederen definerer tverrfaglig samarbeid som en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker, og eventuelt pårørende, både i



- utredning av behov – for å sikre felles utgangspunkt, felles mål og felles forståelse av ressurser og behov
- planlegging av tiltak – for å se tjenestene i sammenheng
- gjennomføring av tiltak – for å sikre koordinering og nødvendige avklaringer underveis
- evaluering av tiltak og avklare nye mål – sikre kontinuitet og trygge overganger

1.2 Hva vet vi om tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov fra tidligere?

Personer med kroniske tilstander kan ha komplekse behov grunnet samtidige fysiske, psykiske og/eller sosiale problemer⁶ som gjør dem til hyppige brukere av helsetjenestene^{7 8}. En prioritert oppgave både i Norge² og internasjonalt^{8 9} er å organisere tjenestene slik at man forbedrer omsorgen for brukere og pasienter med komplekse behov. Dette krever en integrasjon av tjenestene som tilbys både mellom og innad i spesialist- og kommunehelsetjenesten¹⁰⁻¹³.

Det er forsket en del på tverrfaglige team i helsetjenesten internasjonalt. En oppsummering av litteraturen på tverrfaglige team i primærhelsetjenesten gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2019, oppsummerte med at team ble brukt for alle typer pasienter ved legekantoret, til hjemmebesøk hos eldre (geriatrike team), i omsorg ved livets slutt, i sårpleie, i blodtrykksbehandling, til oppfølging av slag- og KOLS-pasienter, til legemiddelgjennomgang og i oppfølging av pasienter med risiko for ikke å klare egen legemiddelhåndtering. Forfatterne poengterte at det så ut til å være gjort mest forskning på team-sammensettingen allmennlege og sykepleier(e) og allmennlege og farmasøyt. Men at det også var team med flere andre yrkesgrupper som sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og leger. Videre fant de at det i flere oversikter ble understreket at teamet bør være sammensatt med tanke på formålet. Ingen studier sa noe nøyaktig om hvor mange deltagere et team bør ha. Pasientperspektivet var som oftest fraværende, og det var uklart hvordan man tenker seg at pasienten skal involveres for at behandlingen skal kunne kalles pasientsentrert¹⁴.

Det finnes en god del internasjonal litteratur som viser at modeller for integrert omsorg med bruk av koordinator^{9 11} har vist seg å forbedre kvaliteten på omsorgen, pasienttilfredsheten, tilgangen til hjelp og overganger mellom tjenestene^{10 11 13 15 16}. Hudon et al. (2017) gjorde en litteraturgjennomgang om viktige aspekter ved å bruke koordinator i saker der personer med store og sammensatte behov trenger hjelp fra ulike tjenester. Funn fra de 13 studiene som ble inkludert i litteraturgjennomgangen viste at riktig identifisering i enkeltsaker (dvs. at det er de "rette" brukerne med reelt høy risiko som blir identifisert og får oppfølgingsteam), et enkelt og tilgjengelig kontaktpunkt for pasienter ("én dør inn"), kontinuitet i omsorgen, støtte til selvstyring/egenomsorg, tverrfaglig samarbeid som inkluderer ansikt-til-ansikt-møter, god opplæring til koordinatorene og bruk av elektroniske samhandlingsverktøy var viktige suksessfaktorer i oppfølgingsarbeidet¹². En senere litteraturgjennomgang av Teper et al. (2020) undersøkte også kontekstmessige barrierer og muliggjørere for koordinering i primærhelsetjenesten. Avgjørende faktorer for hvorvidt man lyktes med å gi koordinerte tjenester var familiekontekst, politikk og tilgjengelige ressurser, legers aksept og forståelse for koordinatorens rolle, relasjonsbygging, kommunikasjonspraksis, evne til å jobbe selvstendig, opplæring i teknologi, tidspress og arbeidsbelastning¹³.

I 2011 hadde vi ca. 10 000 koordinatorene i norske kommuner. De fleste arbeidet i psykisk helse- og rustjenestene og i hjemmetjenesten, etterfulgt av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og helsestasjon- og skolehelsetjeneste eller skole/barnehage. Dette gjenspeiler hvilke tjenester som ofte er



involvert i arbeidet med individuell plan i kommunene. De fleste koordinatorene (87 prosent) hadde ansvar for en til fem brukere hver¹⁷, noe som stemmer bra med tall fra vår egen evaluering¹. Tall fra KPR/IPLOS-registeret viser at det er få eldre brukere som har koordinator og individuell plan. Mens 40 prosent av brukere med omfattende bistandsbehov i alderen 0-66 år hadde koordinator i 2018, var tilsvarende andel kun seks prosent blant brukere i alderen 67 år og eldre¹⁸. Sogstad og Bergland (2021) undersøkte sammenheng i pasientforløp for eldre pasienter. De konkluderte med at til tross for langvarig innsats for bedre samhandling for å sikre god sammenheng i tjenestene for eldre, fremstår fremdeles sammenhengen i tjenestene som sårbar. De mener utfordringene bunner i et presset helsesystem med stor arbeidsbelastning, manglende kompetanse, manglende kapasitet i tjenestene og behov for bedre strukturer og lederstøtte. Artikkelen avslutter med å etterlyse organisering, ledelse og helsepolitikk som gir rammer for å kunne skape sammenheng i helse- og omsorgstjenestene¹⁹.

Når det gjelder individuell plan (som har vært lovregulert innenfor psykisk helse siden 2001), argumenteres det i en artikkel av Kjellevoid (2016) for at det ikke er gitt tilstrekkelige rettslige reguleringer for at alle som trenger en slik plan, får det. Hennes vurdering er at det må sikres en tettere kopling mellom individuell plan og vedtak om tildelinger av tjenester, og at forvaltningen i større grad må ansvarliggjøres for å se til at denne rettigheten blir fulgt opp²⁰. En studie av Ådnanes et al. (2013) pekte på at mangelfull bruk av individuell plan ofte var et element i avbrutte pasientforløp i psykisk helsevern²¹. Berven et al. (2013) undersøkte hvorvidt og hvordan lovpålegg om individuell plan påvirker administrativ ledelse og samordning i kommunene, med vekt på områdene barnevern (individuell plan kom på barnevernsfeltet i 2009) og psykisk helsetjeneste for voksne for å få fram en variasjonsbredde i type tjenester²². Rapporten gir god oversikt over hvordan individuell plan har vært oppfattet som styringsverktøy i kommunene, og resultatene viste at IP var langt mer institusjonalisert innenfor psykisk helsevern enn i barnevernet for noen år tilbake. Den administrative ledelsen i kommunene var som regel lite involvert, og bare til en viss grad interessert, i individuell plan som styringsverktøy²². Hansen og Ramsdahl (2014) som studerte etablering av samhandlingsgrupper fant også at systemnivået i liten grad tok opp i seg utviklingsarbeid lenger ned i organisasjonen, og konkluderte med at det var behov for at ledere på høyere nivå engasjerer seg sterkere for å få til en samarbeidskultur²³. Dessuten konkluderte de i en oppfølgingsstudie i samme prosjekt at brukerne i liten grad er representert der de faktiske beslutningene om dem tas²⁴. Mye av forskningen som er gjort på tverrfaglig oppfølging, individuell plan og brukermedvirkning i Norge er gjort innenfor psykisk helse- og rusfeltet, og det er behov for mer forskning på disse temaene fra andre tjenesteområder.

2 Teoretisk rammeverk

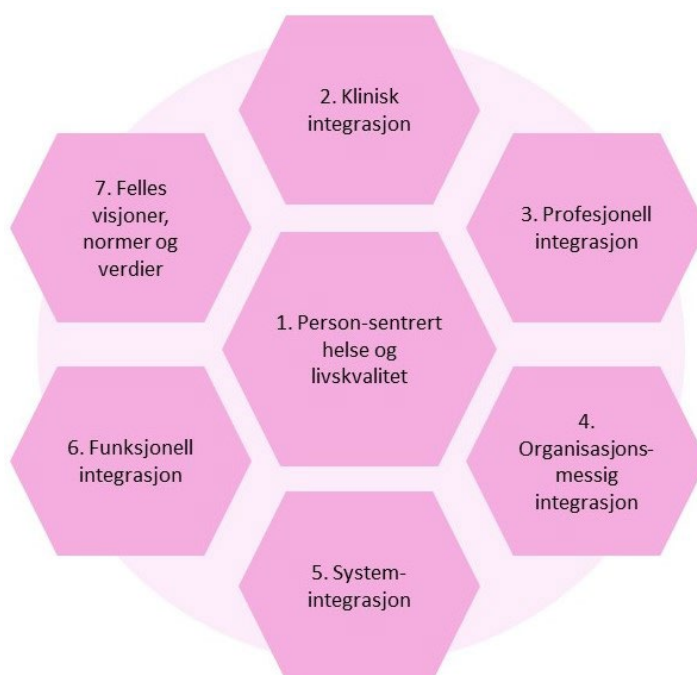
Vi har i en tidligere artikkel fra den samme evalueringen argumentert for at strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform kan fungere som en «sammenhengsskapende» mekanisme i tjenestene²⁵. Den nasjonale veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov vektlegger brukermedvirkning, tidlig identifisering, tverrfaglig kartlegging, bruk av koordinator og individuell plan og strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team som viktige elementer i god oppfølging. I internasjonal litteratur vil en slik tilnærming falle inn under "integrated care"-begrepet. Integrerte tjenester innebærer koordinert samarbeid mellom ulike helsetjenesteaktører for å gi brukere og pasienter mer helhetlig og sammenhengende omsorg. Dette betyr at ulike profesjoner og tjenester arbeider sammen for å imøtekomme pasientens behov på en mer effektiv måte.

Integrerte tjenester er et komplekst område som er studert fra flere perspektiver, og forskningen på dette området er omfattende^{9 26-28}. Det finnes ikke en klar definisjon på hva integrerte tjenester er⁹, men Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en oversikt over ulike organiseringsformer og empirisk utledede modeller



i 2016⁹ som fortsatt står seg godt. Blant de mest brukte typologiene på området er Kodner og Spreewenbergs (2002) kontinuum-beskrivelse²⁹, Lewis et al. sin integrasjon på fire organisatoriske nivå³⁰, Shaw et al. (2011) sin femdeling av hovedtyper for integrasjon³¹ og Valntijn et al. (2015) sin regnbuemodell³².

Regnbuemodellen organiserer de integrerte tjenestene i ulike organisatoriske nivå, virkemidler og ut ifra om innsatsen skal rettes mot individ- eller populasjonsnivå. En slik form for mikro-meso-makro-tilnærming med ulik grad av integrasjon (fra tett til løs) er vanlig i flere av rammeverkene referert til over, og var også typologier som ble brukt i EU-prosjektet "Project Integrate"³³, der helsetjenesteforskere i SINTEF deltok. Som beskrevet i Melby et al. (2021)²⁵ har vi tatt utgangspunkt i det konseptuelle rammeverket utviklet i "Project Integrate" i vår tilnærming til datainnsamling og analyser av case med brukere/pårørende og oppfølgingsteam vi har intervjuet. Rammeverket ble validert i en artikkel av Calciolari et al. (2022), der forskerne utviklet et "core set" basert på 40 ulike faktorer innenfor sju dimensjoner (se figur under) som kan fungere som verktøy når man skal implementere nye integrerte tjenester, eller evaluere og sammenlikne ulike systemer³⁴. Se også Dalton (2019) for en illustrativ presentasjon av rammeverket³³. Til slutt i dette notatet kommenterer vi på utvalgte dimensjoner i dette rammeverket.



Figur 1 Rammeverk med sju dimensjoner fra "Project Integrate" (oversatt til norsk av oss), Calciolari et al. 2022³⁴.

Vi gir en kort beskrivelse av de viktigste faktorene som ligger bak hver av de sju dimensjonene:

- 1) **Personsentrert helse og livskvalitet.** Handler om en omforent forståelse av helse som mer enn fravær av sykdom. Fokus på livskvalitet, brukermedvirkning og informerte brukere/pasienter.
- 2) **Klinisk integrasjon.** Tjenesten er integrert ved at ulike profesjoner og tjenesteutøvere jobber sammen og bruker felles retningslinjer og protokoller. Koordinering er personfokuseret i en enhetlig prosess over tid, sted og disiplin.
- 3) **Profesjonell integrasjon.** Tverrprofesjonelt partnerskap basert på felles kompetanse, avklarte roller og ansvar for tjenestelevering for en definert målgruppe.



- 4) **Organisasjonsmessig integrasjon.** Formell integrasjon på organisasjonsnivå. Samarbeidsrelasjoner på tvers av organisasjoner i form av nettverk, partnerskap, avtaler etc. for tjenestelevering for en definert målgruppe. Foregår gjennom sammenslåing av organisasjoner, via former for nettverksorganisering eller via felles styringsmekanismer.
- 5) **Systemintegrasjon.** Horisontale og vertikalt integrerte systemer, basert på felles eller samstemte lover, regler og retningslinjer. Nasjonale insentiv-ordninger.
- 6) **Funksjonell integrasjon.** Felles ikke-kliniske støttefunksjoner som delt ledelse, felles/harmonisert budsjett eller finansieringssystem (samme insentivstruktur), ett journalsystem og felles kvalitetssystemer.
- 7) **Felles visjoner, normer og verdier.** Også kalt normativ integrasjon. Felles visjoner og mål eksisterer på tvers av tjenester og pasienter/brukere. Tillit mellom tjenestene.

I case-studien er det særlig punktene 1-3 og 7 som vil være i fokus.

3 Metode og datamateriale

Evalueringen startet i 2019, og vi har fulgt kommunene tett i prosessen med årlige datainnsamlinger, både kvalitative i form av intervju, og kvantitative i form av spørreundersøkelser og registerdata. Før case-intervjuene hadde vi intervjuet mange personer som jobbet på ulike nivå i pilotkommunene – fra kommunedirektør og kommunalsjefer, til enhetsledere, avdelingsledere, ansatte i ulike tjenester som er involvert i oppfølgingsteam (inkl. KE), samt koordinatorene fra både helse- og oppvekstsektoren. Vi hadde også tilgjengelig et stort kvalitativt datamateriale med brukerintervju gjennomført i 2019 og 2021, slik at vi kjente "oppfølgingsteam-populasjonen" godt fra før. Vi har i en tidligere rapport i evalueringen konkludert med at det var lite i brukerintervjuene som tydet på at det hadde skjedd merkbare endringer i teamet/ansvarsgruppen, eller måten det jobbes på, slik brukere og pårørende opplevde det etter omtrent tre år med pilot, Kalseth et al. (2022)¹. Mange brukere fortalte om endringer og overganger i sitt forløp og tjenestetilbud de siste årene, men som i liten grad kunne spores til innføring av oppfølgingsteam¹. Det var derfor interessant for oss å gå dypere inn i enkeltsakene, der vi var på leting etter gode grep i konkret oppfølgingsteam-arbeid. I 2023 ble det gjennomført to spørreundersøkelser, én blant brukere med oppfølgingsteam, og én blant ledere, koordinatorene og andre ansatte i relevante tjenester i de fire pilotkommunene. Resultatene fra denne er relevant å knytte til tolkningen av resultater i case-studien.

Et viktig premiss var at oppfølgingsteamene som ble rekruttert som case skulle være team som kommunene selv anså som velfungerende, eventuelt team der tjenestene oppfattet at det hadde skjedd merkbare endringer etter at de begynte å teste ut oppfølgingsteam som arbeidsmetode. Et interessant forskningsspørsmål for oss var å utforske om dette var en virkelighetsforståelse brukeren og/eller de pårørende delte.

Studien er vurdert av REK til å ligge utenfor deres mandat, og er godkjent av SINTEFs personvernombud Sikt.

3.1 Rekruttering av deltakere

I evalueringen har vi samarbeidet med prosjektlederne for piloten, og i noen tilfeller koordinerende enhet og koordinatorene, om rekruttering av brukere (og eventuelt pårørende) og informanter fra tjenestene. De involverte "rekrutteringshjelperne" ble først informert om formålet med case-studien i et eget møte med forskerne, og fikk i oppdrag å identifisere tre til fem aktuelle caser hver fra sin kommune, som de mente



kunne passe til å spørre om deling av erfaringer med oppfølgingsteamet med oss. Kriteriene for inklusjon handlet om at dette skulle være såkalt velfungerende oppfølgingsteam (vurdert av koordinator/-koordinerende enhet), eller team der det hadde skjedd merkbare endringer i måten å jobbe på. Teamene skulle helst ha en viss spredning hos brukerne med tanke på alder, kjønn og helseutfordring. Forskerne gikk så gjennom forslagene i hver kommune og satte sammen ti caser som vi ba rekrutteringshjelperne om å invitere til å delta i forskningen.

Både brukere og/eller pårørende, og ansatte i teamet, skulle ta stilling til om de samtykket til å la seg intervju. Brukerne måtte også samtykke til at det var ok at vi intervjuet deres team, før invitasjonen gikk til teamet. I de fleste tilfeller ble koordinator brukt til å invitere teamet til et fokusgruppeintervju. Det ble sendt ut skriftlige informasjonsskriv til rekrutteringshjelperne som skulle videreformidles enten fysisk eller digitalt til de som ble invitert til å delta. Vi var fleksible på intervjuform (individuell/fokusgruppe). Brukere kunne velge å la seg intervju alene, sammen med pårørende eller la pårørende la seg intervju i stedet for brukeren. For de aller yngste ble pårørende spurt om å delta på vegne av barnet. Når det gjaldt ansatte i oppfølgingsteamet ønsket vi først og fremst å intervju flest mulig i teamet (inkl. fastlege) i ett fokusgruppeintervju, men tilbød oss også å gjøre individuelle intervju hvis det ikke lot seg gjøre å finne en felles dato.

Prosjektlederne la inn ønskede intervjutider (både dag/ettermiddag/kveld var tilgjengelig) i en egen intervjubookings-fil som oppdaterte seg i sanntid i en Teams-gruppe opprettet for formålet. I utgangspunktet hadde vi et tidsperspektiv på rekrutteringsperiode fire måneder fram i tid, men siden det viste seg vanskelig å rekruttere teamene til intervju, ble dette endret til seks måneder. Intervjuene pågikk i perioden september 2022 til januar 2023. Vi innhentet muntlig samtykke fra alle parter i forbindelse med at vi gikk gjennom informasjonsskrivet i starten av hvert intervju. Det ble også spurt om samtykke til å gjøre opptak av samtalen.

3.2 Gjennomføring av intervju

Forskerne utviklet to semistrukturerte intervjuguider til hhv. bruker/pårørendeintervju og intervju med de ansatte i teamene. Brukerintervjuene inneholdt følgende tema (med flere enkeltspørsmål under hvert punkt):

- Gjennomgang av hvilke helse-, omsorgs og velferdstjenester brukeren har per dato.
- Erfaringer med tjenestene – kartlegging av behov mv.
- Koordinering, samarbeid og oppfølging i oppfølgingsteamet.
- Pårørendeinvolvering.
- Oppfølgingsteamets funksjon og arbeidsmåte.

