SENTER FOR OMSORGSFORSKNINGS RAPPORTSERIE **NR 1/2025**

Faste team i hjemmetjenesten

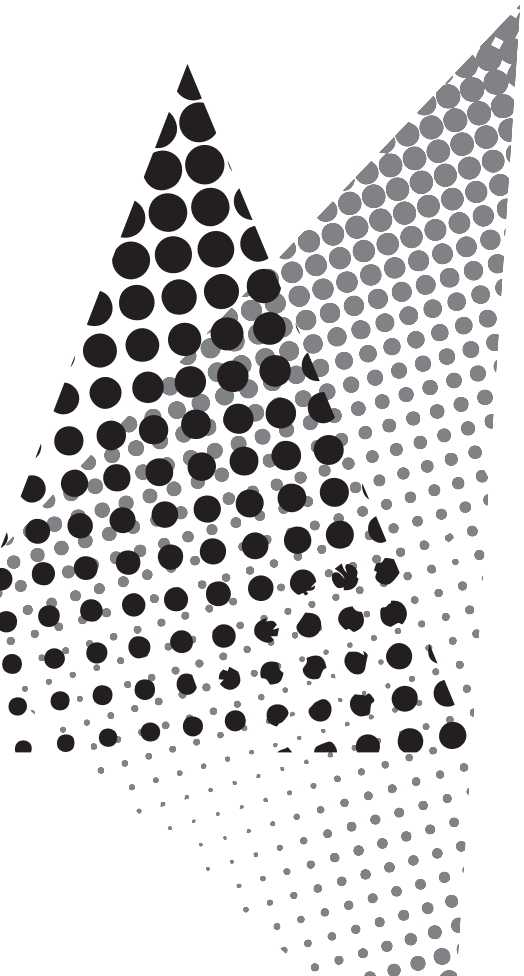
Mina Balke, Siri Andreassen Devik, Lena Jakobsen, Else Marie Lysfjord
Marianne Kollerøs Nilsen, Rose Mari Olsen, Maren Sogstad (prosjektleder)

NTNU

Senter for omsorgsforskning

NORD universitet

Faste team i hjemmetjenesten



Mina Balke, Siri Andreassen Devik, Lena Jakobsen, Else Marie Lysfjord
Marianne Kollerøs Nilsen, Rose Mari Olsen, Maren Sogstad (prosjektleder)

Faste team i hjemmetjenesten

Senter for omsorgsforskning

2025

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Firefly fra ledeteksten *Large, unassuming team of home healthcare workers grouped tightly together.*

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2025

Tittel: Faste team i hjemmetjenesten

Forfattere: Mina Balke, Siri Andreassen Devik, Lena Jakobsen, Else Marie Lysfjord
Marianne Kollerøs Nilsen, Rose Mari Olsen, Maren Sogstad (prosjektleder)

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-150-9
ISSN (digital utgave): 1892-705X
Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:
www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie

FORORD

Dette er en rapport om faste team i hjemmetjenesten. Den er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og den er gjennomført av en forskergruppe ved sentrene for omsorgsforskning (SOF) øst og midt. Førsteamanuensis Maren Sogstad (SOF, øst) har ledet prosjektarbeidet, som har pågått i perioden september til desember 2024. Sammen med henne har forsker Mina Balke (SOF, øst), førsteamanuensis Siri Andreassen Devik (SOF, midt), universitetslektor Lena Jakobsen (SOF, midt), førsteamanuensis Else Marie Lysfjord (SOF, midt), postdoktor Marianne Kollerøs Nilsen (SOF, midt) og professor Rose Mari Olsen (SOF, midt) deltatt i forskergruppen.

Forskergruppen vil takke Helsedirektoratet for oppdraget, og vil her rette en særlig takk til Ingvild Konttorp Haugen og Thorstein Ouren for deres konstruktive kommentarer i løpet av prosjektperioden. Vi vil videre takke alle i kommunene som delte erfaringer og refleksjoner i intervjuene.

Senter for omsorgsforskning, mai 2024
Maren Sogstad (prosjektleder), Mina Balke, Siri Andreassen Devik, Lena Jakobsen, Else Marie Lysfjord, Marianne Kollerøs Nilsen og Rose Mari Olsen

SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og omhandler faste team i hjemmetjenesten. Rapporten er basert på et forskningsprosjekt som er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) i perioden september til desember 2024.

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Gitt den demografiske utviklingen samt oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, står de kommunale helse- og omsorgstjenestene ovenfor utfordringer som krever at tjenester ytes på nye måter. Faste team lanseres i reformen «Bu trygt heime» som en mulig organisering av fremtidens hjemmetjeneste. Imidlertid mangler vi i dag en oversikt over teamorganisering i hjemmetjenesten, og Helsedirektoratet ønsker derfor at SOF fremskaffer kunnskap om hvilke faste team som finnes og hvilke erfaringer som er gjort med de ulike teamene.

Følgende problemstillinger har vært styrende for arbeidet:

- Hvilke faste team finnes i hjemmetjenesten?
- Hvilke erfaringer har kommuner med ulike team?
- Kan etablering av faste team knyttes til kjennetegn ved kommuner?
- Finnes det modeller for teamorganisering som kommuner har felles?

METODE

For å svare på disse spørsmålene ble det først gjennomført en kartlegging i 47 kommuner for å identifisere ulike team som forekommer i hjemmetjenesten og hvilke erfaringer kommunene hadde med teamorganisering.

Fra de 47 kommunene ble det valgt ut fem caser som alle hadde erfaring med team i tjenestene. Gjennom intervju med ledere og ansatte i de ulike teamene ble oppgaver, roller og erfaringer kartlagt nærmere.

RESULTATER

Kartleggingen av faste team i hjemmetjenesten viser at det forekommer en rekke ulike team. Det er imidlertid ikke en enhetlig definisjon av team, noe som gjør dette utfordrende å kartlegge.

Generelt kan teamene deles i fag, der kommunene bygger spesialkompetanse, og forvaltning, der teamene har oppgaver knyttet til tildeling av tjenester.

Erfaringene med teamorganisering varierer mellom kommunene. I noen kommuner beskrives det som en effektiv måte å organisere tjenestene på, mens andre peker på utfordringer med å utnytte ressursene i et team og at det kan skape sårbarhet i organiseringen av kompetanse.

KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Det finnes en rekke ulike team i hjemmetjenestene. Samtidig kan de ha ulik utforming og ulike oppgaver og uten en tydeligere definisjon er dette enheter det er vanskelig å kartlegge. For å få en helhetlig forståelse av organisering og strukturer i hjemmetjenesten kan det i fremtidige studier være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i ulike oppgaver og funksjoner som hjemmetjenesten skal løse, og studere hvordan ulike kommuner organiserer og løser disse oppgavene.