Intervjuene med ansatte i teamene inneholdt følgende tema:

- Fakta om teamet (hvilke tjenester inngår).
- Identifisering av behov – første fase av oppfølgingen.
- Arbeidsmetodikk – oppfølgingsteam i praksis.
- Individuell plan.
- Koordinatorrollen i praksis.
- Fastlegens rolle i teamet.
- Kobling til andre team eller koordineringsmekanismer.
- Pilotens rolle i implementeringen av oppfølgingsteam.



- Ressursbehov i kommunen for at det skal fungere.

Alle intervju ble gjennomført digitalt via Teams, og kommunene var behjelpelig med å tilrettelegge for dette hvis brukere/pårørende trengte bistand til å koble seg opp digitalt. I noen tilfeller betød det at informantene kom til et kontor i kommunen der det var satt opp en PC til formålet. I andre tilfeller deltok de hjemmefra, og i ett tilfelle (eldre person) hjalp koordinator til med å sette opp en iPad for gjennomføring av intervjuet. Det deltok én forsker (Kaspersen) på hvert bruker/pårørendeintervju, og to forskere (Kaspersen og Kalseth) på hver av oppfølgingsteam-intervjuene med de ansatte. Intervjuene ble tatt opp i Teams, og det ble skrevet refleksjonsnotater underveis, og rett etterpå, i hvert intervju. Disse intervjuene ble ikke transkribert, men en del av intervjuene ble gjennomlyttet (og tatt notater fra) igjen i forbindelse med analysene. Sistnevnte muliggjorde direkte sitering enkelte steder i teksten.

3.3 Analyser

Formålet med å bruke case-studier som forskningsmetode er å oppnå en dypere og kontekstuell innsikt i et fenomen, en situasjon eller en enhet. Dette gjør det mulig å utforske komplekse sammenhenger på en grundig måte. Case-studier gir også forskeren friheten til å utforske det uventede og å fange opp nyansene som kan gå tapt i mer kvantitative tilnærminger.^{35 36} I vårt tilfelle ønsker vi også å beskrive typiske case som av kommunene er funnet å egne seg for bruk av oppfølgingsteam som arbeidsmetode.

Sortering av data etter forhåndsdefinerte kategorier

Vi brukte Excel til å samle alt datamateriale fra intervjuene i én og samme fil, og sorterte datamaterialet i forhåndsdefinerte kategorier for hvert av casene. Enkelte steder la vi til nye kategorier hvis de forhåndsdefinerte ikke var dekkende. Vi samlet notatene fra brukerintervju og tilhørende oppfølgingsteam på samme ark, slik at vi enkelt kunne se etter sammenhenger og motsetninger mellom bruker og oppfølgingsteam innad i hver case.

Tabell 1 Eksempel på data som ble fylt ut for hver case etter at intervju var gjennomført.

	A	B	C	D
1	Variabler	Notater i brukerintervju	Variabler	Notater i tjenesteintervju
2	Brakerens kjønn og alder		Informanter fra tjenestene	
3	Diagnose/helseutfordring		Hvilke tjenester er i teamet/mangler i intervju?	
4	Informant (hvem intervjues)		Kartlegging av behov, utredninger, første fase	
5	Koordinatorrolle ihht. bruker/pårørende		Arbeidsmetodikk - teamet i praksis	
6	Tjenester i teamet (slik bruker husker det)		Eventuell IP og bruk av denne	
7	Historikk/tidslinje		Koordinatorrollen	
8	Vurdering av koordinering/samhandling i teamet (hemmere/fremmere)		Fastlegens rolle	
9	Pårørendeinvolvering		Andre team/koordineringsmekanismer	
10	Gode grep		Pilotens rolle i implementering av oppf.team	
11	Andre poeng		Ressurser og "Dream-Team"	
12	Ev. sitater		Gode grep	
13			Ev. sitater	

Utvikling av illustrerte kasuistikker

Som neste steg i analysen laget vi en kasuistikk for hver case som oppsummerte aldersgruppe, type helseproblematikk, hvilke tjenester som inngår i oppfølgingsteamet (inkl. koordinatorrollen), hva som ble uttrykt som viktig for brukeren (formidlet i intervju med oss), fastlegens rolle, gode grep i oppfølgingen og viktige milepæler i tjenestereisen. I kasuistikkene ga vi brukerne fiktive navn, og presenterer dem i rekkefølge etter stigende alder, uavhengig av hvilken kommune de bodde i. Målet med kasuistikkene var å beskrive typiske brukere som følges opp med oppfølgingsteam som arbeidsform, hvilke tjenester som inngår



i teamene, samt gode grep og barrierer for å oppnå velfungerende oppfølgingsteam. Vi brukte programmet PowerPoint til å illustrere kasuistikkene med både bilder og tekst, og laget én side per case. SINTEF har abonnement hos bildetjenesten Shutterstock, og illustrasjonene hentet vi hovedsakelig derfra.

Analyser av gode grep og diskrepans mellom brukerens og oppfølgingsteamets syn på oppfølgingen

Vi ønsket både å få fram både gode grep og barrierer for godt oppfølgingsteamarbeid. Vi analyserte barrierene ved å studere diskrepans på to nivå; 1) mellom bruker/pårørende og oppfølgingsteamets syn på oppfølgingen og 2) mellom beskrivelsen av hvordan det enkelte oppfølgingsteam fungerte sett opp mot beskrivelsen av oppfølgingsteam i veilederen.

Casene sett i lys av "integrated-care"-litteraturen

Til slutt i notatet kommenterer vi funnene kort i lys av det teoretiske rammeverket for "integrated care". I første omgang gjøres ikke en omfattende analyse her, dette planlegges gjort i senere vitenskapelige publiseringer på datamaterialet.

Anonymitet og taushetsplikt

Pilotkommunene varierer fra ca. 2500 til drøyt 17 000 innbyggere, og er alle relativt små kommuner der det kan være lett å identifisere personer med store og sammensatte behov og/eller spesifikke diagnoser/funksjonsutfordringer. Vi har derfor vært varsom i vår framstilling av resultater, for å ivareta personvernet på en god måte. Det vil ikke framgå noe sted i publisert materiale fra studien hvilken case som kommer fra hvilken kommune, eller hvilken eksakt diagnose brukerne hadde. Det er også en ekstra personvernsdimensjon i det å skulle ivareta vår taushetsplikt som forskere når vi skal formidle våre funn om oppfølgingsteamet basert på informasjon fra brukeren, og vice versa, fra brukeren om oppfølgingsteamet (vi intervjuet brukeren før oppfølgingsteamet i åtte av ni tilfeller). Dette på grunn av at den enkelte bruker, det enkelte oppfølgingsteam, og i noen tilfeller også andre ansatte enn de som er intervjuet (pga. små kommuner), vil kunne gjenkjenne casene i resultatformidlingen. Vi har derfor måttet være ekstra varsom i resultatformidlingen slik at det vi formidler ikke forstyrrer relasjonen mellom brukere og tjenesten.

4 Resultater

4.1 Utfordrende å rekruttere hele oppfølgingsteamet til fokusgruppeintervju

Som beskrevet i metodekapitlet brukte vi både prosjektlederne av piloten og koordinatorene til å forsøke å rekruttere ti velfungerende oppfølgingsteam som med høy sannsynlighet kunne fortelle oss om gode grep i sitt arbeid. Det viste seg å bli utfordrende å skulle rekruttere de ansatte i oppfølgingsteamene til fokusgruppeintervju. Vi endte med å få intervjuet ni caser, der noen fra teamet (alltid inkludert koordinator) ble intervjuet i åtte av casene. Selv om de aller fleste brukerne/pårørende som ble spurt, takket ja til å la seg intervjuet (og samtykket til at vi kunne intervjuet teamet deres), ble det ofte vanskelig å finne et felles intervjutidspunkt for koordinator og flest mulig teammedlemmer. Dette til tross for at vi var svært fleksible på tidspunkt for intervju (inkl. ettermiddag/kveld).

Vi tenker at rekrutteringsutfordringene i seg selv illustrerer at det ikke er enkelt for en koordinator å skulle finne tidspunkt for gjennomføre oppfølgingsteam møter på, i tilfeller der det er flere enn to, tre aktører i teamet samtidig. At noen går i turnus, andre har fulle dager med undervisning eller er i permisjon, fastlegen



og fysioterapeuten har full kalender flere uker fram i tid, samtidig som koordinatoren ikke har en synkronisert kalender tilgjengelig for alle disse aktørene, gjør at det blir mye e-post, telefoner eller elektroniske meldinger som går fram og tilbake før man har funnet et tidspunkt som passer for mange. I tillegg opplevde vi at personer som hadde takket ja til å delta, enten var syke/sykmeldte eller måtte håndtere noe akutt på tidspunktet for intervju.

Vi startet intervjuene med å undersøke hvem av oppfølgingsteammedlemmene som eventuelt manglet i intervjuet. Her er eksempler på hvordan rekrutteringsproblemer til intervju ble forklart i ett av intervjuene:

- Logopedtjenester kjøpes inn privat, og private logopeder nedprioriterer møtevirksomhet (gjelder også selve oppfølgingsteammøtene).
- Fastlegen og fysioterapeuten var for travle til å stille.
- Støttekontakten kunne ikke stille.
- Ergoterapeuten og fysioterapeuten er i fødselspermisjon.

Selv om vi foretrakk fokusgruppeintervju for å få deltakerne til å reflektere sammen om hvordan de fungerte som team, tilbød vi oss også å intervju teammedlemmer individuelt hvis det ikke lot seg gjøre med fokusgruppe. Men ofte fikk vi ikke svar på den type henvendelser. Dette er ansatte og ledere som står i en travel kommunal arbeidshverdag. Frivillighet er et viktig prinsipp i forskning, og det går en grense for hvor mye vi (og koordinatorene som rekrutterte for oss) kan tillate oss å mase på folk om å delta i forskningen vår. Et poeng vi har reflektert rundt i forbindelse med rekrutteringen av oppfølgingsteam til intervjuene er at den mer dynamiske og behovsprøvde strukturen som skal gjelde i oppfølgingsteamene, der ikke alle teammedlemmer nødvendigvis er aktuelle for å delta på alle møter osv., kanskje gjør at vi ikke kunne forvente å få intervju så mange tjenester samtidig. Det kunne f.eks. være lenge siden ergoterapeuten eller logopeden hadde trengt å være med på noe møte i teamet. Da koordinatoren fikk beskjed fra oss om å spørre de som er i oppfølgingsteamet nå om forskningsdeltakelse, blir kanskje disse to aktørene mindre relevante å invitere. Det kan bli litt uklart hvem som inngår i teamet til enhver tid, særlig for brukere og pårørende. Vi har også lurt på om det dynamiske elementet kan bety mindre "team-følelse"- både for bruker og team-deltakere, men i så fall må verdien av team-følelse veies opp mot fordelene ved et mer dynamisk team. Hvis færre personer møtes oftere og mer skreddersydd etter brukerens behov, i stedet for at en stor gruppe ansatte og brukeren møtes to ganger i året, og der noen lurer på hva de har å gjøre i dette møtet, kan det veie opp for ulempene manglende team-følelse kan føre med seg.

Vi har organisert resultatdelen slik at vi først presenterer casene og gode grep for strukturert tverrfaglig oppfølging, deretter ser vi på områder med diskrepans mellom det bruker/pårørende og teamet fortalte, og til slutt har vi analysert hvordan oppfølgingsteam-casene våre svarer til anbefalingene i veilederen.

4.2 Case-presentasjon og illustrerte kasuistikker

I tabellen under har vi oppsummert bakgrunnsinformasjon om hver av casene, og oppgitt hvem som ble intervjuet fra både bruker-/pårørende- og tjenestesiden. 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 (i ett av disse var bruker med, men hadde ikke språk). I ett av de ni casene fikk vi ikke avtalt intervju med koordinator/oppfølgingsteam, men vi har valgt å inkludere casen likevel, av hensyn til at pårørende har brukt tid på å la seg intervju. I ett av ni caser har vi intervjuet



kun koordinator, men i de fleste intervjuene deltok to, tre personer fra teamet. I fokusgruppeintervjuet med flest informanter, deltok fem deltakere fra oppfølgingsteam. Fastlegen deltok i kun to av åtte tjenesteintervju. Av andre sentrale stemmer som manglet i flere av oppfølgingsteam-intervjuene var f.eks. ergoterapeut, logoped, NAV, PPT og skolehelsetjenesten. Totalt ble det gjennomført intervju med 22 tjenesteutøvere i oppfølgingsteam.

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. Det er viktig å merke seg at selv om antallet aktører som kan sies å være del av teamet er høyt, vil det variere mye hvor mange som deltar jevnlig på møter. I de fleste tilfeller er det en mindre kjernegruppe som møtes. Hver kasuistikk er delt av en linje på midten, der det som er over linjen handler mest om bruker og/eller pårørende sine erfaringer, mens det som er under linjen handler om tjenestene. Man leser fra venstre mot høyre, der vi lengst til venstre starter med møtet med helsetjenestene. Vi har trukket ut de mest relevante poengene (aktører, gode grep, barrierer, viktige milepæler eller elementer i oppfølgingen) og skrevet dem i bobler, noen steder er det også inkludert ordrette sitater fra brukere/pårørende eller tjenestene. Casene presenteres i figurene under, mens resultater fra analysene (herunder tekstlige forklaringer til hver figur) gis i de kommende delkapitlene.

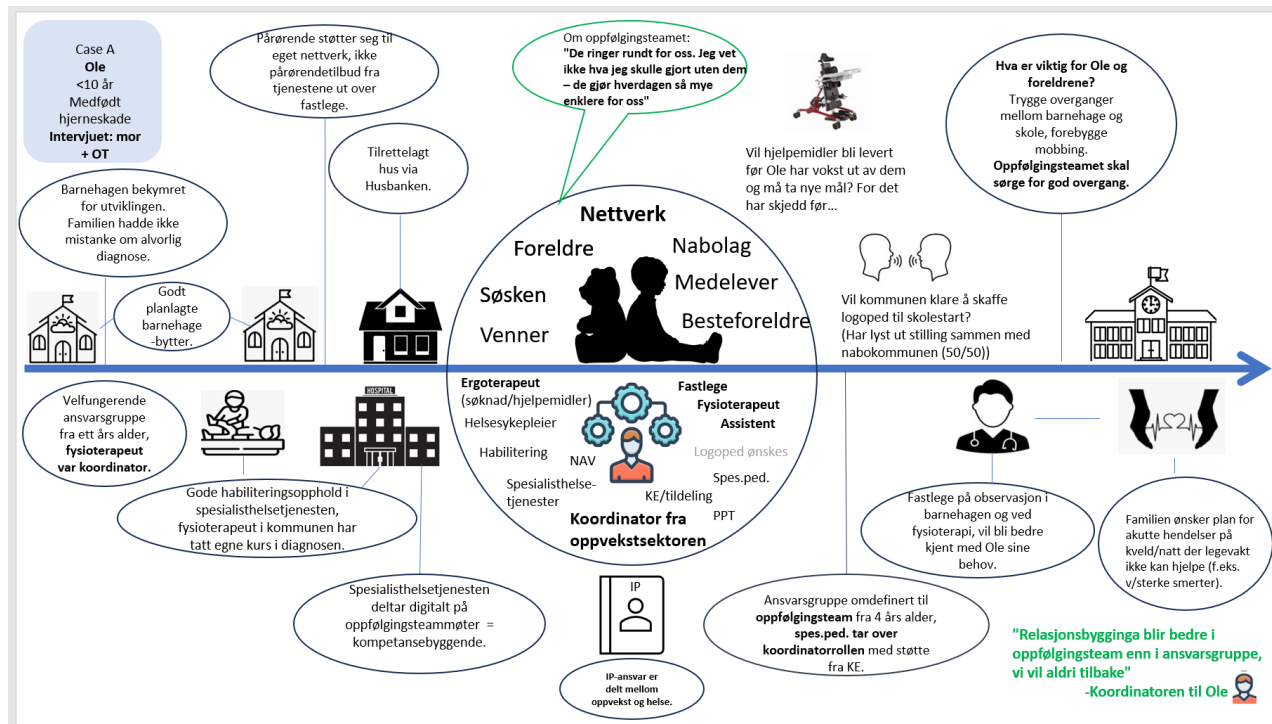


Tabell 2 Bakgrunnsinformasjon om hver case og hvem som ble intervjuet i case-studien.