INNHOLD

FORORD IV

SAMMENDRAG V

1. INNLEDNING 1

1.1 Bakgrunn for prosjektet 1

1.1.1 Teamorganisering – en litteraturgjennomgang 1

1.2 Overordnede problemstillinger 3

2. METODE 4

2.1 Utvalg av informanter 4

2.2 Fremgangsmetode for datainnsamling 5

2.2.1 Kartleggingsundersøkelse 5

2.2.2 Casestudie 6

2.3 Forskningsetiske vurderinger og hensyn 6

3. RESULTATER 7

3.1 Utbredelse, organisering og typer av faste team 7

3.2 Casestudie team og teamarbeid i hjemmetjenesten 12

3.2.1 Kommune A 12

3.2.2 Kommune B 14

3.2.3 Kommune C 16

3.2.4 Kommune D 19

3.2.5 Kommune E 22

4. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER 25

5. KONKLUSJON 28

REFERANSER 29

1. INNLEDNING

Denne rapporten presenterer resultater fra prosjektet *Faste team i hjemmetjenesten*. Prosjektet startet opp september og ble avsluttet desember 2024. Det er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Gitt den demografiske utviklingen samt oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, står de kommunale helse- og omsorgstjenestene overfor utfordringer som krever at tjenester ytes på nye måter. Faste team lanseres i reformen «Bu trygt heime» som en mulig organisering av fremtidens hjemmetjeneste. Slik organisering antas å bidra til bedre kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestene, fremme kjennskap og relasjon mellom brukere og personalet i tjenestene, samt medvirke til at medarbeidere får brukt kompetansen sin slik at vi finner de beste løsningene for og sammen med brukerne.

Vi vet allerede at det finnes ulike typer team i hjemmetjenesten, både knyttet til ulike brukergrupper, fagområder og geografi. Eksempler er demensteam, palliasjonsteam, psykisk helseteam, fysio- og ergoteam og rehabiliteringsteam. Nye modeller er også i utbredelse, hvor mindre team har ansvar for en brukergruppe og i større grad styrer både tildeling og utføring av tjenestene i samarbeid med brukerne (tillitsmodell). Imidlertid mangler vi i dag en oversikt over utbredelse og organisering av faste team i hjemmetjenesten i Norge, og Helsedirektoratet ønsker derfor at SOF fremskaffer kunnskap om hvilke faste team som finnes og hvilke erfaringer som er gjort med de ulike teamene.

1.1.1 TEAMORGANISERING – EN LITTERATURGJENNOMGANG

Teamorganisering i helsetjenesten har vært en del av helsepolitiske diskusjoner i Norge i flere tiår (Meld. St. nr. 47 (2008-2009); Meld. St. nr. 26 (2014-2015); Meld. St. nr. 34 (2015-2016); Meld. St. 7 (2019-2020)). Organisering i team har blitt sett på som viktig av flere grunner, men spesielt

fordi det fremmer en mer helhetlig og sammenhengende omsorg for pasientene. Fra å oppmuntre til mer tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten på 1990-tallet (for eksempel Meld. St. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen), rettet samhandlingsreformen på 2000-tallet innsatsen mot at ulike deler av helsetjenesten skulle jobbe bedre sammen. Teamorganisering ble blant annet sett som et viktig verktøy for å redusere sykehusinnleggelser. I nyere tid er teamorganisering et vesentlig prinsipp i tilretteleggingen for at eldre og personer med kroniske eller sammensatte helsebehov skal kunne bo hjemme lenger. Både «Leve hele livet»-reformen (Meld. St. 15 (2017–2018)) og «Bu trygt heime»-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023)) vektlegger tverrfaglige og faste team som en nøkkel til å gi bedre og mer sammenhengende omsorg i hjemmet. Hovedprinsippet bak faste team, som beskrives i «Bu trygt heime»-reformen, er at brukere, spesielt eldre og de med sammensatte helsebehov, skal ha en fast gruppe av helsepersonell som de forholder seg til. Dette betyr at brukeren møter de samme pleierne og helsearbeiderne, noe som gir bedre kjennskap til brukerens behov og preferanser, samtidig som det fremmer trygghet og tillit. Det beskrives at de faste teamene kan bestå av ulike yrkesgrupper, alt etter brukerens behov. Overordnet målsetting er å styrke kvaliteten på omsorgen og redusere behovet for innleggelse på sykehus eller institusjoner ved å tilby trygge og tilgjengelige tjenester i hjemmet eller i nærmiljøet (Meld. St. 24 (2022–2023)).

Ifølge internasjonale studier har teamarbeid i helsetjenesten vist seg å ha mange positive effekter, som økt pasientsikkerhet, et bedre arbeidsmiljø, færre sykehusinnleggelser og mer effektiv behandling og pleie (Kalisch et al., 2010; Kamei et al., 2024; Welp & Manser, 2016; Yu et al., 2020). I en nyere litteraturgjennomgang viser Larsson et al. (2022) at til tross for et solid kunnskapsgrunnlag om bruk av team i helsetjenesten, er teamarbeid i hjemmetjenesten et lite utforsket felt. Kun to norske studier er inkludert i Larssons gjennomgang, men tolv studier fra Sverige, Danmark, Finland og Island representerer nordiske forhold.