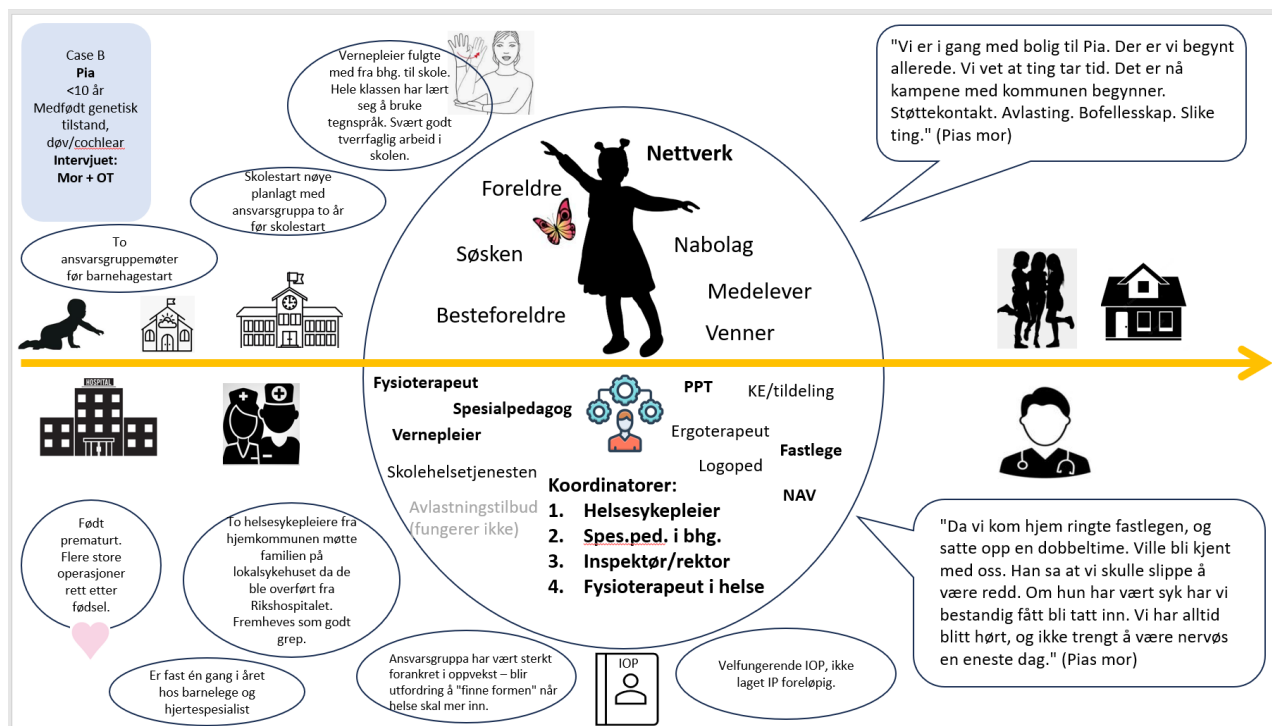
Case	Kjønn	Alder	Helseproblem	Intervjuet (brukersiden)	Koordinator	Aktører i OT	Intervjuet fra oppfølgingsteamet
A - Ole	Gutt	<10 år	Medfødt hjerneskade	Mor	Oppvekstsektoren	FL, fysio, ergo, assistent, spes.ped., PPT, spesialisthelsetjenesten, NAV, habilitering, helsesykepleier.	Koordinator, spes.ped., assistent i barnehage, fysio, fastlege.
B - Pia	Jente	<10 år	Medfødt genetisk tilstand, nedsatt hørsel	Mor	Nå fysioterapeut, tidligere koordinatorene i oppvekstsektoren	FL, spes.ped., fysio, ergo, PPT, vernepleier, logoped, skolehelsetjeneste, NAV.	Kun koordinator. Vedkommende hadde nettopp overtatt, og det hadde vært lite aktivitet i det siste.
C - Helene	Jente	Tenårene	Utmattelse/tretthet	Mor	Barnekoordinator	FL, PPT, fysio, ernæringsfysiolog, hjemmetjeneste (tilkalling), spesialisthelsetjeneste	Fikk ikke avtalt intervju med tjenestene.
D - Berit	Kvinne	30-årene	Psykisk helse	Bruker	Psyk. sykepleier	FL, psykisk helsearbeid, PPT, Barne- og familietjenesten, familievernkantoret, DPS, Frisklivssentralen, ernæringsfysiolog.	Koordinator (som også jobber aktivt med brukeren som psyk.spl.), en ansatt i KE/tildeling
E - Bjørnar	Mann	40-årene	Medfødt hjerneskade, multi-morbiditet	Bruker og søster	Primærkontakt i bofellesskap	FL, fysio, ergo, logoped, miljøarbeidere i bolig, habilitering, spesialisthelsetjenester. KE med aktiv rolle.	Koordinator, enhetsleder, koordinerende enhet
F - Jan	Mann	50-årene	Ervervet hjerneskade	Bruker og ektefelle	Fysioterapeut	FL og sykepleier på fastlegekontor, hjemmetjenester, ergo, fysio, spesialisthelsetjeneste, logoped, rehab.institusjon,	Koordinator, to ansatte fra hjemmesykepleien.
G - Natalie	Kvinne	50-årene	Muskel- og skjelettplager, multi-morbiditet	Bruker via tolk	Erfaren kreftkoordinator	FL, fysio, introjtjenester, barnevern, barne- og familietjenesten, spesialisthelsetjenesten, miljøterapeut, NAV.	Koordinator, fastlege, barne- og familietjenesten, fysioterapeut.
H - Hans	Mann	60-årene	Kognitiv svikt etter slag, multimorbiditet	Datter	Primærkontakt i avd. psykisk helse	FL, hukommelsesteam, psykisk helseavd, ergo, fysio, dagtilbud, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, NAV. Har vært på flere opphold på rehab.institusjon.	Koordinator, enhetsleder psykisk helse.
I - Bjørg	Kvinne	70-årene	Diabetes, slag, sårproblematikk	Bruker	Primærkontakt i hjemmetjenesten	FL, hjemmetjenesten, fysio, ergo, spesialisthelsetjenesten.	Koordinator, sykepleier hjemmetjenesten.



Figur 2 Case A – Ole.

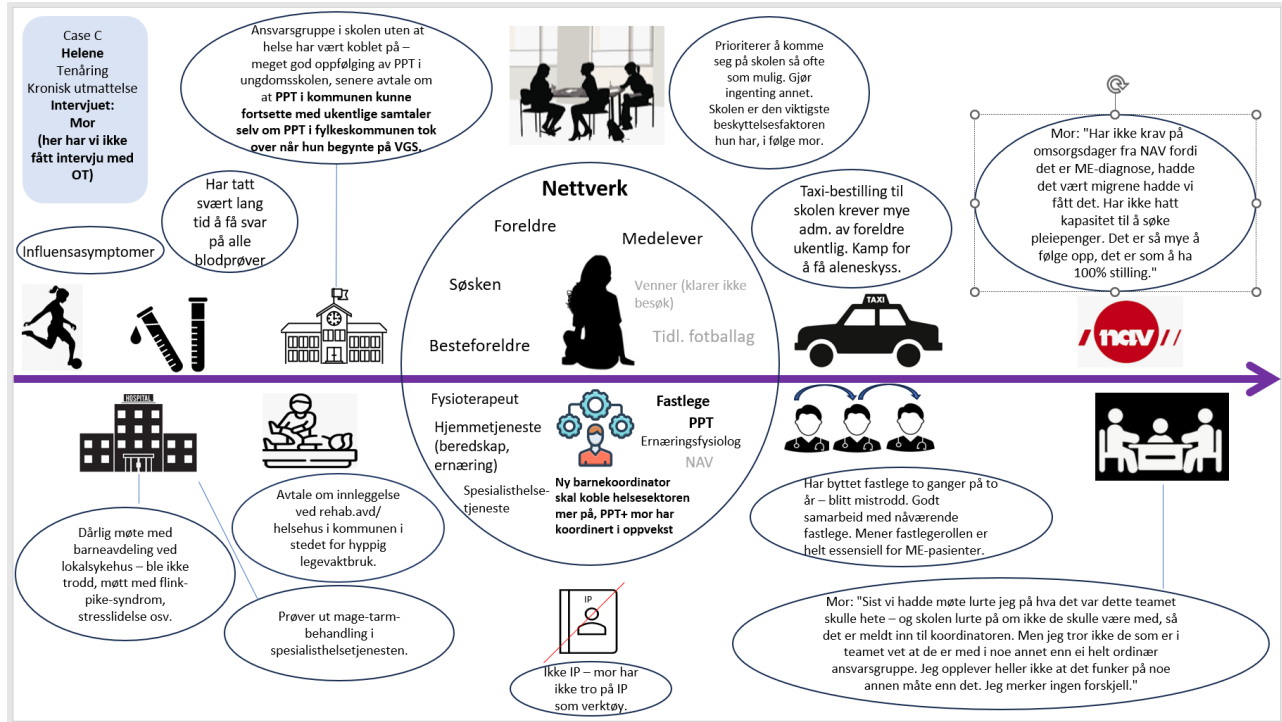


Figur 3 Case B – Pia.

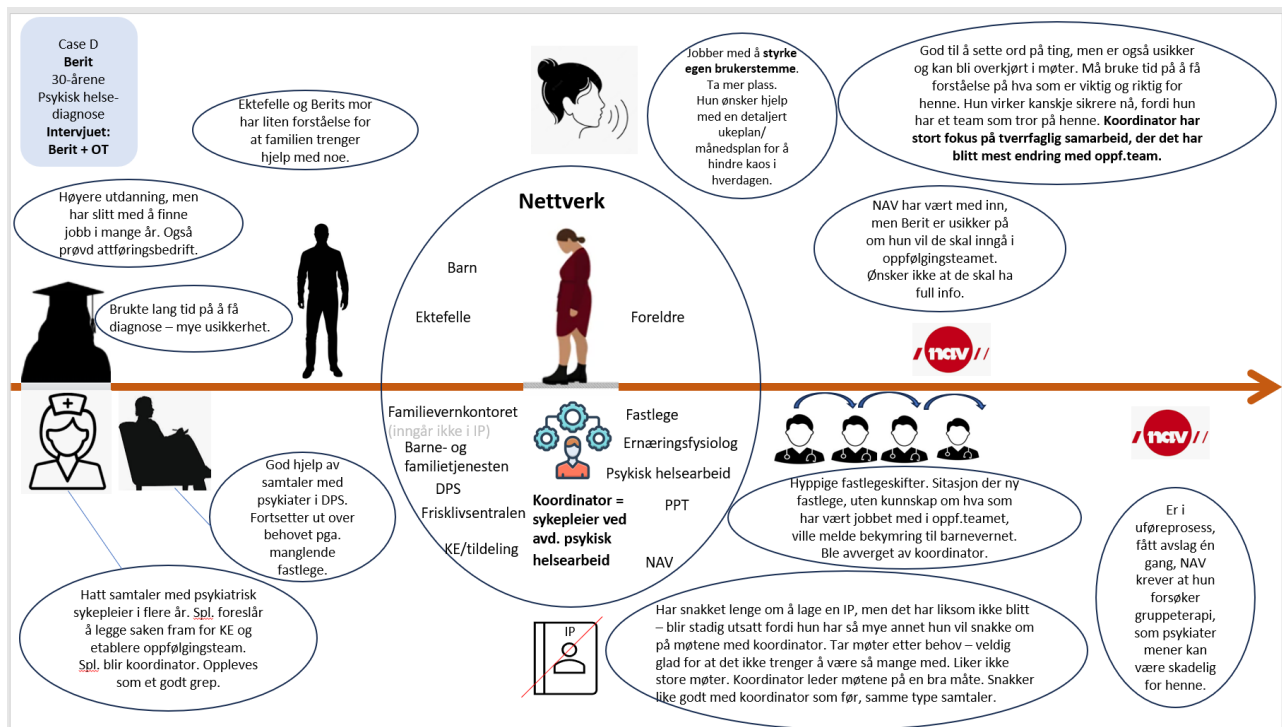




Figur 4 Case C – Helene.

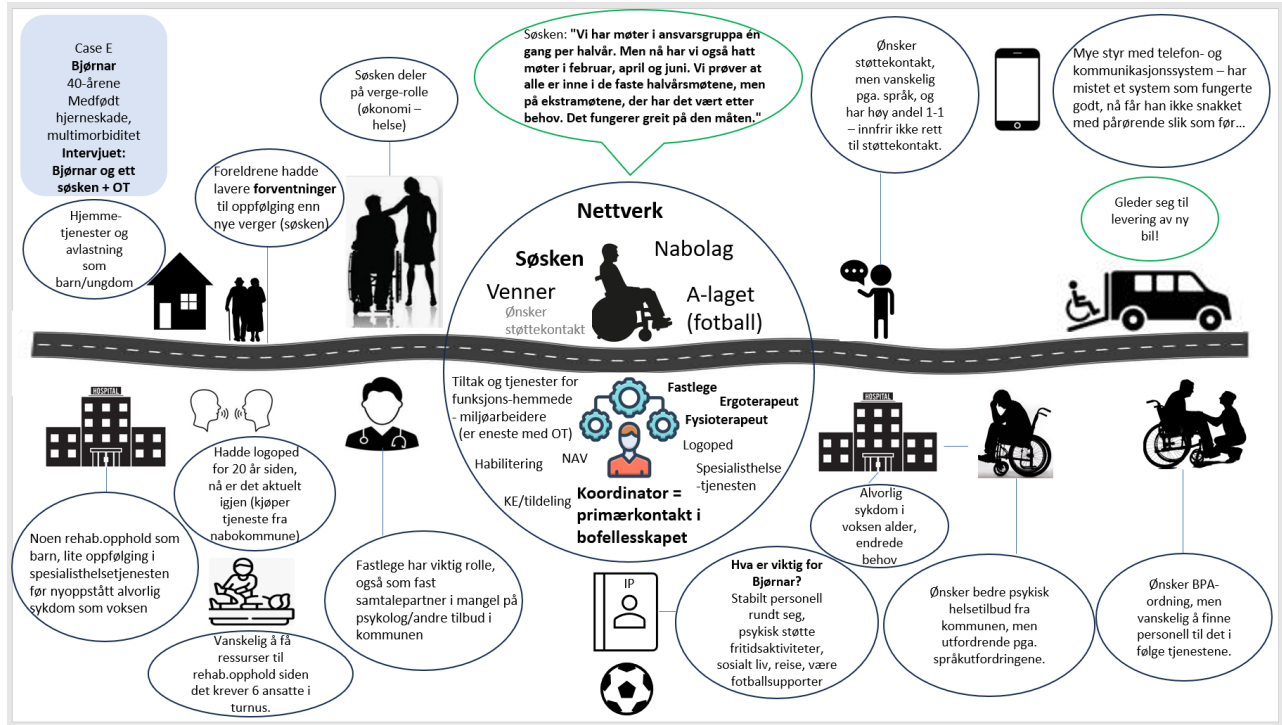


Figur 5 Case D – Berit.

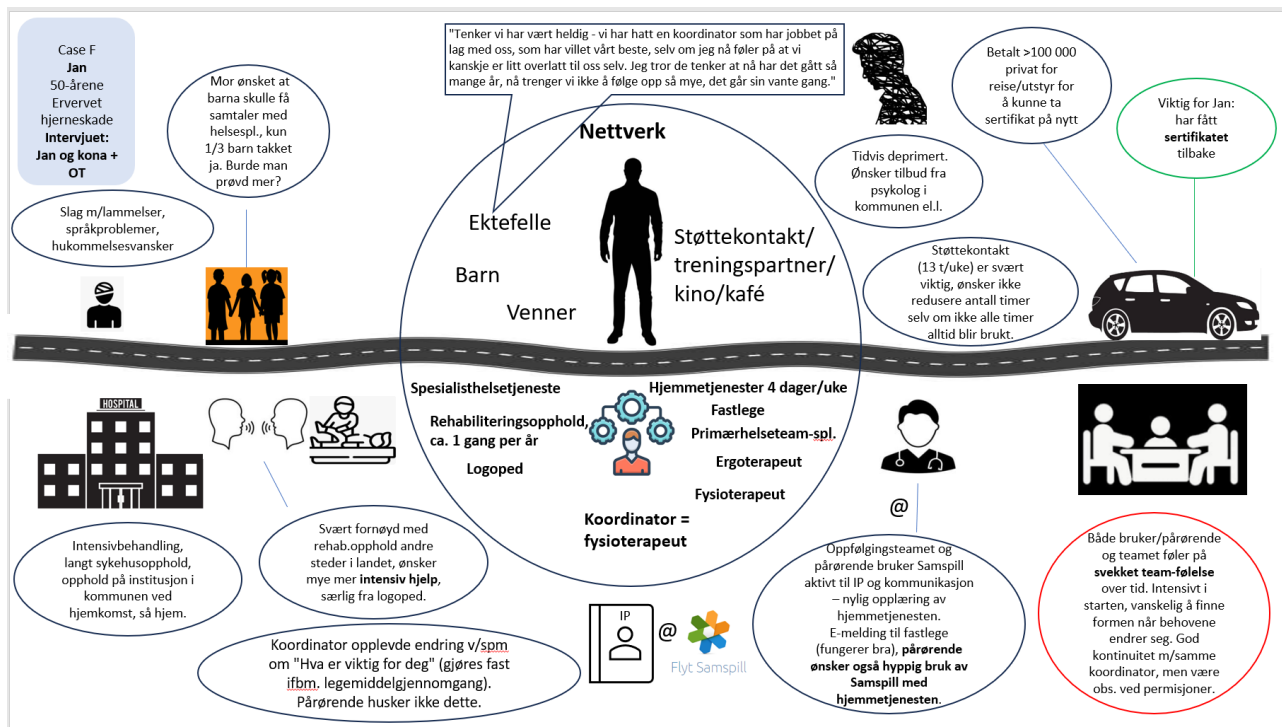




Figur 6 Case E – Bjørnar.

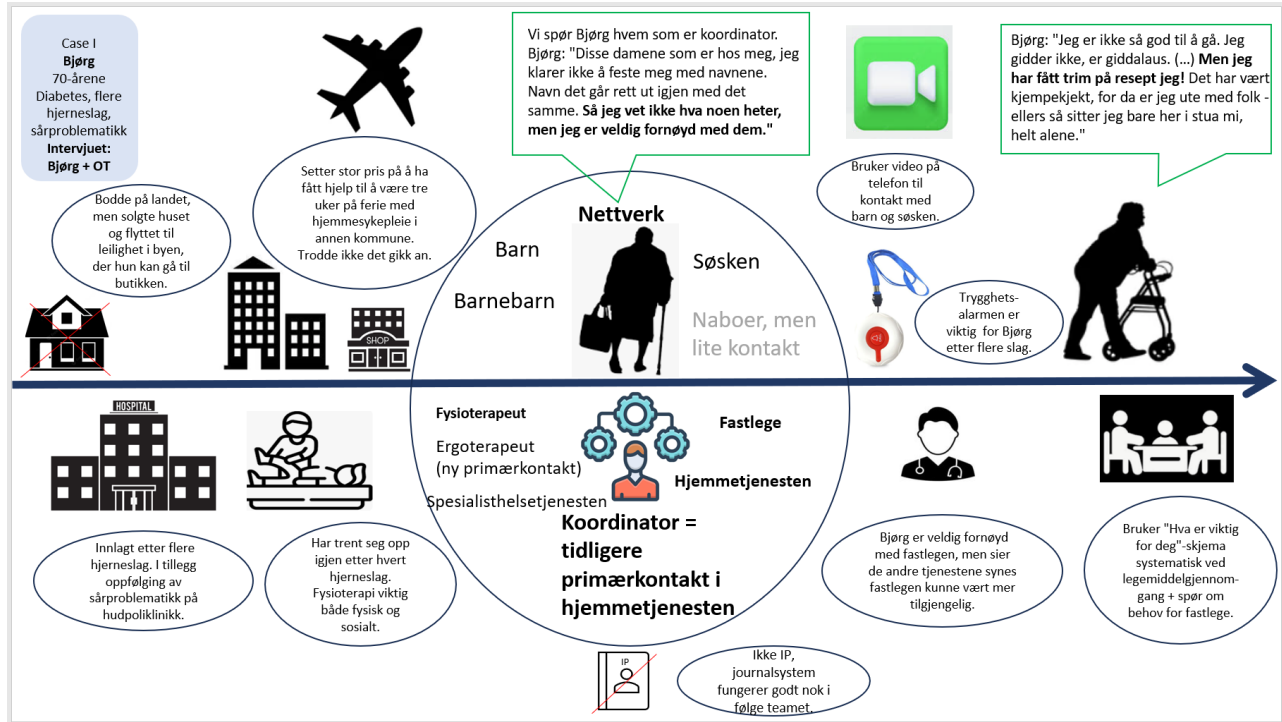


Figur 7 Case F – Jan.





Figur 10 Case I – Bjørg.





4.3 Gode grep for strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam

Vi ønsket å undersøke hvilke aktører og elementer som typisk inngår i strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam, og hva som må til for at oppfølgingsteamene skal fungere godt i praksis. De illustrerte kasuistikkene over viser kompleksiteten i aktørkartet en bruker og et oppfølgingsteam skal forholde seg til. Ingen oppfølgingsteam er like, og variasjonen i utfordringer som skal løses strekker seg på tvers av tjenesteområder og sektorer. I dette delkapitlet framhever vi eksempler på gode grep som er tatt i det enkelte oppfølgingsteam – og eventuelle barrierer for å få til godt oppfølgingsteamarbeid.

4.3.1 Case A - Ole

- God **observasjonskompetanse** i barnehagen – de oppdaget nærmest umiddelbart at noe var galt. Ole ble født for tidlig, og det var derfor naturlig at utviklingen (krabbe/gå) gikk saktere. Men der foreldre, og også helsesykepleier, tenkte at "det går seg til", så barnehagepersonellet at noe var galt. Han får påvist en medfødt hjerneskade. Det ble etablert en ansvarsgruppe fra ett års alder, der fysioterapeut var koordinator.
- Ole har vært på flere rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten som familien er svært fornøyd med. Det er godt å møte andre med samme type problematikk og fagfolk med spisskompetanse på Oles diagnose. **Et godt grep i oppfølgingsteamet er at fysioterapeut (som også er koordinator) viser genuin interesse for Oles situasjon, tar ekstra kurs i diagnosen, og dermed kan øke kompetansen i hele oppfølgingsteamet.**
- **Spesialisthelsetjenesten deltar jevnlig i oppfølgingsteam-møtene til Ole**, noe som også bidrar til økt kompetanse i kommunen.
- Ole har måttet bytte barnehage underveis fordi familien har flyttet til et tilrettelagt hus de har fått støtte fra Husbanken til å bygge. Oppfølgingsteamet og barnehagen sørget for et **godt planlagt barnehagebytte** der det ble arrangert flere besøk i den nye barnehagen på forhånd. Overgangen gikk veldig fint, og familien ønsker at samme prosedyre brukes når Ole skal begynne på skolen. **De trygge overgangene er noe av det mor løfter fram som svært viktig for dem at oppfølgings-teamet tar en rolle i.** Ole er svært godt likt av de andre barna i barnehagen, men familien er bekymret for hvordan det skal gå med tanke på mobbing når han møter barn som ikke kjenner ham fra før på skolen.
- Ole mangler p.t. **logopedtjenester**, noe kommunen har forsøkt å søke etter. Det er svært viktig for foreldrene at dette er i orden til skolestart. Utfordringen med logopedtjenester gjelder flere av oppfølgingsteamene vi intervjuet.
- Da ansvarsgruppen ble gjort om til oppfølgingsteam skulle en spes.ped. fra oppvekstsektoren inn som ny koordinator. Vedkommende hadde aldri skrevet en individuell plan før, og følte seg usikker på det. **Med god støtte fra KE ble det bestemt å dele ansvaret for individuell plan mellom oppvekst (som tar seg av alt det barnehage-/skolerelaterte) og helse (som tar seg av å skrive det som omhandler helse i individuell plan).** Dette ble løftet fram som et godt grep fra koordinatoren sin side, vedkommende føler seg mye tryggere i rollen når hun slipper å sitte med alt ansvar alene.
- I dette oppfølgingsteamet har fastlegen en sentral rolle. For å bli bedre kjent med Ole sine behov, har **fastlegen kommet for å observere Ole i barnehagen, og har også deltatt når Ole har vært hos fysioterapeut.** Familien setter stor pris på fastlegens interesse og proaktive rolle.
- Koordinatoren uttaler at **relasjonsbyggingen i et oppfølgingsteam blir bedre enn i en ansvarsgruppe.** Hun har "sett lyset", som hun sier, og vil aldri tilbake.
- Familien har god hjelp av **ergoterapeut som hjelper til med søknader** om hjelpemidler, og trekker vedkommende fram som en ressurs i teamet. De har imidlertid opplevd så lang leveringstid når



hjelpemidler er bestilt, at Ole har vokst ut av dem før de i det hele tatt har blitt levert. Da må man gjøre nye mål, og vente på bestillingen nok engang.

- Ole har opplevd å få så kraftige smerter at foreldrene har hatt behov for hjelp på natt. De ønsker **en plan for akutte hendelser på kveld/natt** som sørger for at de kan ivaretas av andre enn interkommunal legevakt som ikke nødvendigvis kjenner situasjonen. De håper oppfølgingsteamet kan bistå med en slik akuttplan, og ønsker at den ligge som del av individuell plan.

4.3.2 Case B – Pia

- Pia ble født prematurt og måtte gjennom flere omfattende operasjoner rett etter fødsel. Har en medfødt genetisk tilstand. Et godt grep fra kommunens side var at **to helsesykepleiere ble sendt for å møte familien på lokalsykehuset** da de ble overført fra Rikshospitalet. Dette understreker viktigheten av å starte oppfølging fra kommunen så tidlig som mulig i et forløp der det tidlig blir kjent at familien kommer til å trenge hjelp fra tjenestene.
- Da familien kom hjem fra lokalsykehuset **tok fastlegen kontakt for å trygge dem på at han skulle sette seg godt inn i saken og bli kjent med Pia**. Han trygget også familien på at de skulle få legehjelp umiddelbart ved behov, og at det ville være lav terskel for å få hjelp. Dette var svært viktig for familien.
- Det ble dannet ansvarsgruppe ved hjemkomst til kommunen, og gjennomført **to ansvarsgruppemøter før barnehagestart for å kartlegge behov og planlegge oppstarten**. Også **skolestart ble planlagt nøye** med involvering fra ansvarsgruppa, som hovedsakelig var forankret i oppvekstsektoren.
- En vernepleier som fulgte opp Pia i barnehagen, **fikk lov til å følge henne over i skolen**. Hele klassen fikk grunnleggende **opplæring i tegnspråk**. Dette betød svært mye for familien.
- I dette oppfølgingsteamet har det vært fire koordinatorene på ulike tidspunkt – først helsesykepleier som ble kjent med Pia tidlig, deretter spes.ped. i barnehage og inspektør/rektor på skolen. I det vi gjennomførte intervju hadde de nylig skiftet koordinator til fysioterapeut i helse. Familien var spent på overgangen, og **har vært veldig fornøyd med oppvekstsektorens koordinatorrolle**. De forventer at det vil ta litt tid å "finne formen" på nytt med helse som koordinator.
- Pia har en **velfungerende IOP**, ifølge mor, og det har ikke blitt utviklet individuell plan foreløpig.
- Selv om Pia er under ti år, er de foresatte i gang med å jobbe med framtidig **bolig**. De forventer at arbeidet i oppfølgingsteamet framover vil handle om å få på plass støttekontakt, avlastningen de har vedtak på, bofellesskap osv.
- I denne casen ble det framtrædende at oppvekstsektoren hadde et godt fungerende oppfølgingsteam (eller ansvarsgruppe, som de fortsatt kalte det) som foresatte var veldig fornøyd med, uten at helse-siden har vært så veldig involvert (ut over helsesykepleier som koordinator veldig tidlig og fastlege). **Behovene endres ettersom Pia har blitt større, og oppfølgingsteamet blir nå forankret hos fysioterapeut i helsesektoren, pårørende har tro på at det blir bra.**

4.3.3 Case C – Helene

- Før hun ble syk var Helene ei skoleflink og aktiv idrettsjente. Influensasymptomer over tid, og etter hvert utmattelse, gjorde at hun mistet all energi. Hun ble etter over ett års utredning diagnostisert med kronisk utmattelse.
- Historien om Helenes møte med helsetjenestene er annerledes enn for de øvrige casene vi har studert. Familien opplevde å bli **mistrodd og avvist** med "flink-pike-syndrom" både i spesialist-



helsetjenesten og blant fastleger i kommunen. Dette skapte sterkt mistillit til tjenesteapparatet, og mens familien på intervjutidspunktet fortsatt ikke ønsker å forholde seg til barneavdelingen ved lokalsykehuset, **byttet de fastlege og har nå en fastlege de føler seg hørt hos.**

- Det ble opprettet en ansvarsgruppe i skolen uten at helse har vært koblet på, og familien har vært fornøyd med oppfølgingen fra PPT i ungdomsskolen. Et godt grep som ble tatt da Helene skulle begynne på videregående, var at **hun fikk fortsette ukentlige samtaler med PPT i kommunen**, selv om det egentlig var PPT i fylkeskommunen som hadde ansvaret.
- Å klare å komme seg på skolen mest mulig er det viktigste målet Helene har – "**skolen er den viktigste beskyttelsesfaktoren hun har**", sier mor.
- Mor har **lite tro på at individuell plan som verktøy vil gjøre en forskjell i oppfølgingen**, og har ikke ønsket dette.
- Det har vært mye administrasjon knyttet til sykdommen, som f.eks. taxi-bestilling til skolen som må legges inn hver uke, og oppfølging hvis taxi ikke kommer som avtalt osv. Hadde ønsket seg et bedre system her. Mor har heller ikke hatt overskudd til å **søke om pleiepenger**. Dette er eksempler på oppgaver de **ønsker hjelp til koordinering** av.
- Helene blir kommunens første som får **barnekoordinator**, etter at den ordningen trådte i kraft i 2022. Det er foreløpig tidlig i oppfølgingsteam-forløpet på intervjutidspunktet, og mor har ikke merket så stor forskjell fra ansvarsgruppen foreløpig.
- I denne casen fikk vi ikke svar på henvendelser om intervju med oppfølgingsteamet.

4.3.4 Case D – Berit

- Berit har høyere utdanning og har forsøkt seg i flere ulike jobber, også i attføringsbedrift, men har slitt med å klare å stå i jobb over tid. God til å sette ord på ting, men kan også fremstå usikker i større møter. **Koordinator/sykepleier jobber med å få henne til å tørre å ta mer plass** (bruke stemmen sin). Koordinator tilrettelegger for møter med færre aktører for at hun skal få mer plass.
- Familien har barn, og har blant annet hatt behov for oppfølging fra familievernkontoret og barne- og familietjenesten og PPT.
- Har gått til samtale hos sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid i kommunen over flere år, og har blitt henvist av fastlegen til DPS for utredning av psykisk helse. Har etter hvert fått en psykisk helse-relatert diagnose.
- Får god nytte av samtaler med psykiater ved DPS. Selv om hun kunne vært avsluttet i DPS (ifølge Berit selv) ønsker psykiater å fortsette samtaler pga. **mangel på fastleger i kommunen**. Har hatt hyppige fastlegeskifter, og har opplevd en traumatisk hendelse der ny fastlege uten kjennskap til historikken og arbeidet som hadde vært gjort i oppfølgingsteamet, ønsket å melde bekymring til barnevernet. Her **reagerte koordinatoren kjapt, og sammen med oppfølgingsteamet fikk de løst saken uten bekymringsmelding til barnevernet**.
- Et aspekt i oppfølgingen er at noen av **de nærmeste pårørende har slitt med å forstå Berits behov for oppfølging**.
- Det har vært snakk om å utforme individuell plan, men det har ikke blitt noe av. Sier selv det er fordi det er så mye annet hun vil snakke med koordinator om. **Berit ønsker en mer detaljert måneds- og ukeplan** for å hindre kaos i hverdagen.
- Sykepleieren som har hatt samtaler med Berit i Avd. for psykisk helse foreslo at de skulle legge saken til Berit fram for KE, med forslag om henne (sykepleieren) som koordinator, og der de andre tjenestene som har vært inne trekkes inn ved behov. Berit **setter stor pris på at de ikke trenger å**



være så mange samtidig i møtene, og synes koordinator leder møtene på en veldig bra måte. Snakker like godt med koordinator i psykisk helse-samtalene som tidligere. Koordinator opplever at det å få i stand et oppfølgingsteam har fått mer fart inn i det tverrfaglige samarbeidet.

- Berit er nå i en **utføreprosess**, men har nylig fått beskjed om at NAV krever at hun forsøker gruppeterapi først. Ifølge koordinator har psykiater uttalt at dette heller kan gi forverring for henne, og vil argumentere imot.
- NAV har spilt en rolle i oppfølgingen, men Berit er usikker på om hun vil de skal inngå i oppfølgingsteamet. Skeptisk til at NAV skal ha full info om hennes helsesituasjon. Fleksibiliteten i oppfølgingsteam-metodikken gjør at man tar egne møter med NAV underveis.

4.3.5 Case E – Bjørnar

- Bjørnar har en medfødt hjerneskode og har vært avhengig av tett oppfølging fra tjenestene hele livet. Hadde flere rehabiliteringsopphold som barn, men har så hatt lite oppfølging i spesialisthelsetjenesten, før nylig oppstått alvorlig sykdom.
- Har hatt ansvarsgruppe i mange år tidligere, som nå er omgjort til oppfølgingsteam. De praktiserer **ett "stormøte" per halvår, og ekstra møter som er mer behovsstyrte underveis**. Fungerer bra ifølge de pårørende, som får et bedre innblikk i hva som skjer i tjenestene underveis.
- Har flere søsken i vergeroller som er tett på i hverdagen, et godt grep, ifølge pårørende selv, er at de har **delt vergerollene** mtp. økonomi og helse mellom seg, og at de har definert "vara-verger". Bidrar til ansvarliggjøring av alle. Pårørende sier selv at de merker at de har **høyere forventninger** til tjenestene, enn det foreldrene hadde mens de levde. Pårørende ønsker stabilt personell rundt Bjørnar i boligen hans, men høy turnover, sykefravær, og høy arbeidsbelastning har gjort dette vanskelig. Ønsker BPA-ordning.
- Ønsker flere **rehabiliteringsopphold** nå i voksen alder, men det er vanskelig å få ressurser til da det er mange ansatte i turnus.
- **Det er viktig for pårørende at de kan kommunisere med Bjørnar** via et godt telefonsystem. Har tidligere hatt kommunikasjonssystem på mobil som fungerte godt, men har måttet bytte, og det nye fungerer dårligere. Dette går ut over livskvaliteten hans, mener pårørende.
- **Fastlegen har en svært viktig rolle i oppfølgingsteamet**, og har også faste samtaler med Bjørnar i mangel på psykolog/andre samtaletjenester i kommunen. Det er **store språkutfordringer**, og man må kjenne Bjørnar godt for at man kan forstå hva han mener. Dette vanskeliggjør også støttekontaktordning. Pårørende ønsker at han får mer oppfølging av sin psykiske helse, samt logopedtjenester.
- Har individuell plan der det hovedsakelig er **mål om et godt sosialt liv, reising (være fotballsupporter) og fritidsaktiviteter**. Glad for å få ny, tilrettelagt, bil etter 18 år med den gamle.

4.3.6 Case F – Jan

- Jan var en aktiv familiefar da det skjedde en ulykke, og han ble rammet av slag som ga lammelser, språkproblemer og hukommelsesvansker. Mottok intensivbehandling og hadde et lengre opphold på både sykehus og institusjon i hjemkommunen før han kom hjem.
- Har deltatt på flere rehabiliteringsopphold andre steder i landet som han er svært fornøyd med, ønsker flere slike med intensiv hjelp, særlig av logoped. Opplever framgang etter intensiv



opptrening, men at det stagnerer når han kommer hjem. Dette med intensiv hjelp er svært viktig for Jan.

- Har hatt **samme koordinator, som også er fysioterapeut, hele veien** – en fagperson de er veldig fornøyde med, og som de sier **har spilt på lag** med dem hele veien. Løfter imidlertid fram at de merker at det blir litt mindre aktivitet i oppfølgingsteamet over tid – at ting nå går sin vante gang. Interessant her at koordinator sier akkurat det samme i intervju med oss.
- Har en aktiv individuell plan og bruker Samspill.
- Kona til Jan er opptatt av å formidle at helsesykepleiere kanskje ga seg litt fort da to av tre barn takket nei til støttesamtaler etter ulykken. **Det var viktig for dem å få hjelp til å snakke med ungene om det som hadde skjedd**, og den nye familiesituasjonen med hjemmeværende far som trenger hjelp.
- Har hjemmetjenester inntil alle dager utenom helg, og når kona har fri én dag i uka.
- Oppfølgingsteamet og pårørende bruker **Samspill aktivt til individuell plan og kommunikasjon – nylig opplæring av hjemmetjenesten**. E-melding til fastlege fungerer bra, **pårørende ønsker også hyppig bruk av Samspill med hjemmetjenesten, og testet ut dette på intervjutidspunktet**.
- Jan har fått innvilget **13 timer støttekontakt i uka**, og bruker dette mye til regelmessig trening og sosiale sammenkomster på kafé. Dette er også viktig "alenetid" for kona. Noen ganger bruker de ikke opp alle timene per uke, men **viktig for dem å ha muligheten når behovet er der**. Dette har de formidlet via oppfølgingsteamet, da kommunen har ønsket å kutte ned på antall timer.
- Jan har brukt over 100 000 kroner privat til reise/utstyr for å kunne få kjøre opp på nytt i tilrettelagt bil. **Å få tilbake "lappen" har vært en viktig personlig seier**. De har bygget om privatbilen, slik at han kan bruke den.
- I dette oppfølgingsteamet gjennomføres en runde med "Hva er viktig for deg?" (PSFS-skjema) fast ved hver legemiddelgjennomgang. Koordinatoren har opplevd at det ble en ny dynamikk i oppfølgingen etter at PSFS ble tatt i bruk, men til tross for at vi spurte for å få fram erfaringer med dette hos Jan og kona, kunne de ikke huske å ha blitt stilt spørsmålet, eller at det hadde påvirket oppfølgingen.

4.3.7 Case G – Natalie

- Natalie og familien kom til Norge for få år siden, hun med store smerter i rygg og tidvis med besvimelser uten kjent årsak og andre uspesifikke plager. **Natalie tror selv hun er døende** på grunn av de sterke smertene, og det samme tror hennes mann og barn. Hun har fått en diagnose i hjemlandet, men må ha ny utredning her. På et tidspunkt hvor hun opplever å besvime hjemme, er Natalie og familien helt sikre på at hun har vært død, og senere "gjenoppstår".
- Det første møtet med norske helsetjenester er en fastlege, og i løpet av sine tre første år i Norge **møter hun seks ulike fastleger og fire ulike fysioterapeuter**.
- Det er et stort antall tjenester inne i bildet – både når det gjelder Natalies helse og oppfølging av barna i skolen (skolehelsetjeneste, barnevern og barne- og familietjeneste). Smertene gjør det vanskelig å gjennomføre obligatoriske timer hos Introtjenester.
- Oppfølgingsteamet har brukt lang tid på å forstå Natalies situasjon – både når det gjelder helse, ressurser, familierelasjoner, forhold i hjemlandet som påvirker dem osv.
- I dette oppfølgingsteamet har de møtt store kulturforskjeller i forståelsen av helse og smerter. Å tildele Natalie **en svært erfaren koordinator som har klart å samle oppfølgingsteamet i hyppige**



møter, og tatt små steg for at alle skal henge med og forstå situasjonen (inkludert Natalie selv), har vært et avgjørende grep i denne casen.