I internasjonal litteratur benyttes en rekke begreper om organisering og arbeid i team, og det synes ikke å være noen omforent definisjon av «team» og «teamarbeid» (Forsetlund et al., 2019; Larsson et al., 2022; Martin et al., 2022; Reeves et al., 2010). I tillegg til forvirring knyttet til overlapp og inkonsekvens i begrepsbruken (Martin et al., 2022), er det også problematisk når studier publiseres uten at forfatterne beskriver hvilken definisjon de har lagt til grunn (Larsson et al., 2022). Slik forvirring og usikkerhet om begrepene kan være en barriere for å oversette forskningsbasert kunnskap til klinisk praksis (Martin et al., 2022).

Noen generelle fellestrekk og kjennetegn ved team synes det imidlertid å være enighet om, som for eksempel at det må være en gruppe på minst to personer som interagerer og har felles mål (Forsetlund et al., 2019). Et team er imidlertid noe mer enn bare en løst organisert gruppe personer. På bakgrunn av en syntese av hvordan team beskrives i litteraturen, kom Reeves et al. (2010) frem til at teamarbeid innbefatter fem felles elementer, nemlig delt identitet, klare roller/oppgaver/mål, gjensidig avhengighet av teammedlemmer, integrering av arbeid og delt ansvar.

Slik den beskrives i litteraturen som er gjennomgått, kan teamorganisering i hjemmetjenesten sorteres i fire teammodeller: 1) *Team som går på tvers av sykehus og kommune* (Almvik et al., 2011; Haugen et al., 2006; Kvilhaugsvik & Birkeland, 2013; Olsø et al., 2015; Ranheim et al., 2010; Ruud, 2014), 2) *Team som går på tvers av tjenester i kommunen* (Rydenfält et al., 2024), 3) *Team som er spesialisert på et fagområde eller brukergruppe i hjemmetjenesten* (Birkeland et al., 2017; Fuglerud et al., 2021; Hansen, 2023; Langeland et al., 2016; Småbråten, 2024) og 4) *Team som er selvorganisert utfra geografiske soner i hjemmetjenesten* (Eide et al., 2017; Følstad & Lefevr, 2024; Hansen & Neumann, 2023; Slåtsveen et al., 2023; 2024; Øygarden et al., 2020).

Team som er innrettet mot særlige brukergrupper ses ofte spesialisert innen fagområder som rus og psykiske lidelser, rehabilitering og palliasjon.

Mens de tre første teamene er typisk tverrfaglige og består av faste fagpersoner er den fjerde typen team sammensatt av ulikt pleiepersonell, ofte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Sistnevnte er team som i hovedsak knyttes til implementering av tillitsmodellen i Oslo kommune (Eide et al., 2017). De kan også betegnes som «selvstyrende team». Tillitsmodellen utfordrer den tradisjonelle bestiller-utfører-modellen ved å gi større fleksibilitet og handlingsrom til ansatte i hjemmebaserte tjenester, samtidig som brukerne får mer innflytelse på tjenestene de mottar (Eide et al., 2017). Modellen fjerner detaljerte vedtak og strenge kontrollrutiner, og gir fagpersoner mulighet til å bruke sitt faglige skjønn for å tilpasse hjelpen etter individuelle behov (Eide et al., 2017). Internasjonale inspirasjonskilder er Buurtzorg-modellen i Nederland (Kreitzer et al., 2015) og tillitsmodellen i Danmark (Berntzen, 2016). I praksis organiseres hjemmetjenesten i geografisk inndelte og selvstyrte team, som har tillit til både å vurdere brukernes behov og utføre tjenester i sitt område.