- Nåværende fastlege, og en god utredning (og tydelig skrevet epikrise) fra spesialisthelsetjenesten, har spilt en viktig rolle i å få landet at **det er kulturforskjeller i forståelsen av helse og smerter, men at hun ikke er døende, og at det ikke er farlig å bevege seg.**
- **Faste timer hos fysioterapeut hver uke virker i denne casen å ha større verdi enn bare fysioterapien og treningen i seg selv.** Selv om hun var skeptisk til å bevege seg med smerter i starten, har de faste fysioterapitimene blitt noe Natalie gleder seg til, og gjennomfører selv på dager der fysioterapeuten ikke er til stede. Får viktig sosialisering og språktrening hos fysioterapeuten.
- Fastlegen og koordinatoren har "kranglet" om pasienten skal få dekket taxi eller må ta buss til utredning i spesialisthelsetjenesten. Koordinator så mørkt på at en syk kvinne med dårlig språk skulle settes på en buss mot nærmeste sykehus, mens fastlegen mente det ikke ville skade, og ville legge selvstendigjøring og mestingsopplevelse i det. **Koordinatoren var den som måtte jobbe hardt for å få det til, men det gikk bra med buss, og ble mestring i det til slutt.**
- Det ble etter hvert bestemt at det var viktigere at Natalie var hjemme og fulgte opp ungene, enn at hun skulle presses til å delta på Introtjenester med smerter, og hun **ble til slutt uføretrygdet.** Dette løftes fram av oppfølgingsteamet som et **godt grep for hele familien**, der Natalie regnes som den mest ressurssterke. Her har man valgt å vektlegge hva som sannsynligvis er det beste for barna på lang sikt.

4.3.8 Case H – Hans

- Hans blir funnet desorientert på jobb, på en søndag, av pårørende. Det blir oppdaget infeksjon i et sår på foten, og Hans blir innlagt i nesten to måneder. Når han skal utskrives blir det etter hvert klart at han ikke klarer seg selv lenger. Han blir sykmeldt et års tid, før han pensjonerer seg. Han blir deprimert av situasjonen.
- Får drypp etter et hjerneinngrep, og opplever da større kognitiv svikt. Henvises til hukommelsesteamet av fastlegen. **Får etter hvert hjemmesykepleie/hjemmehjelp.**
- Blir også avdekket gjeldsproblematikk som gjør at hus og bil må selges. Får **økonomisk verge.** Flytter til privat leid leilighet i nærheten av butikk, slik at han kan gå å handle.
- Pårørende opplever **svært god effekt av rehabiliteringsopphold** (får hjem "en ny mann"), ønsker mer av det, men har "brukt opp kvoten", som datteren sier.
- Hvorvidt Hans bør kjøre bil opplever datteren som et vanskelig spørsmål. "Heldigvis" måtte bilen selges. Fastlegen mener det ikke er noe i veien for at han kan kjøre, mens datteren tolker det som at han ikke bør kjøre bil, basert på det som står i epikrisen til rehabiliteringsinstitusjonen. Her opplever datteren **det som et godt grep at hun og koordinator fikk samsnakket om dette og planlagt hvordan de kunne snakke med Hans om dette** på en samstemt måte.
- Oppfølgingsteamet har minst to møter i året, og **noe hyppigere siste år fordi pårørende har ønsket det.**
- Hans har ikke individuell plan, ifølge tjenestene, pårørende mente han har en individuell plan, men de har ikke sett den.
- I denne casen ble det også snakk om hvor viktig det er å avklare forventninger hos brukere/-pårørende ved koordinatorskifte. **Hva gjorde den forrige koordinatoren som var bra? Hva ønsker man mer eller mindre av?**



4.3.9 Case I - Bjørg

- Bjørg er ei eldre dame med diabetes, flere hjerneslag i løpet av livet, og sårproblematikk som må behandles og følges opp av hjemmesykepleie. Hun har både barn, barnebarn og flere søsken hun har god kontakt med.
- Hun har flyttet fra en større bolig "på landet", **til en leilighet som ligger nær butikk**, slik at hun kan gå til butikken.
- Har trent seg opp etter flere hjerneslag, og går nå til fysioterapeut ukentlig. Forteller at **fysioterapien er viktig for henne både fysisk og sosialt**. Forteller at hun har fått "trim på resept" – og at "det har vært kjempekjekt, for da er jeg ute med folk – ellers så sitter jeg bare her i stua mi, helt alene". Dette til tross for at hun omtaler seg selv som "giddalaus".
- Har ikke individuell plan, **men ifølge koordinatoren fungerer journalsystemet godt nok til å ha god oversikt i saken**.
- Bjørg er veldig fornøyd med fastlegen, men sier at de andre tjenestene mener fastlegen kunne vært litt mer tilgjengelig. Er generelt veldig fornøyd med tjenestene.
- **Koordinatoren bruker "Hva er viktig for deg?"/PSFS-skjema systematisk** ved hver legemiddelgjennomgang. En ting som er viktig for Bjørg er å kunne besøke familie.
- Bjørg har tenkt at hun ikke kunne reise til familien som bor langt unna siden hun trenger oppfølging fra hjemmesykepleie til sårstell og medisiner. **Koordinator har hjulpet henne med å søke om hjemmesykepleie i kommunen hun skulle besøke, slik at hun fikk tatt fly og vært tre uker på ferie**. Har betydd mye for Bjørg å gjennomføre det, og å vite at hun har den muligheten.

4.4 Samsvar og diskrepans mellom hvordan brukere/pårørende og oppfølgingsteamet vurderer oppfølgingen

Ved først å gjennomføre intervjuet med brukere og pårørende, kunne vi i større grad tilpasse intervjuguiden til å bli relevant for den enkelte saken når vi skulle intervju ansatte i oppfølgingsteamet på et senere tidspunkt. Dermed stilte vi med mye mer informasjon på forhånd, enn da vi intervjuet brukere tidligere i evalueringen. I det følgende tar vi for oss tema som vi så utmerket seg i en analyse av samsvar og diskrepans mellom hvordan hhv. brukere/pårørende og teamet vurderte oppfølgingen.

4.4.1 Brukermedvirkning og pårørendes rolle i oppfølgingsteamet

I evalueringen som case-studien er en del av (Kalseth et al., 2024), så vi at de fleste brukerne/pårørende som ble intervjuet, eller svarte på spørreskjema, opplevde at de fikk lov til å være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2023, svarte 60 prosent av brukerne «ja» på dette spørsmålet, mens 20 prosent svarte «nei», og de resterende 20 prosentene "vet ikke". At så mange som én av fem brukere svarte at de ikke vet om de har fått være med å bestemme, kan si noe om at man ikke har kjennskap til at brukermedvirkning skal stå sentralt i tjenestetilbudet, eller at de ikke hadde forventninger om å få medvirke. Det betyr også at det ikke er rett fram å spørre brukere om brukermedvirkning, fordi relativt mange vil være usikre på hva det innebærer. Teamdeltakere (ansatte i f.eks. helse- og omsorg eller oppvekst), koordinatorene og ledere skåret høyt på oppfatning av bruker-involvering i egne tjenester. Vi så for eksempel at en høy andel av alle disse tre personellgruppene mente at brukerens egne ønsker og behov i stor grad blir vektlagt i tjenestene, i ansattundersøkelsen som gikk ut i de fire pilotkommunene i 2023.



Det er generelt lite forskning på brukermedvirkning i kommunale helse- og omsorgstjenester³⁷. Bikova og Christensen (2022) refererer til en litteraturgjennomgang av Haugen et al. (2018) som viste at individuelle egenskaper ved brukere og tjenesteytere, relasjonen til pårørende og organisatoriske forhold påvirker mulighetene for brukermedvirkning (i dette tilfellet for eldre personer med demens). De fant også at mindre erfarne tjenesteytere oftere prioriterte å utføre pleieoppgaver, i stedet for å tilrettelegge for brukerinvolvering, mens de mer erfarne la større vekt på brukernes selvstendighet^{38 39}. Haukelien et al. (2011) skriver at det som hadde vært skrevet om brukermedvirkning i forskningslitteraturen fram til da viste at begrepet i praksis rommer mange ulike former for medvirkning, alt fra brukerdeltakelse i kommunale råd til det at brukerne gir uttrykk for ønsker og behov i det daglige stellet på et sykehjem. De valgte å klassifisere de ulike formene for brukermedvirkning i tre grupper: institusjonelle ordninger, individuelle brukerretnede ordninger og forvaltningsorienterte ordninger. I en slik klassifisering betød institusjonelle ordninger at brukerne medvirker gjennom organer som brukerråd, brukerutvalg, høringsrunder, brukermøter etc. Individuelle brukerretnede ordninger dreier seg om at brukerne gis muligheter for å gjøre selvstendige valg (for eksempel fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse). Forvaltningsorienterte ordninger handler om at forvaltningen utformer tjenestene i henhold til brukernes beste³⁷.

Hva spurte vi om vedrørende brukermedvirkning?

I case-studien hadde vi flere spørsmål til brukerne som berørte brukermedvirkning. Vi spurte bl.a. om hvordan behovet deres for hjelp ble kartlagt av kommunen, om de fikk være med å bestemme mål for oppfølgingen, om de selv deltok på alle møter i oppfølgingsteamet, om de fikk være med å bestemme hvem som skal delta på møtene, og hvordan de har opplevd å bli involvert i oppfølgingsteam møtene. Vi hadde også spørsmål om pårørendeinvolvering i intervjuguiden til brukerne, der vi blant annet spurte om de opplevde at pårørende ble involvert av de tjenestene brukeren var i kontakt med, og i så fall på hvilken måte det ble gjort. I intervjuguiden til oppfølgingsteamet spurte vi også om hvordan utredningen av behov foregikk (og om bruk av PSFS/"Hva er viktig for deg?"-skjema), og vi ba teamet gi eksempler på bruker- og pårørendeinvolvering. I lys av Haukelien et al. (ibid.) sin klassifisering, har vi altså her vært mest opptatt av de individuelle brukerretnede og forvaltningsorienterte ordningene, og vi spurte i liten grad om institusjonelle ordninger for brukermedvirkning i case-studien.

I fire av intervjuene (case A, B, C og H) deltok utelukkende pårørende i intervjuet på vegne av brukerne – som enten var for unge til å delta selv, for syke eller manglet språk. I to av casene deltok både bruker og pårørende (Case E og F), mens det i tre av casene ble gjennomført intervju kun med brukeren (case D, G og I). Å snakke om brukermedvirkning og brukerinvolvering i case-intervjuene viste at brukere og pårørende legger forskjellige ting i disse begrepene. Det kunne f.eks. handle om det å delta i oppfølgingsteam møtene, om å bli spurt om hva som er viktig for en, og om å bli hørt når man har et ønske eller mening om noe. Vi opplevde sterke bruker- og pårørendestemmer i de fleste av casene, noe som nok delvis skyldes seleksjonsmekanismer i rekrutteringsprosessen til intervju. Det var et poeng for oss å få rekruttert personer som med høy sannsynlighet ville kunne snakke fritt og aktivt om sine erfaringer med å ha oppfølgingsteam, og tjenestene som hjalp oss med rekruttering hadde dette *in mente* da de forespurte utvalgte brukere; det måtte være noen de trodde kom til å dele raust av egne erfaringer, og det skulle helst være brukere med velfungerende oppfølgingsteam, eller team som hadde fått til en positiv endring. Vi fikk begge deler; både team som var svært velfungerende ifølge både brukere/pårørende, men også team som fungerte mindre bra. Særlig for de yngste brukerne (case. A, B og C) var det svært engasjerte og involverte mødre som talte barnas sak, og som stilte kritiske spørsmål ved tjenestetilbudet. Det var for øvrig kvinner involvert som informanter i alle intervjuene – også der brukerne var voksne menn (case E, F og H). Seleksjonen av sterke



stemmer inn i case-studiene sannsynliggjør også at vi her har fått intervju personer som er over gjennomsnittlig interessert i å brukermedvirke på vegne av sine barn/foreldre-/ektefelle.

I særlig ett av casene (Case E – Bjørnar) var pårørende til dels uenige med oppfølgingsteamet om hva som var den beste måten å følge opp brukeren på. Dette handlet særlig om bemanningsplan og typer tiltak de pårørende ønsket for Bjørnar. Intervjuet med oppfølgingsteamet bekreftet dette, og vi opplevde at det var samsvar i synet på utfordringsbildet og uenighetene fra begge parter. Et interessant aspekt ved Bjørnars tilfelle er hvordan de pårørende selv sier at forventningene til tjenestetilbudet steg betraktelig fra de pårørende da de tok over vergemål etter foreldrenes bortgang. Samtidig er det store kommunikasjonsutfordringer på grunn av manglende språk, som både begrenser tjenestetilbudet (f.eks. samtaletilbud) og gjør at Bjørnar i stor grad er avhengig av de pårørende for å kommunisere sine behov, slik vi oppfatter det. Her oppstår et rom for fortolkning som nok ikke alltid er så lett å navigere i for verken bruker, pårørende eller tjenester, der aktørene kan bli usikre på hva som er brukerens behov og ønsker, hva som er de pårørendes ønsker, og hvordan tjenestene skal løse dette på best mulig måte. Casen viser godt hvor kompleks brukermedvirkning kan være, når den det gjelder sliter med språk. Dette så vi også i Case G – Natalie, der tjenestene var avhengige av tolk for å kunne snakke med henne. Den kulturelle forståelsen av helse og sykdom var dessuten radikalt annerledes hos henne og familien, slik at man hele tiden trengte å "oversette" prøvesvar og oppfølgingsteamarbeid på flere måter. Her hadde koordinatoren stor bevissthet, og gjorde en omfattende jobb med å til enhver tid sørge for at både brukeren og de øvrige tjenestene hang med på status og utvikling i saken.

I case D – Berit oppleves informanten som ressurssterk og reflekterende, med god innsikt i egen situasjon og med god evne til å sette ord på ting. I intervju med oppfølgingsteamet kom det fram at de opplever at brukeren blir mer usikker i større møter, og koordinatoren uttaler at hen jobber for å få Berit til å tørre å ta mer plass, samtidig som de tilrettelegger for mindre møter, slik at hennes stemme skal komme fram. Dette er et godt eksempel vi fikk på konkret tilrettelegging for at brukeren skal få medvirke aktivt i tjenestene. Et annet konkret eksempel på brukermedvirkning fikk vi i Case C – Helene. Her skulle PPT i kommunen egentlig slutte å yte tjenester når hun begynte på videregående (fylkeskommunalt PPT skulle overta), men der hun etter eget ønske fikk lov til å fortsette samtaler med behandleren hun hadde fått en god relasjon til i kommunalt PPT. At tjenestene "strekker seg ut over eget gjerde" når de ser at det er til det beste for brukeren, er også en form for brukermedvirkning. Det var få brukere/pårørende som selv brukte Samspill aktivt, men i Case F – Jan gjorde de aktivt bruk av både Samspill (til individuell plan) og e-meldinger til fastlege. De ønsket å videreutvikle Samspill til å bli den foretrukne kommunikasjonskanalen med hjemmetjenesten for alle beskjeder mellom aktørene, et ønske som kom fra Jan og kona.

I Case H – Hans traff vi på et brukermedvirkningsdilemma; hvordan forholde seg til brukere med mild form for kognitiv svikt, men som har sertifikat og ønsker å kunne kjøre selv, samtidig som pårørende ikke mener det er tilrådelig? Ifølge datteren, som vi intervjuet, mente fastlegen at det ikke var noe problem at Hans kjørte bil, mens datteren var av en annen oppfatning basert på sin opplevelse av farens kognitive funksjon og tolkning av epikrisen fra en rehabiliteringsinstitusjon. Løsningen ble et møte mellom datter og koordinatore i forkant av et oppfølgingsteam møte, der de ble enige om en felles strategi for å snakke med Hans om dette. Før møtet var datteren redd for at også koordinatoren skulle si at bilkjøring ikke var noe problem. Etter hvert ble dilemmaet mindre ved at Hans måtte selge bilen grunnet økonomiske forhold. Vi kan ikke vurdere hvem som hadde rett i denne saken, men tok den med som eksempel på en kompleks problemstilling der pårørende og fastlege er uenige om hva som er best for brukeren. For en mer teoretisk



diskusjon rundt organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri-feltet, se Huby et al. (2018)⁴⁰.

4.4.2 Personlige relasjoners betydning

I de tilfellene brukerne var ekstra godt fornøyde med tjenestene, fikk vi også inntrykk av at tjenesteyterne i oppfølgingsteamet var ekstra entusiastiske, og kanskje hadde strukket seg litt lenger for å yte god hjelp. I tilfeller der vi hadde intervjuet mer kritiske røster blant brukere/pårørende, gjenspeilet det seg som regel også i intervjuet med oppfølgingsteamet at det kunne være krevende å oppfylle forventningene til disse brukerne og pårørende. Vi kunne ane en tettere relasjon mellom bruker og (særlig) koordinator i caser med særlig fornøyde brukere, basert på måten de omtalte hverandre på i intervjuene. I små kommuner er det dessuten mange som kjenner hverandre privat også. Her er det ikke lett å vite hva som er høna og egget – om det er lettere å yte ekstra god hjelp til brukere som er takknemlige og positive til den hjelpen de får, eller om brukere/pårørende var så positive og takknemlige fordi de hadde fått så god hjelp fra oppfølgingsteamet i utgangspunktet. Dette fikk oss til å reflektere rundt hvordan positive eller negative tilbakemeldinger fra brukere og pårørende kan påvirke oppfølgingen som gis, og betydningen av relasjon mellom teamdeltakere og brukeren/pårørende.

Det kan også tenkes at det blir vanskeligere for brukeren å gi ærlige tilbakemeldinger hvis man er misfornøyd med noe, og man kjenner koordinator eller teamdeltakere privat. Dette er noe som med fordel kan reflekteres rundt på en systematisk måte både i oppfølgingsteamet (også med bruker/pårørende til stede), og når kommunene driver med koordinatoropplæring. Høy koordinatorkompetanse vil sannsynligvis kunne bufre negative konsekvenser av slike personlige relasjoner. I Huby et al. (2018) skriver de at "Lokal tjenesteutvikling med full bruker- og pårørendemedvirkning bør fokusere på robuste systemer som utløser potensialet for personlige relasjoner til å bygge broer mellom tjenester, brukere og pårørende."

Det var også slik at i intervju der brukere/pårørende brakte opp utfordringer i samarbeidet, dukket som regel disse elementene også opp i tjenesteintervjuene, uten at de ble nevnt av oss (vi var generelt nøye på å ikke uttrykke hva vi hadde snakket med brukere/pårørende om i intervju med tjenestene). Det var altså ofte samsvar mellom det inntrykket vi hadde om brukerens behov og fornøydhet, og hvorvidt oppfølgingsteamet selv uttrykte at de hadde evnet å oppfylle disse behovene, eller i det minste var bevisste på dem. I et brukerperspektiv var det betryggende å se at vi fant et slikt samsvar i oppfatning innad i oppfølgingsteamene, fordi det kan tolkes som et uttrykk for at teamdeltakere og koordinator hadde forstått hva som er viktig for brukeren. Utfordringen blir å bruke denne kunnskapen til å drive oppfølgingsteamarbeidet videre i riktig retning.

Både i intervju med brukerne (som sa det særlig om koordinatoren) og oppfølgingsteamet kom det eksempler på at personlige relasjoner kan være et element i god samhandling og medvirkning i tjenestene. Samtidig kan sterke personlige relasjoner være en trussel mot et tjenestesystem som er tilgjengelig for alle⁴⁰. I følge Huby et al. (2018) vil tjenestekvalitet som baserer seg på enkeltpersoners innsats lett føre til at brukere med de flinkeste tjenestekontaktene får de beste tjenestene, noe som igjen kan skape skjulte beslutningsprosesser som utelukker både brukere og tjenester fra beslutninger⁴⁰. En viktig utfordring til strukturert tverrfaglige oppfølgingsteam er at samhandling krever robuste rutiner slik at kommunikasjon og beslutninger fungerer også der personlige relasjoner er svake eller fraværende.



4.4.3 Ulike forventninger til oppfølging fra helse og oppvekst

I Case B – Pia, var foresatte svært godt fornøyde med ansvarsgruppearbeidet som hadde vært gjort i oppvekstsektoren, men hadde lite erfaring med den nye koordinatoren og oppfølging fra helsesiden (ut over fastlege). I dette intervjuet opplevde vi at pårørende hadde lave forventninger til hva helse kunne hjelpe dem med av administrasjon og koordinering for de utfordringene de sto overfor framover (avlasting, støttekontakt, bolig osv.). Forhåpentligvis klarte den nye koordinatoren å integrere oppvekst-siden og den "gamle" ansvarsgruppen i oppfølgingsteamet på en god måte. Slike bytter av koordinatoransvar fra oppvekst og til helse, og vice versa, er noe å være spesielt oppmerksom på i oppfølgingsteamarbeid, og et område der forventningsavklaring med foresatte og deltakerne i oppfølgingsteamet er viktig. Som vi så i Case A – Ole, hadde de funnet en løsning der ansvaret for individuell plan ble delt mellom helse og oppvekst, samtidig som den nye koordinatoren fra oppvekst-siden fikk god støtte fra KE. Dette er et godt eksempel på hvordan ulike tradisjoner for koordinering i ulike sektorer kan forenes i et oppfølgingsteam. Det var dessverre ingen av casene som hadde koordinator i barnevernet eller i NAV. Et generelt funn i evalueringen var at disse tjenestene ofte blir litt perifere i oppfølgingsteamene, og at de har sine egne team og rutiner for oppfølging¹. Desto viktigere blir det at oppfølgingsteam som inkluderer disse tjenestene gjør en forventningsavklaring tidlig i oppfølgingsteam-forløpet.

4.4.4 Erfaringer med individuell plan

Som beskrevet innledningsvis i dette notatet har det vært forsket relativt lite på bruken av individuell plan i Norge, og den forskningen som finnes har ofte konkludert med at det er et stort forbedringspotensial på dette feltet^{20-22 41}. Fire av våre ni caser hadde individuell plan, ett av casene hadde IOP. Det var blandede erfaringer med individuell plan i de ulike casene – fra individuelle planer som fungerte godt, både ifølge brukere/pårørende og tjenestene (f.eks. Case A - Ole, E - Bjørnar og G - Natalie), til brukere/pårørende som enten ikke hadde tro på individuell plan som verktøy, og dermed heller ikke ønsket det (Case C – Helene), eller brukere som ønsket en annen type plan (case D – Berit). I Case H – Hans sitt tilfelle var det slik at pårørende trodde han hadde individuell plan selv om de sa at de ikke hadde sett den, mens tjenestene fortalte at det ikke var utviklet individuell plan for ham. For Case I – Bjørg, som var den eldste vi intervjuet, var det ikke utviklet individuell plan, men det ble presisert at journalsystemet fungerte godt til dokumentasjon av oppfølgingen. Her var det relativt få tjenester inne i teamet, sammenliknet med de yngre informantene. Sett i forhold til kompleksiteten i utfordringer hos eldre, og antall tjenester som ofte er inne i sakene, er det grunn til å tro at bruken av individuell plan og koordinator for denne målgruppen er for lite utbredt.

I case D – Berit, hadde det vært snakk om å utforme individuell plan i oppfølgingsteam-møtene, men det har ikke blitt noe av. Hun mente selv dette var fordi det er så mye annet hun vil snakke med koordinator om, noe vi tolker som at hun har en klar oppfatning om at dette er en mulighet hun har, men som hun selv utsetter ved å ikke ta det opp i møtene. Det er tydelig at hun opplever det som sin beslutning og sitt ansvar å få utviklet en individuell plan. Berit ønsket mer detaljerte måneds- og ukeplaner for å hindre kaos i hverdagen, og tenkte at dette er noe annet enn målene som skal settes i en individuell plan. I denne casen var koordinatoren av samme oppfatning som Berit. En forkjemper for individuell plan på psykisk helsefeltet, Arnhild Lauveng⁴², har pekt på at mangelen på informasjon om individuell plan både blant brukere og tjenesteutøvere er en stor utfordring. Hun har uttalt følgende på spørsmål om hvorfor ikke alle som har rett til en individuell plan har det:

«Det kan være mange grunner til dette. Noen brukere ønsker ikke selv individuell plan, noen har ikke fått nok, eller korrekt, informasjon, og ville kanskje ønsket det, hvis de visste mer om hva en slik plan



er og ikke er. Det kan også være at kontaktpersoner og helsearbeidere ikke selv vet nok om individuell plan, eller om hvordan de best skal formidle informasjon om individuell plan til pasienter og ev. også pårørende. Det er selvfølgelig ikke slik at de som ikke ønsker en individuell plan skal presses til dette, men vi mener at det er viktig at det finnes nok, og lett tilgjengelig, informasjon om dette verktøyet slik at pasienter kan ta informerte valg.» (Arnhild Lauveng i intervju med Erfaringskompetanse.no, 2017⁴³)

I evalueringen så vi hvordan de ulike pilotkommunene hadde ulik tilnærming til individuell plan, og at individuell plan eller ikke individuell plan kan handle om hvordan man "selger den inn". I alle kommunene ble det identifisert brukergrupper som i mindre grad enn andre hadde fått tilbud om individuell plan og koordinator tidligere, og det ble jobbet for å utjevne disse forskjellene i løpet av piloten. I løpet av prosjektperioden gikk de to kommunene som ikke hadde et elektronisk samhandlingsverktøy for individuell plan til innkjøp av dette. Individuell plan var også langt opp på lista over ting koordinatorene ønsket mer kursing i (Kalseth et al. 2024).

4.4.5 Koordinatoren som oversetter

Case G – Natalie er en case som illustrerer godt hvordan kulturforskjeller kan påvirke oppfatningen av oppfølgingen som gis i norske helsetjenester. Natalie hadde med seg en diagnose i bagasjen da hun kom til Norge, trodde hun var døende og hadde vondt for å tro at det var lurt å bevege seg med smerter, slik norsk helsevesen forsøkte å overbevise henne om. Det var ei stund lav tillit mellom bruker og tjenesteapparat i denne saken, og det ble brukt mye ressurser på å få utredet henne på nytt i både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Tillitsutfordringer, språkbarrierer og ulik forståelse av helse gjorde koordinatorens jobb krevende i dette tilfellet. Koordinatoren fortalte oss hvordan hun brukte mye tid på å sørge for at alle parter, både Natalie og de øvrige tjenestene som drev oppfølging, hele tiden hang med, og faktisk forsto, hvert nye steg i utredning- og oppfølging. Etter hvert vant koordinator og oppfølgingsteam Natalies tillit, og på tidspunktet vi intervjuet teamet følte de at saken endelig var i ferd med å "lande" på en slags omforent forståelse av situasjonen. At man også fikk sørget for at det ble innvilget uføretrygd, og slakke på kravene om deltakelse på Inntjenester, slik at Natalie kunne være hjemme for å støtte opp om ungene, var også sannsynligvis et veldig godt grep for denne familien som kan vise seg å bli samfunnsøkonomisk lønnsomt på sikt, hvis ungene klarer seg bedre i skole- og arbeidsliv av dette grepet.

Også i Case A – Ole, fikk vi et godt eksempel på at en koordinator fra oppvekst-siden trengte en "oversetter" fra helse-siden, og bestemte seg for å dele ansvaret for den individuelle planen med helse, slik at den delen av den individuelle planen som omhandlet helse-relaterte ting ble skrevet med riktig fagterminologi, og med involvering av de riktige helsetjenestene, av noen som "kan" helse. I Case D – Berit var det også avgjørende at koordinatoren fikk grepet inn og formidlet det gode oppfølgingsteamarbeidet som var gjort på forhånd, da en vikarlege som ikke kjente saken så godt ønsket å sende bekymringsmelding til barnevernet. En liknende "oversetter"-rolle fikk koordinatoren i Case H – Hans når datteren ønsket å unngå at faren kjørte bil igjen, og koordinator og pårørende sammen planla hvordan man kunne formidle dette på en samstemt måte.

4.4.6 Fra primærkontakt til koordinator

Vi så flere eksempler på at primærkontakt, eller den som sto for en viktig del av oppfølgingen i tjenestene (f.eks. som fysioterapeut eller sykepleier som tok psykisk helse-samtaler), også tok rollen som koordinator.



Dette virker som et godt grep, og i Case D – Berit sitt tilfelle opplevde ikke brukeren at dette hadde endret noe på samtalen de hadde lang erfaring med å ha i psykisk helsearbeid. I ett av casene ble det imidlertid uttrykt at pårørende opplevde mindre tett oppfølging da den ansatte gikk fra å være primærkontakt til å bli koordinator. Det fikk oss til å reflektere rundt tidsbruk og koordinatorbegrepet – kan dette f.eks. handle om at koordinatoren mentalt "løfter seg" til et litt mer overordnet nivå når man går inn i koordinator-rollen? Sannsynligvis bruker de litt mer tid på administrasjon og samarbeid med andre tjenester, som igjen kan gå på bekostning av hyppig og nær brukerkontakt. Ytterligere en problemstilling som kan reflekteres over i koordinatoropplæringsøyemed.

4.4.7 Fastlegens rolle i teamet

Som vi så i de illustrerte kasuistikken hadde fastlegen fast plass i teamet, men det varierte mye hvilken rolle fastlegen spilte. Fastlegen er alltid medisinsk ansvarlig, og selv om flere av våre caser hadde opplevd hyppig utskifting av fastleger, hadde alle vi intervjuet en fastlege å forholde seg til. Vi så flere eksempler på at fastlegen ble brukt for å trygge brukerne eller de pårørende. I ett av casene var fastlegen fast samtalepartner i mangel på psykolog eller andre samtaletilbud i kommunen. I et annet case møtte brukeren fastlegen månedlig for trygging, og det var en plan om å gå over til annen hver måned etter hvert. Hos Case A – Ole fikk koordinatoren fastlegen til å dra ut på observasjon i barnehagen for å bli bedre kjent med Oles behov, mens i Case B – Pia var fastlegens trygging på at de 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 to ganger før brukeren opplevde å bli tatt på alvor, og et eksempel på at brukeren var veldig fornøyd med fastlegen sin, mens hun selv mente at tjenestene var misfornøyde med tilgjengeligheten. I evalueringen av piloten har vi konkludert med at noe av det viktigste den har bidratt til når det gjelder fastlegene, er større grad av rolleavklaring fra start i oppfølgingsteamet. 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 (som i Case I – Bjørg).

4.5 Oppfølgingsteam-casene i lys av veilederen

I kapittel 7 i veilederen presenteres strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform. Vi har lånt underoverskrifter fra dette kapittelet i veilederen til å strukturere resultatpresentasjonen når vi ser resultatene i case-intervjuene i lys av veilederen. Ifølge veilederen defineres oppfølgingsteam som en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med, og yter tjenester til, en pasient eller bruker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

4.5.1 Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester

Det er i utgangspunktet ingen grenser for hvilke aktører som kan være involvert i et oppfølgingsteam. Eksempler er hele spekteret av faggrupper i helse- og omsorgstjenesten, skole, spesialisthelsetjeneste, fastlege, PPT, NAV, barnevern, støttekontakt, Frisklivssentralen, habiliterings- og rehabiliterings-tjenester, rustjenester, tannhelsetjenester, familierådgivning mv. Hvis vi ser casene våre under ett, var det av disse kun tannhelsetjenester som ikke ble oppgitt å inngå i noen av teamene vi intervjuet. Pilotkommunene ser altså ut til å dekke de ulike fagfeltene godt. Samtidig så vi at det systematisk var flest fra helsesektoren, og dernest oppvekst-/utdanningssektoren, som ble rekruttert til intervju, og at sentrale stemmer i teamene dermed mangler. Kanskje var oppfølgingsteamets dynamiske natur, der alle deltakere i teamet ikke



nødvendigvis skal være med på alle møter, i seg selv en utfordring for rekruttering til intervju. Det er ikke nødvendigvis rett fram for hverken koordinatoren eller de ulike teammedlemmene å peke på hvem som utgjør teamet til enhver tid. I arbeidet med å analysere case-intervjuene reflekterte vi rundt om den dynamiske faktoren også kan være en utfordring for det tverrfaglige samarbeidet og "team-følelsen" over tid. Kanskje er det også større sannsynlighet for at tjenester som er lokalisert et annet sted enn helse, eller som sjelden er med på møtene (f.eks. NAV), lettere blir "glemt". I noen av casene fikk vi inntrykk av at brukeren ikke nødvendigvis opplevde at hen hadde et oppfølgingsteam rundt seg (f.eks. i Case I – Bjørg og Case C – Helene (vi fikk ikke intervjuet teamet til sistnevnte)), og at bruker/pårørende kunne ha vanskelig for selv å ha oversikt over hvem som inngår i teamet. Dette kan i noen tilfeller henge sammen med diagnose og kognitiv funksjon hos brukeren – men det er også en generell erkjennelse at mange brukere ikke har oversikt over hvilke tjenester de får fra hvor (f.eks. hva som er kommunale tilbud og hva som er spesialisthelsetjenester), noe som igjen er utfordrende når man skal drive helsetjenesteforskning på dem. De har som regel god kontroll på hvem som er koordinatoren deres, og det var kun i ett av casene at brukeren ikke visste dette.

Tverrfaglig samarbeid forutsetter at folk med ulik fagbakgrunn samarbeider om en oppgave for å utfylle hverandre, mens flerfaglig samarbeid innebærer at man arbeider med samme oppgave, men individuelt, uten å avklare/ta så mye hensyn til hva de andre fagfolkene gjør. Forskning som sammenlikner tverrfaglig og flerfaglig arbeid, har funnet at de mest effektive teamene arbeider med en tverrfaglig tilnærming heller enn en flerfaglig tilnærming. Körner (2010) fant at svakheten med den flerfaglige tilnærmingen handlet om gjennomføring av oppgaver, samhold i teamet og villigheten til å ta ansvar. De samme kritiske faktorene ble ikke funnet hos de som hadde en tverrfaglig tilnærming. Ansatte i tverrfaglige team skåret bedre på spørsmål som omhandlet organisasjon, kommunikasjon og tilfredshet på arbeidsplassen⁴⁴. Uten å drive deltakende observasjon er det vanskelig for oss å avgjøre graden av tverrfaglighet i det praktiske arbeidet som skjer i oppfølgingsteamene. Møtene i oppfølgingsteamene blir viktige punkter for å få et felles kunnskapsgrunnlag å jobbe ut ifra, og brukes til å ta beslutninger og planlegge hva de ulike aktørene skal jobbe med sammen med bruker og pårørende. En internasjonal systematisk litteratur-gjennomgang på tverrfaglige team på kreft-feltet, viste at egenskaper ved teamet påvirker beslutninger i stor grad, og at ledere må tilrettelegge for at teamdeltakerne har tid til å forberede seg, og delta, i oppfølgingsteam, og det må inn på arbeidsplanen deres. Det samme gjaldt opplæring i tverrfaglig samarbeid⁴⁵. Det vil variere hvor mye de ulike fagutdanningene har fokusert på tverrfaglig samarbeid, og ifølge tilbakemeldinger fra prosjektledere i piloten, er dette en stor mangel i flere av de relevante utdanningene innenfor helse-/sosial-/utdanningsfeltene på universitetene per i dag.

Den dynamiske arbeidsformen der ikke alle trenger å møte på alle møter samtidig har mange fordeler, blant annet vil det stille større krav til koordinatoren om å mer kontinuerlig kartlegge endringer i behov, hva som er viktig for brukeren og å sørge for involvering fra de fagpersoner som til enhver tid trengs. En ansvarsgruppe som har møttes fast to ganger i året, uavhengig av endringer i behov hos brukeren, og med alle involverte til stede, vil skille seg fra oppfølgingsteam på dette punktet. I løpet av evalueringen har vi reflektert over at begrepet oppfølgingsteam kan gi assosiasjoner til en fast struktur, med faste medlemmer som jobber sammen, og at dette kan virke mot sin hensikt (særlig i en implementeringsfase). I oppvekstsektoren har man i flere år snakket om "Laget rundt barnet", eller "Laget rundt eleven" – og kanskje kan det å forklare oppfølgingsteam som hele "laget rundt brukeren" være en god strategi når man skal implementere oppfølgingsteam. Det er imidlertid neppe lurt å innføre flere nye begreper for oppfølgingsteam, gitt begrepsforvirringen som allerede eksisterer på dette feltet⁵.



I et annet intervjumateriale i evalueringen fortalte en koordinator at hen hadde opplevd at en deltaker i teamet ble fornærmet da vedkommende ikke fikk være med på alle møtene. Da ble det nødvendig med en runde forventningsavklaring, slik at vedkommende fikk tillit til at man ville bli trukket inn ved behov. Felles forståelse for oppfølgingsteam som arbeidsform, felles regler og avklarte forventninger i samhandlingen er svært viktig for å få til tverrfaglig samarbeid på en god måte. Gode møtereferat som sendes ut til hele teamet vil kunne sørge for at teamet har mulighet til å være oppdatert på utviklingen. Kanskje kan man vurdere å f.eks. ha et årlig/halvårlig litt større møte med alle involverte i de komplekse sakene som går over flere år. Dette ble blant annet praktisert i Case E – Bjørnar, noe både de pårørende og tjenestene mente var en god løsning.