I Norge er det rapportert overveiende positive erfaringer fra teambaserte tjenestemodeller. Et eksempel er fra Bergen kommune (Følstad & Lefevr, 2024; Øygarden et al., 2020), hvor den tradisjonelle hjemmesykepleien er erstattet med to typer team: *Helsetjenesteteam* – bestående av ansatte med høyere helsefaglig utdanning (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter), og *Omsorgsteam* – bestående av ansatte med helsefagutdanning og assistenter. Samtidig som oppgavedeling mellom faggrupper og roller har medført stor grad av fleksibilitet og effektivitet, har modellen bidratt til styrket tverrfaglig samarbeid med økt involvering, motivasjon og trivsel hos ansatte (Følstad & Lefevr, 2024). Modellen har også vist seg å være økonomisk bærekraftig, ved at pasientoppdrag kan løses på et lavest mulig omsorgsnivå, og behovet for sykepleiere er redusert (Følstad & Lefevr, 2024).

1.2 OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

For å få en bedre oversikt over utbredelsen av faste team i hjemmetjenesten i Norge har vi jobbet ut fra følgende problemstillinger:

- Hvilke faste team finnes i hjemmetjenesten?
- Hvilke erfaringer har kommuner med ulike team?
- Kan etablering av faste team knyttes til kjennetegn ved kommuner?
- Finnes det modeller for teamorganisering som kommuner har felles?

Vi har lagt vekt på faste organisatoriske team, og ikke gått inn på team etablert rundt enkeltbrukere, for eksempel knyttet til en individuell plan.

2. METODE

Prosjektet er gjennomført i to deler. Den første delen består av en kartlegging av 47 kommuner og bydeler i Oslo av deres faste team i hjemmetjenesten. I del to har vi gjennomført en casestudie i fem utvalgte kommuner og bydeler, hvor vi har gjort en dypere undersøkelse av deres team for å få en bedre forståelse av teamenes organisering og arbeidsoppgaver, samt kommunenes erfaringer med de ulike teamene. I det følgende vil vi gi en nærmere beskrivelse av datamaterialet, og gjøre rede for hvordan dette er samlet inn og analysert. Avslutningsvis vil vi vise hvilke forskningsetiske vurderinger vi har gjort gjennom prosjektet.

2.1 UTVALG AV INFORMANTER

I del én kontaktet vi kommunene i omsorgsforskningskommunepanelet og spurte om de ønsket å delta i kartleggingsundersøkelsen. Panelet er stratifisert og dekker et utvalg av små, mellomstore og store kommuner fra alle regioner i Norge (Nord, Midt, Vest, Sør og Øst). Der vi ikke fikk kontakt, eller kommunen takket nei til å delta, kontaktet vi en tilsvarende kommune (samme størrelse og samme region) og spurte om de ønsket å delta. I tillegg inkluderte vi fire bydeler fra Oslo. Leder, eller andre med god oversikt over organiseringen av hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen eller bydelen, har blitt intervjuet. Totalt har vi samlet data fra 43 kommuner og fire bydeler (tabell 1 og 2). Siden denne kartleggingen omhandler hjemmetjenestene, og det er bydelene i Oslo som har dette ansvaret, på lik linje med landets kommuner.

I del to, casestudien, ønsket vi å kontakte et utvalg kommuner som i kartleggingen utrykte at de hadde erfaring med teamorganisering. Et utvalg på fem kommuner ble valgt ut og vi benyttet e-post eller telefon for å ta kontakt med vedkommende vi intervjuet i kartleggingen for å spørre om kommunen kunne tenke seg å stille opp som case-kommune for del to av studien. Noen takket nei, og noen fikk vi ikke svar fra. Vi valgte da ut nye kommuner og endte med å inkludere tre kommuner og to bydeler som alle svarte i kartleggingsundersøkelsen at de hadde erfaring med teamorganisering. Kommunene/bydelene representerer ulike kommuner, både i størrelse og geografi, og med ulik organisering av team.

Tabell 1: Geografisk fordeling av kartlagte kommuner.