4.5.2 Om tverrfaglig oppfølgingsteam og forholdet til bestemmelsene om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Veilederen presiserer at de som kvalifiserer til oppfølgingsteam også har rett på individuell plan og koordinator. Alle oppfølgingsteamene vi intervjuet hadde en koordinator, men langt fra alle hadde utarbeidet individuell plan (fire av ni hadde individuell plan). Dette skyldtes hovedsakelig enten at brukeren/pårørende ikke ønsket det (eksempelvis i én av casene fordi pårørende ikke hadde tro på individuell plan som verktøy), eller at man ikke hadde fått gjort det enda, men tenkte at det kunne utvikles ved behov. Vi fikk både positive og negative erfaringer med individuell plan. Både brukere og ansatte sa det kunne være utfordrende å operasjonalisere gode mål i planen. I Case D – Berit ønsket hun en mer detaljert ukeplan, og hadde derfor utsatt utarbeiding av individuell plan. For de som hadde individuell plan (Case A - Ole, Case E - Bjørnar, Case F - Jan og Case G - Natalie) fikk vi inntrykk av at den var velfungerende og viktig. F.eks. fortalte koordinatoren til Natalie at de brukte mye tid på den individuelle planen som et verktøy for å sikre at både brukeren og teamet hadde en retning for arbeidet. I Bjørnars case handlet planen mye om sosiale mål som deltakelse på fotballkamper og reiser, mens Ole sin plan var en delegering av ansvar fra koordinator på oppvekst til en teamdeltaker på helse – slik at også koordinatoren kunne lære hvordan helse typisk setter opp en individuell plan. Sånn sett ble den individuelle planen et godt samhandlingsverktøy for tjenestene også.

Som vi skriver i sluttrapporten for evalueringen, er koordinerende enhet, og kompetansen på individuell plan og koordinering som bør finnes der, helt essensiell for å få til en god implementering og støtte til oppfølgingsteamene⁵. Koordinerende enhet har hatt ulike roller i de ulike pilotkommunene, mye avhengig av hvordan de er organisert og driftet. I flere kommuner har de vært med i utredningsfasen, før brukeren eventuelt får koordinator og opprettet et oppfølgingsteam. I Kinn kommune har koordinerende enhet vært med på møter i oppstartsfasen av enkelte nye team (som støtte til koordinator), en mulighet de ansatte er veldig fornøyd med, og i alle pilotkommunene har vært involvert i rekrutteringen av koordinator. At koordinerende enhet støtter opp og sørger for at man har tenkt på involvering av relevante aktører – og fått koblet dem på, er kanskje det klareste eksemplet på at koordinerende enhet tar ansvar for å bidra til at det skjer en samhandling på tvers av tjenestene.

Suldal kommune har tradisjon for at alle brukere møter i koordinerende enhet for å legge fram saken sin, og det hadde også de av casene som vi intervjuet fra Suldal gjort (av anonymitetshensyn oppgir vi ikke hvilke). I Suldal har de overveiende positive erfaringer med at brukeren selv får lagt fram saken sin (de løfter det også fram som et brukermedvirkningstiltak), selv om noen kan synes det er overveldende. Som et tiltak for å dempe nervøsitet før disse møtene, gjennomføres forberedende samtaler med leder av koordinerende enhet på telefon, slik at de skal være forberedt på saksgangen, få informasjon om at de kan ta med noen, og



få anledning til å si fra hvis det er noen av tjenestene de ikke ønsker skal være til stede i koordinerende enhet når de legger fram saken sin. I case-intervjuene var det kun i Case E – Bjørnar at noen fra koordinerende enhet var med på tjenesteintervjuet. Dette var en kompleks sak der brukeren har hatt behov for hjelp fra mange instanser (inkl. spesialisthelsetjenesten), der de pårørende også hadde vært uenig i bemanningsplan mv. og koordinerende enhet hadde vært påkoblet saken.

4.5.3 Sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet må skje i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende

Tett dialog med bruker og eventuelt pårørende er en grunnleggende forutsetning for at et oppfølgingsteam skal jobbe i tråd med intensjonen i veilederen, om hva det skal jobbes med for å nå målene, og hvordan. Når flere tjenesteaktører er involvert må det sikres samtykke i samsvar med bestemmelsene om medvirkning og informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven, og det oppfordres til å nedfelle skriftlig (f.eks. i individuell plan) det man blir enige om når det gjelder deling av informasjon. Det framgår også av veilederen at brukerens ønske skal vektlegges ved oppnevning av koordinator. Blant casene har vi eksempler på begge deler – noen har valgt koordinator selv, noen har fått den tildelt, enkelte virket ikke så bevisste på at dette var et reelt valg de hadde, men alle virket fornøyde med sin koordinator. Sistnevnte er ikke overraskende, gitt at vi rekrutterte team som i utgangspunktet skulle være velfungerende, eller der det hadde skjedd en positiv endring. I hvilken grad brukerne har et reelt valg om koordinator varierer med koordinatorsituasjonen i kommunen, all den tid det er vanskelig å rekruttere koordinatorene, og mange saker går over mange år når man først har blitt koordinator.

Som vi har nevnt tidligere er det veldig viktig at teamet på et tidlig tidspunkt gjør en avklaring av ulike roller og forventninger både internt i teamet og mellom fagpersonene og bruker. Dette var det lite snakk om i case-intervjuene, men f.eks. i Ole sin sak var fordelingen av ansvar for individuell plan mellom helse og oppvekst et godt eksempel på en rolleavklaring på et tidlig tidspunkt som hjalp teamet i gang, og gjorde at familien kunne få den koordinatoren de ønsket, selv om vedkommende ikke hadde erfaring med å skrive individuell plan (kun IOP). Møttestruktur er et annet aspekt ved arbeidsformen som må avklares, og der veilederen sier "så få som mulig, så mange som nødvendig" – et prinsipp oppfølgingsteamene i stor grad så ut til å følge i casene våre også.

4.5.4 Om koordinatorrollen i tverrfaglig oppfølgingsteam

Koordinator deltok på intervju i alle casene, og mange av koordinatorene hadde lang erfaring, også som koordinator for gamle ansvarsgrupper. Case-intervjuene bekrefter funn i øvrige datainnsamlinger i evalueringen; koordinatorrollen er *den* viktigste rollen i tjenstedelen av oppfølgingsteamet, og koordinatorkompetanse kan ikke vektlegges nok. Flere av brukerne uttrykte at de hadde vært "heldig med koordinatoren", og ga uttrykk for takknemlighet overfor den jobben som ble lagt ned. I case B – Pias tilfelle fikk vi et eksempel på at ansvarsgruppen/oppfølgingsteamet hadde hatt fire koordinatorene over tid, og der dette ble løftet fram som en styrke; først helsesykepleier som ble kjent med Pia tidlig, deretter spes.ped. i barnehage og inspektør/rector på skolen. I det vi gjennomførte intervju hadde de nylig skiftet koordinator til fysioterapeut i helse. Her har familien og tjenestene blitt enige om at det var viktig at koordinatoren er noen som er tett på Pia i hverdagen, derav bytting underveis i utdanningssystemet. Familien var spent på overgangen til å ha helse-basert koordinator (skjedde omtrent på intervjutids-punktet, derav ingen erfaringer å dele om det), og hadde vært veldig fornøyd med oppvekstsektorens koordinator-rolle.



Et annet eksempel der koordinatorens kompetanse og erfaring var helt sentral, var i Case G – Natalie. Dette var en veldig kompleks sak, som nevnt med kommunikasjons- og språkutfordringer, i tillegg til mistillitsproblematikk mot tjenestene, der koordinatoren selv uttalte at dette krevde lang erfaring å koordinere. Casen med Natalie er på mange måter et strålende eksempel på tverrfaglig jobbing, med en erfaren koordinator som forankrer og trekker i tråder i øvrige tjenester, slik at man etter hvert får roet ned saken, skapt tillit til systemet og gjort prioriteringer som ivaretar det viktigste; barnas rammevilkår i denne familien. Det er viktig å huske at en koordinator er en teamleder som må sikres lederforankring med tydelig mandat til å kunne lede arbeidsprosessene i teamet. Og som det står i veilederen:

Ledere på alle nivå bør fronte koordinatorrollen og være rollemodeller i å fokusere på hvor viktig koordinering og samhandling er for kvaliteten på pasient- og brukernivå.

4.5.5 Krav til det faglige innholdet i oppfølgingsteamets arbeid

I case-intervjuene spurte vi i liten grad om det faglige innholdet i oppfølgingsteamets arbeid, og hadde mest fokus på brukermedvirkning og samhandling. I veilederen står det at "*krav til faglig innhold i oppfølgingsteamets arbeid følger av den lovgivningen som gir rammene for tjenesteytingen, herunder faglige krav og standarder, yrkesetiske retningslinjer for ulike profesjonsgrupper samt nasjonale faglige retningslinjer og veiledere*". Videre har alle deltakerne i teamet ansvar for å følge med på om det kan være behov for medisinsk-faglig oppfølging, og i så fall koble på fastlegen. Et annet viktig aspekt som teamet må følge med på, er endringer i behov underveis. Igjen er Ole et godt eksempel, der en skremmende opplevelse med smerteanfall på natt gjorde at foreldrene ønsket å få etablert en plan for helsetjenestetilgang ved akutte hendelser sammen med oppfølgingsteamet.

4.5.6 Om fastlegens rolle i det tverrfaglige oppfølgingsteamet

Slik det framgår av veilederen og fastlegeforskriften har fastlegen det medisinsk-faglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste. Det innebærer at fastlegen skal koordinere de medisinsk-faglige tjenestene, henvise til spesialisthelsetjenesten og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Fastlegen møter ofte pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp, eller når det oppstår et økt hjelpebehov, og er derfor også svært sentral i å identifisere personer som kan utvikle omfattende behov for tjenester². Fastlegen skal også koordinere legemiddelbehandlingen og legemiddeloppfølging anbefales å være et fast sjekkpunkt i oppfølgingsteamets arbeid. Vi viser for øvrig til kapittel 4.4.7 for eksempler fra casene på fastlegens rolle.

4.5.7 Pasienter må sikres nødvendige spesialisthelsetjenester

Ved behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten bør disse inngå i teamet, og det anbefales i veilederen at strukturer for samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og spesialisthelsetjenesten inngår i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom nivåene. Samtlige av våre caser hadde relativt nylig vært, eller var jevnlig, i kontakt med spesialisthelsetjenesten (inkl. rehabiliteringstjenester). Flere var jevnlig på rehabilitering, eller hadde erfaring med ett eller to rehabiliteringsopphold. Vi merket oss at de som hadde hatt rehabiliteringsopphold var veldig fornøyde med disse, og ønsket mer av det. F.eks. Case F - Jan som merket stor framgang etter hvert opphold og ønsket mye mer intensiv opptrening av språk, og pårørende til Case H – Hans, som fikk hjem "en ny mann" når faren hadde vært på rehabiliteringsopphold (som han for øvrig ikke fikk innvilget flere av, tross eget og pårørendes ønsker). I Case E – Bjørnar var det ønske om flere rehabiliteringsopphold nå i voksen alder (han hadde flere som barn), men det var vanskelig å få til på grunn av krav om mange ansatte i turnus på ham ved et slikt opphold. Mens spesialisthelsetjenesten virker å ha



hatt en perifer og sporadisk rolle i oppfølgingsteamet for de fleste casene, har Case A – Ole og Case D Berit hatt spesialisthelsetjenesten jevnlig inn i oppfølgingsteamet. For Ole har det blant annet handlet om diagnoserelatert kompetanseheving og veiledning av personell i kommunen, mens det for Berit har handlet om en psykiater ved distriktpsikiatrisk senter som har tatt ansvar for ekstra oppfølging på grunn av manglende fastlege. I Case G – Natalie var det en del kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og særlig fastlegen i teamet, noe som ga en mer samstemt kommunikasjon om helse og sykdom til brukeren. Alt i alt kan vi si at det er viktig at oppfølgingsteamet i samråd med brukeren vurderer hvilken rolle spesialisthelsetjenesten eventuelt skal ha i teamet, og avklarer dette med spesialisthelsetjenesten.

5 Hva må til for at strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal fungere godt i praksis?

Mye av forskningen internasjonalt er gjort på team med mer fast struktur som følger opp pasienter over en tidsbegrenset periode, mens oppfølgingsteam altså har en mer dynamisk struktur, og følger gjerne brukerne over lang tid. I et intervju med en kommuneoverlege i en av pilotkommunene, poengterte vedkommende at det fremdeles etter fem år i piloten var "forvirring der ute i forhold til oppfølgingsteam som arbeidsmetodikk, kontra den fysiske enheten oppfølgingsteam når du sitter rundt bordet og skal samhandle", og det er ikke gjort mye tidligere forskning å lene seg på fra Norge når det kommer til denne type fleksible team. Som vi viste til innledningsvis i dette notatet er mye av forskningen som er gjort på teamarbeid i primærhelsetjenesten fra tidligere, gjort på mindre team med allmennlege og sykepleier eller allmennlege og farmasøyt¹⁴. I litteraturgjennomgangen fra Folkehelseinstituttet i 2019 fant man ganske stor enighet på tvers av studier om hvilke faktorer man anså å være viktige for et vellykket teamsamarbeid:

"Faktorer på systemnivå som ble antatt å påvirke teamprosesser var lover/reguleringer, muligheter for felles lokaler, tilstrekkelig finansiering og godtgjørelser og at teamsamarbeid læres i de ulike yrkesutdanningene. På organisatorisk nivå anså man påvirkningsfaktorene å være støttende ledelse, faste møter, fokus på felles visjoner og mål, evaluering av praksis med feedback, tilrettelegging for god kommunikasjon både formelt og uformelt, rutiner for koordinering, gjennomtenkt sammensetning av teamet, grad av rolleavklaringer, men også muligheter for rolleutvikling, faglig utvikling og tilstrekkelig opplæring i teamarbeid. Respekt, tillit, positive holdninger og kommunikasjonsevner og klima for gode diskusjoner ble rapportert som viktige påvirkningsfaktorer på teamnivå. Noen trakk fram profesjongrensener, ulike faglige kulturer og legens autoritet i det tradisjonelle hierarkiet som barrierer mot et godt samarbeid." (Forsetlund et al. 2019, s. 7)¹⁴

Nancarrow et al. (2023) oppsummerer sentrale egenskaper ved effektive team på en god måte⁴⁶, og vi har oversatt en tabell i denne publikasjonen til norsk (se tabell under). I dette notatet har vi undersøkt både bruker- og teamperspektivet på hvilke aktører og problemstillinger som typisk inngår i oppfølgingsteam, slik de fire pilotkommunene Bø, Kinn, Senja og Suldal har praktisert dem i pilotprosjektperioden. Vi har presentert resultater fra en analyse av intervju med ulike aktører i ni oppfølgingsteam. Basert på intervjumaterialet har vi utviklet illustrerte kasuistikker som viser hvilke tjenester og nettverk som finnes rundt brukeren, viktige milepæler i tjenesteforløpet og hva som er viktig for brukeren. Videre har vi kommentert gode grep som har blitt tatt i det enkelte oppfølgingsteam, og diskutert samsvar og diskrepans mellom hvordan brukere/pårørende og oppfølgingsteamet vurderer oppfølgingen. Vi har også tatt for oss hva veilederen sier om hvordan et oppfølgingsteam bør jobbe, og diskutert dette opp mot funn i case-analysene.



Tabell 3 Sentrale egenskaper ved effektive tverrfaglige team. Tabellen er oversatt til norsk fra Nancarrow et al. (2013)⁴⁶.

1. Ledelse og styring	Tydelig leder av teamet, med klare retningslinjer og styring; demokratisk; delt makt; støtte/veiledning; personlig utvikling i tråd med linjeledelse; leder som handler og lytter.
2. Kommunikasjon	Individer med kommunikasjonsferdigheter; sikre at det er passende systemer for å fremme kommunikasjonen innen teamet.
3. Personlige belønninger, opplæring og utvikling	Læring; opplæring og utvikling; opplærings- og karriereutviklingsmuligheter; inkorporerer individuelle belønninger og muligheter, moral og motivasjon.
4. Ressurser og prosedyrer	Strukturer (for eksempel teammøter, organisatoriske faktorer, teammedlemmer som arbeider fra samme sted). Sikre at passende prosedyrer er på plass for å opprettholde visjonen for tjenesten (for eksempel kommunikasjonssystemer, passende henvisningskriterier og så videre).
5. Passende ferdighetsmiks	Tilstrekkelige/passende ferdigheter, kompetanser, blanding av utøvere, balanse av personligheter; evne til å dra nytte av andre teammedlemmers bakgrunn; ha nok bemanning.
6. Teamkultur	Teamkultur med tillit, verdsetting av bidrag; behov for å skape en tverrfaglig atmosfære.
7. Individuelle egenskaper	Kunnskap, erfaring, initiativ, kjennskap til styrker og svakheter, lytteferdigheter, refleksiv praksis; ønske om å jobbe mot de samme målene.
8. Klarhet i visjon og verdier	Å ha et klart sett med verdier som driver retningen av tjenesten og omsorgen som tilbys. Fremstilling av et enhetlig og konsistent eksternt bilde.
9. Kvalitet og resultater av omsorg	Pasientsentrert fokus, resultater og tilfredshet, oppmuntre til tilbakemelding, måle effektiviteten av omsorgen og bruke det som en del av en tilbakemeldingsyklus for å forbedre omsorgen.
10. Respekt for og forståelse av roller	Deling av makt, samarbeid, autonomi.

I det følgende oppsummerer vi læringspunkter om hva som må til for at oppfølgingsteamene skal fungere godt i praksis:

- Oppfølgingsteam som arbeidsform setter brukeren i sentrum på en (potensielt) ny måte; oppfølgingen operasjonaliseres ut ifra spørsmålet om hva som er viktig for brukeren. Et slikt brukerperspektiv i alt man gjør kan kreve en holdningsendring hos enkelte tjenesteutøvere, det kan også kreve utvikling og tilpasninger av dokumenter fra individuell plan (inkl. elektroniske samhandlingsverktøy).
 - Case-studien viser at enkelte brukere trekker fram det at tjenesteutøvere viser genuin interesse for å skaffe seg kunnskap om brukerens behov. Det kan f.eks. være å gjøre observasjoner på brukerens arena (hjem/barnehage mv.), eller å ta kurs i diagnosen for å øke egen kompetanse på brukerens behov.
- Det er viktig at koordinator, i samarbeid med brukeren og/eller pårørende, gjør en grundig vurdering av hvilke aktører som bør inngå i teamet og hvor ofte man skal møtes. Koordinator vil ha en viktig rolle i være årvåken for endringer i behov, slik at nye/andre tjenester kan involveres underveis. Det vil være viktig å avklare forventninger hos alle teamdeltakere, inkl. fastlegen, til *hvordan* teamet skal jobbe og hvem som forventes å bidra med hva – og når.
 - Case-studien viser eksempler på at enkelte team definerer et mindre kjerneteam som møtes oftere, og et større lag rundt brukeren som møter f.eks. én gang i året.
- I små kommuner der "alle kjenner alle" kan det være personlige relasjoner mellom bruker og teammedlemmer, og mellom teammedlemmer og koordinator. Det kan også være at brukeren har hatt



negative erfaringer med enkelttjenester tidligere, som kan gi utfordringer for inkludering av, og samarbeid mellom, relevante tjenester. Dette er noe som med fordel kan reflekteres rundt på en systematisk måte både i oppfølgingsteamet (også med bruker/pårørende til stede), og når kommunene driver med koordinatoropplæring.

- Case-studien viser at man med fordel kan ta opp hvordan personlige relasjoner i teamet kan påvirke tjenesteutøvingen – når det gjelder både fordeler og ulemper.
- Når man skal implementere oppfølgingsteam som arbeidsform kan det være en fordel at relevante aktører (koordinerende enhet, koordinatorene) undersøker hvilke oppfølgings-mekanismer som allerede finnes i ulike sektorer (helse, utdanning, PTT, barnevern, Nav/sosiale tjenester osv.), og på et tidlig tidspunkt involvere alle sektorene i å definere hva oppfølgingsteam skal være, grenseoppgangen mot andre oppfølgingsmekanismer og team, hvilke endringer som må gjøres for å jobbe mer i henhold til veilederen, og så legge en plan for hvordan man skal innføre oppfølgingsteam som arbeidsform.
 - I case-studien fikk vi flere eksempler på at oppvekstsektoren hadde gode rutiner for strukturert oppfølging av barn og unge som helsesektoren kunne dra veksler på. Selv om det var vanskelig å fange opp i case-studien på grunn av manglende informanter fra disse tjenestene, så vi i øvrig datamateriale at andre sektorer som Nav, barnevern og PPT nok med fordel kunne vært trukket mer systematisk inn i oppfølgingsteamarbeidet.
- Flere av våre informanter tok til orde for at koordinatoren, så langt det lar seg gjøre, bør være en som er tett på brukeren, og at brukeren må involveres i prosessen med å finne ut hvem koordinatoren skal være.
 - I case-studien så vi eksempel på (vellykket) hyppig bytte av koordinator etter ønske fra pårørende til barn, der det var viktig for dem at koordinatoren var noen som jobbet med barnet i det daglige, slik at endringer i behov lettere kunne fanges opp underveis.
- Selv om retten til individuell plan har vært lovfestet i mange år er det fortsatt svært variabelt om brukere har individuell plan. En av grunnene er sannsynligvis at brukerne ikke får nok, og riktig, informasjon om hva en individuell plan kan være når den fungerer godt. Hvis man som koordinator selv ikke har tro på individuell plan som verktøy, kan det være utfordrende å skulle informere og motivere en bruker til å utvikle en slik plan.
 - Vi så flere gode eksempler på velfungerende individuelle planer i case-studien, inkludert et eksempel der ansvaret for utvikling av individuell plan ble delegert til andre enn koordinatoren, fordi andre i teamet ble vurdert å ha bedre kompetanse på det.
 - Hvis man som koordinator eller teamdeltaker er skeptisk til nytteverdien av individuell plan, kan det være et godt grep å skaffe seg kunnskap om hva som skal til i de sakene der denne fungerer etter hensikten. Ikke alle brukere ønsker en individuell plan, men det er viktig at de har fått korrekt og nok informasjon om hva en god individuell plan kan innebære.
- Koordinatoren blir et svært viktig bindeledd mellom bruker/pårørende og tjenestene. Kompetente koordinatorene vil sannsynligvis kunne høste positive synergieffekter av at teamarbeidet blir tverrfaglig og ikke bare flerfaglig.
- Et av de viktigste resultatene i evalueringen når det gjelder fastlegene, er at de fikk et mer forutsigbart forhold til det å delta i oppfølgingsteam møter, enn de tidligere hadde hatt i de gamle ansvarsgruppene. En tidlig forventningsavklaring om hvordan brukeren og oppfølgingsteamet ønsker at de ulike fagprofesjonene, inkl. fastlegene, skal bidra inn, kan gjøre susen.



5.1 Case-studien sett i lys av "integrated care"-teori

I kapittel 2 refererte vi kort til flere teoretiske rammeverk i "integrated care"-litteraturen som er relevante å la seg inspirere av i datainnsamling og analyser av tverrfaglig samarbeid mellom ulike tjenester, som skal gi pasienter og brukere mer helhetlig og sammenhengende omsorg. Vi valgte oss ut rammeverket presentert i Calciolari et al. (2022), som vi mener dekker viktige aspekter for implementering av oppfølgingsteam som arbeidsform, og har oversatt de sju faktorene i rammeverket til norsk. I det følgende kommenterer vi kort på hvordan vi opplever at veilederen og implementeringen av oppfølgingsteam svarer på disse faktorene, basert på erfaringene som ble delt i case-studien.

5.1.1 Personsentrert helse og livskvalitet

Handler om en omforent forståelse av helse som mer enn fravær av sykdom. Fokus på livskvalitet, brukermedvirkning og informerte brukere/pasienter.

Evalueringen viser at veilederen, utgitt av Helsedirektoratet, som beskriver oppfølgingsteam som arbeidsform oppfattes helsefokuseret. Det virker å være lite kjennskap til den i andre sektorer enn helse, og det er koordinerende enhet som virker å tradisjonelt ha vært veldig helse-/habilitering-/rehabiliteringsfokuseret i pilotkommunene (og andre kommuner). Hvis man ser på de illustrerte kasuistikene i case-studien, vil man oppdage at det er mange andre aspekter enn helse som er viktige å få støtte til for brukeren; utdanning, sosialt liv og arbeidsliv nevnes ofte som viktige faktorer brukeren har et mål om å mestre for å oppleve god livskvalitet. Utdanning og arbeidsliv er eksempler på tjenester som typisk befinner seg i andre sektorer enn helse, og krever samhandling på tvers. Brukermedvirkning og "Hva er viktig for deg?"-spørsmålet er framhevet i oppfølgingsteam, og til forskjell fra tidligere ansvarsgrupper, som det i liten grad finnes retningslinjer for sammensetning, og arbeidsform for, har man med veilederen skriftliggjort og konkretisert hvordan man kan få til god brukermedvirkning. Både i case-studien, og i evalueringen som sådan, fikk vi erfare hvor vanskelig det kan være å holde både brukere og egne ansatte godt nok informert om tjenestetilbudet, og dette er kontinuerlig arbeid man aldri blir ferdig med i en kommune, men som det helt sikkert kan jobbes mer systematisk med å forbedre.

5.1.2 Klinisk integrasjon

Tjenesten er integrert ved at ulike profesjoner og tjenesteutøvere jobber sammen og bruker felles retningslinjer og protokoller. Koordinering er personfokuseret i en enhetlig prosess over tid, sted og disiplin.

Koordineringen i oppfølgingsteam er i høy grad personfokuseret, i og med at hver av brukerne får sin egen koordinator og sitt eget oppfølgingsteam. Det er imidlertid vanskelig for oss forskere, med de metodene vi har brukt, å fange opp i hvilken grad ulike profesjoner og tjenesteutøvere jobber sammen etter felles retningslinjer og protokoller i sitt arbeid. Her hadde deltakende observasjon egnet seg bedre som forskningsmetode. Det vi kan si er at en integrering av flere sektorer enn helse inn i oppfølgingsteammetodikken kanskje vil kreve at det utvikles nye og mer generelle retningslinjer og protokoller som klargjør hvordan man skal få mest mulig ut av et tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer. Vi opplever at dette er vanskelig å identifisere per i dag, basert på vårt datamateriale.



5.1.3 Profesjonell integrasjon

Tverrprofesjonelt partnerskap basert på felles kompetanse, avklarte roller og ansvar for tjenestelevering for en definert målgruppe.

Case-studien viste oss at forventnings- og rolleavklaring på et tidlig tidspunkt er viktig for å unngå misforståelser både mellom bruker og oppfølgingsteam, og innad i teamet. Etter hvert som oppfølgingsteam brer om seg som arbeidsform vil det bli lettere å peke på hva som blir en grunnleggende felles kompetanse for de som jobber tverrfaglig i teamet.

5.1.4 Organisasjonsmessig integrasjon

Formell integrasjon på organisasjonsnivå. Samarbeidsrelasjoner på tvers av organisasjoner i form av nettverk, partnerskap, avtaler etc. for tjenestelevering for en definert målgruppe. Foregår gjennom sammenslåing av organisasjoner, via former for nettverksorganisering eller via felles styringsmekanismer.

Case-studien er dårlig egnet til å gjøre en vurdering av dette. Evalueringen som sådan viste for eksempel at organiseringen av koordinerende enhet, og hvilken myndighet koordinerende enhet har, er viktig for gjennomslagskraften i implementeringen av oppfølgingsteam.

5.1.5 Systemintegrasjon

Horisontale og vertikalt integrerte systemer, basert på felles eller samstemte lover, regler og retningslinjer. Nasjonale insentivordninger.

Igjen er case-studien dårlig egnet til å gjøre vurderinger på dette punktet – men den tidlige fasen av evalueringen viste utfordringer i samhandling som bunnet i ulike lovverk mellom helse- og oppvekstsektorene. Hvilke sektorer som kan ta på seg koordinatoransvar er eksempel på en slik uenighet, der lovverket ble opplevd som hinder. En omfattende lovendring i 2022 (Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)) har sørget for et mer samstemt lovverk, der tjenestene skal ta utgangspunkt i brukerens behov, og ikke tjenestenes behov, for samhandling. Framtidig evaluering vil vise om lovendringen har tilsiktet effekt på samhandling.

5.1.6 Funksjonell integrasjon

Felles ikke-kliniske støttefunksjoner som delt ledelse, felles/harmonisert budsjett eller finansieringssystem (samme insentivstruktur), ett journalsystem og felles kvalitetssystemer.

Case-studien egner seg dårlig til å vurdere dette punktet, men vi vet fra tidligere at det kan være utfordrende å skulle samhandle for eksempel mellom Nav, barnevernet og helse når det kommer til journalføring og ulike systemer. Utstrakt bruk av elektroniske samhandlingsvektøy kan bøte på noe av dette, men ikke fullt ut.

5.1.7 Felles visjoner, normer og verdier

Også kalt normativ integrasjon. Felles visjoner og mål eksisterer på tvers av tjenester og pasienter/brukere. Tillit mellom tjenestene.

I bunn og grunn vil nok de ulike tjenestenes – og sektorenes – visjoner, normer, verdier og mål ikke være så ulike. I Norge har vi tradisjonelt vært kjent for å ha høy tillit til det offentlige tjenesteapparatet⁴⁷, og vi får tro at dette også gjelder tjenestene imellom. Vi fikk ingen eksempler i case-studien som pekte i retning av at fagfolk ikke hadde tiltro til at andre tjenester ville gjøre jobben. I ett av casene (Pia) fant vi imidlertid en



avventende holdning hos pårørende til om helsesektoren ville klare å løse koordineringsoppgaven like godt som utdanningssektoren hadde gjort, så lenge de hadde hatt koordinatorsansvaret. Vi intervjuet også Helenes pårørende som var skeptisk til nytteverdien av individuell plan, og heller ønsket å forholde seg til den allerede utviklede individuelle opplæringsplanen som var utviklet i skolen. Alt i alt vurderer vi den normative integrasjonen av tjenestene til å være god, men at nasjonale retningslinjer (for eksempel veilederen) for hvordan man skal jobbe tverrfaglig i større grad kan utforme visjoner og mål som favner alle relevante sektorer.

5.2 Styrker og svakheter i datamaterialet

Formålet med å bruke case-studier som forskningsmetode, er som nevnt i metodedelene, å oppnå en dypere og kontekstuell innsikt om et fenomen, en situasjon eller en enhet. I vårt tilfelle har vi gjort dybdeintervju med brukere og fokusgruppeintervju med tjenesteutøvere i fire kommuner som har pilotert implementering av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i henhold til veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Det finnes lite kunnskap om hvordan kommunene velger å rigge seg for å jobbe i henhold til veilederen, og vår casestudie, og evalueringen sett under ett, bidrar til ny kunnskap om dette. Vi evnet å få relativt god spredning når det gjelder kjønn, alder og diagnoser på brukerne som er intervjuet, noe som er et poeng siden oppfølgingsteam er både alders – og diagnoseuavhengig når det gjelder målgrupper. Vi har lagt vekt på å beskrive hva brukerne var fornøyde med, og hva som var viktig for brukerne. De illustrerte kasuistikkene kan for eksempel benyttes i undervisningsøyemed ved utdanningsinstitusjoner som tilbyr studieprogrammer innenfor oppvekst-, helse, eller sosiale tjenester. En svakhet ved materialet er at vi ikke fikk rekruttert flere informanter til tjenesteintervjuene. Viktige stemmer mangler, særlig fra andre sektorer enn helse. Dette er sannsynligvis også et symptom på at andre sektorer enn helse har vært for lite involvert når oppfølgingsteam har blitt implementert i pilotkommunene.



6 Referanser

1. Kalseth J, Ådnanes M, Melby L, et al. Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år *SINTEF-rapport 2022:00096 2022*
2. Helsedirektoratet. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, 2018.
3. Hesjedal E. Tverrprofesjonelt samarbeid i ansvarsgrupper for utsette barn i lys av etisk fordring og instrumentalistisk mistak. *Norsk pedagogisk tidsskrift* 2017;101(4):304-14. doi: 10.18261/issn.1504-2987-2017-04-03
4. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *Int J Integr Care* 2016;16(4):2. doi: 10.5334/ijic.2477 [published Online First: 20161019]
5. Kalseth J, Kaspersen SL. Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam – en kvalitativ studie av kommunale lederes erfaringer med implementeringen. *Magma forskning og viten* 2023;05/2023
6. Manning E, Gagnon M. The complex patient: a concept clarification. *Nursing & health sciences* 2017;19(1):13-21.
7. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, et al. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of emergency medicine* 2003;41(3):309-18.
8. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, et al. Caring for High-Need, High-Cost Patients - An Urgent Priority. *N Engl J Med* 2016;375(10):909-11. doi: 10.1056/NEJMp1608511 [published Online First: 20160727]
9. WHO. Integrated care models: an overview. *Geneva: World Health Organization* 2016
10. Hudon C, Chouinard M-C, Dumont-Samson O, et al. Integrated case management between primary care clinics and hospitals for people with complex needs who frequently use healthcare services in Canada: A multiple-case embedded study. *Health Policy* 2023;132:104804. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104804>
11. Hudon C, Chouinard MC, Bisson M, et al. Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *Int J Integr Care* 2022;22(1):11. doi: 10.5334/ijic.5652 [published Online First: 20220211]
12. Hudon C, Chouinard MC, Lambert M, et al. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2017;7(10):e017762. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017762 [published Online First: 20171022]
13. Teper MH, Vedel I, Yang XQ, et al. Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Ann Fam Med* 2020;18(4):355-63. doi: 10.1370/afm.2555
14. Forsetlund L, Vist GE, Hov L, et al. Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt FHI, 2019.
15. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC health services research* 2018;18(1):1-13.
16. Bodenheimer T. Coordinating care-a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine* 2008;358(10):1064.
17. Helsedirektoratet, Rambøll. Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
18. sentralbyrå S. Tabell 12651: Mottakere av helsetjenester i hjemmet, etter alder, bistandsbehovsgruppe og koordinator 2018 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12651/>]



19. Sogstad MKR, Bergland A. Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021;7(2):9-28. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02
20. Kjellevoid A. Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring? *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett* 2016;11(4):267-300. doi: 10.18261/ISSN2464-3386-2014-04-02
21. Adnanes M, Steihaug S. Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study. *Int J Integr Care* 2013;13:e031. [published Online First: 20130829]
22. Berven N, Ludvigsen K, Christensen DA, et al. Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene. Bergen: Uni Rokkansenteret, 2013.
23. Hansen GV, Ramsdal H. Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2014;11(1):55-63. doi: 10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-07
24. Hansen GV, Ramsdal H. Brukermedvirkning og samarbeid - vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2015;12(3):196-205. doi: 10.18261/ISSN1504-3010-2015-03-02
25. Melby L, Kaspersen SL, Ådnanes M, et al. Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021;7(2):69-84. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06
26. Lammila-Escalera E, Greenfield G, Barber S, et al. A Systematic Review of Interventions that Use Multidisciplinary Team Meetings to Manage Multimorbidity in Primary Care. *Int J Integr Care* 2022;22(4):6. doi: 10.5334/ijic.6473 [published Online First: 20221018]
27. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):750. doi: 10.1186/s12913-023-09718-8 [published Online First: 20230713]
28. González-Ortiz LG, Calciolari S, Goodwin N, et al. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *Int J Integr Care* 2018;18(3):10. doi: 10.5334/ijic.4198 [published Online First: 20180808]
29. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care* 2002;2
30. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, et al. Where next for integrated care organisations in the English NHS. London: The Nuffield Trust 2010:2017-01.
31. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care. London: Nuffield Trust 2011;7:1-23.
32. Valentijn PP, Boesveld IC, Van der Klauw DM, et al. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International journal of integrated care* 2015;15
33. Dalton H. PROJECT INTEGRATE FRAMEWORK ELEMENTS 2019 [Available from: <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2019/07/Hazel-Dalton-Project-Integrate-Framework-Elements.pdf>].
34. Calciolari S, González Ortiz L, Goodwin N, et al. Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework. *Journal of Interprofessional Care* 2022;36(1):152-60. doi: 10.1080/13561820.2020.1864307
35. Eisenhardt KM. Building theories from case study research. *The Academy of Management Review* 1989;14(4):532-50. doi: 10.2307/258557
36. Gerring J. What Is a Case Study and What Is It Good for? *The American Political Science Review* 2004;98(2):341-54.
37. Haukelien H, Møller G, Vike H. Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren Telemarksforskning, 2011.



38. Bikova M, Christensen K. Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2022;8(1):1-13. doi: 10.18261/tfo.8.1.9
39. Haugen I, Slettebø T, Ytrehus S. Factors affecting user participation for elderly people with dementia living at home: a critical interpretive synthesis of the literature. *European Journal of Social Work* 2019;22(6):974-86. doi: 10.1080/13691457.2018.1441133
40. Huby G, Johnsen L, Langsholt LE, et al. Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? *Tidsskrift for velferdsforskning* 2018;21(4):296-312. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02
41. Melby L, Kaasbøll J, Ådnes M, et al. Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud. *SINTEF rapport* 2017
42. Erfaringskompetanse.no. En god plan var helt nødvendig for at jeg ble bra 2019 [Available from: <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/en-god-plan-var-helt-nodvendig-for-at-jeg-ble-bra/>].
43. Erfaringskompetanse.no. Individuell plan er lovpålagt 2017 [Available from: <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/individuell-plan-lovpalagt/>].
44. Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil* 2010;24(8):745-55. doi: 10.1177/0269215510367538 [published Online First: 20100608]
45. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2011;18(8):2116-25. doi: 10.1245/s10434-011-1675-6 [published Online First: 20110326]
46. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013;11(1):19. doi: 10.1186/1478-4491-11-19
47. OECD. Drivers of Trust in Public Institutions in Norway 2022.