Geografisk område	Antall kommuner kartlagt
Buskerud	5
Akershus	1
Østfold	1
Innlandet	5
Nordland	4
Troms og Finnmark	2
Vestland	5
Rogaland	4
Møre- og Romsdal	3
Trøndelag	4
Telemark	5
Vestfold	1
Agder	3
Oslo (bydeler)	4

Tabell 2: Oversikt over kommunestørrelse av kartlagte kommuner

Innbyggertall	Antall kommuner kartlagt
0-4999	19
5000-19999	15
20000-49999	11
50000+	2

2.2 FREMGANGSMETODE FOR DATAINNSAMLING

2.2.1 KARTLEGGINGSUNDERSØKELSE

For å samle inn data har vi benyttet oss av strukturerte intervjuer. I perioden september til november 2024 ble det foretatt telefonintervjuer med leder for hjemmetjenesten eller andre i kommunene

med god kjennskap til hjemmetjenestens organisering i totalt 47 kommuner. På forhånd ble det utarbeidet et spørreskjema for kartlegging av teamorganiseringen i kommunene. Data ble skrevet inn i dokumentene mens intervjuet ble foretatt, og deretter fylt mer inn etter intervjuet var ferdig. Dersom kommunen ikke hadde teamorganisering, ble det kartlagt hvorfor og om dette var noe de hadde vurdert. Dersom de hadde teamorganisering, ble det fylt ut skjema med hva slags team det var, hvor lenge teamet hadde vært operativt, om det var gjort endringer etter oppstart, hvor mange stillinger eller årsverk det var i teamet, kompetanse/profesjonsbakgrunn, oppgaver til teamet og hvilke erfaringer det var om hvordan teamet fungerte.

For å få tak i riktig informant ringte vi sentralbordet til kommunen eller bydelen vi ønsket å kartlegge. Her forklarte vi hvor vi ringte fra, hensikten med samtalen og om å få snakke med riktig person. En stor andel av forsøkene var de ønskede informantene opptatt, og ga beskjed om å ringe tilbake på et senere tidspunkt. I de tilfellene hvor det var vanskelig å komme gjennom på telefon, ble det sendt e-post for å avtale tidspunkt for samtale over telefon.

For å analysere og sammenstille de innsamlede dataene ble skjemaene for hvert intervju lest nøye gjennom. Det ble ført tabell for å kartlegge antall team og forekomst av ulike team på tvers av kommuner. Videre ble det lett etter likheter og ulikheter i beskrivelsene av teamene som grunnlag for å beskrive ulike team på tvers av utvalget.

2.2.2 CASESTUDIE

For å få en bedre forståelse av teamenes roller ble det gjort et utvalg av fem kommuner/bydeler som i kartleggingen hadde presentert erfaringer med teamorganisering. En egen intervjuguide ble utarbeidet på grunnlag av data vi hadde fra første runde med intervju, hvor vi ønsket mer data om samarbeid, brukermedvirkning og et større helhetlig bilde av teamene og erfaringer rundt hvert team. I del to ble det gjort lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert.

Vi ønsket å snakke med kommunalsjef for helse, leder for hjemmetjenesten og leder for team, eller noen med god innsikt i hvordan teamet fungerte. I noen av casene var det ikke mulig å få tak i alle de ønskede personene, hvor for eksempel kommunalsjefen ikke svarte på henvendelsene våre. Vi vurderer likevel at intervjuene som ble gjennomført ga et godt bilde av teamorganisering i kommunene og har valgt å inkludere casene selv om ikke alle ønskede intervjuer var mulig å gjennomføre.

Data fra intervjuene ble samlet til en presentasjon av hver case. Presentasjonen følger temaene i intervjuguiden. Videre ble dataene lest nøye gjennom for å se etter mønstre på tvers av de fem casene når det gjaldt organisering, erfaringer og hvordan de brukte teamene som verktøy i hjemmetjenesten.

2.3 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Sikt, *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*, har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet (referansenummer 511001), er i samsvar med personvernregelverket. For å ivareta deltakernes anonymitet er kommunene anonymisert med bokstaver (kommune A til D).

3. RESULTATER

Kapitlet innledes med resultater basert på kartleggingsundersøkelsen, som gir en oversikt over utbredelse, organisering og typer av team i hjemmetjenesten i et større utvalg kommuner (3.1). Videre presenterer vi resultater fra casestudien, som gir innblikk i erfaringer med team og teamarbeid i hjemmetjenesten i et mindre utvalg kommuner (3.2).

3.1 UTBREDELSE, ORGANISERING OG TYPER AV FASTE TEAM

I kartleggingsundersøkelsen har vi kontaktet til sammen 47 kommuner/bydeler i Oslo med spørsmål om hva slags team de har i hjemmetjenesten. Gjennom intervjuene kom det frem at begrepet team har ulike forståelser og anvendelser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tråd med oppdraget har vi etterspurt team som utgjør en «organisatorisk enhet», eksempelvis palliative-team, hukommelsesteam etc. Team som samles rundt en bruker (som for eksempel ved individuell plan) er ikke inkludert i denne kartleggingen. Grunnet Oslo sin omfattende struktur, har vi kun gått inn på den somatiske delen av hjemmetjenesten i bydelene som har blitt spurt. Dermed er ikke team som ligger under andre enheter i bydelen kartlagt, eksempelvis rus og psykiatri og rehabilitering, med mindre disse teamene samarbeider med hjemmetjenesten.

Generelt ser vi at teamene vi finner er knyttet til særskilte brukere og/eller behov. Et fåtall av de kartlagt teamene har faste stillinger som kun er rettet mot sitt fagfelt, men er ofte bemannet med personell som har dette som en rolle i en prosentandel av sin stilling. I flere tilfeller fremstår også det kommunene omtaler som team mer som ressurspersoner, som kommunen benytter på tvers av enheter/soner i hjemmetjenesten.

Ti kommuner har oppgitt at de ikke har organisatoriske team, mens de øvrige kommunene oppgir å ha ett eller flere team som del av sin hjemmetjeneste. Kommunene som ikke har team, er i stor utstrekning små kommuner som oppgir at de ikke ser det som hensiktsmessig å organisere

i team, grunnet sårbarhet ved sykdom og lite behov for eget team grunnet få brukere. De gir uttrykk for en generalist tilnærming i hjemmetjenesten der «alle gjør alt».

Vi har laget en helhetlig oversikt over hvilke team som er kartlagt. Basert på kommunenes beskrivelse av innhold og funksjon har vi valgt å slå sammen noen kategorier. Det er viktig å påpeke at teamene varierer fra kommune til kommune og at noen har samme hensikt og formål, men forskjellig navn. Navn på team kan også være det samme, men teamene kan ha forskjellig formål. For eksempel kan det være at et innsatsteam i en kommune har noe ulikt ansvar og formål enn hva et innsatsteam i en annen kommune har. Vi har forsøkt å beskrive et overordnet bilde av alle teamene til tross for dette. Det er også noen av teamene som overlapper formålene til flere andre team, hvor for eksempel et team i en kommune tilsvarer ansvarsområdet for to ulike team i en annen kommune.

I kartleggingen kommer det frem at **hukommelsesteam** og **demensteam** er mest utbredt, både i de mindre og de større kommunene. Formålet med disse teamene er kartlegging, bistand og vurdering av brukere med demens i samarbeid med fastleger, hjemmebesøk, oppfølging, opplæring og samarbeid med hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Teamet ønsker å bistå med å komme i posisjon for hjemmetjenesten, og noen av kommunene tar i bruk «min livshistorie» som verktøy for å kartlegge bedre hvem bruker var før diagnosen slo inn for fullt. En av deres hovedoppgaver er også pårørendekontakt, pårørendeskole, bistand med aktiviteter som demenskor, rekruttering til dagsenter og bistand i demensvennlig samfunn. Det er også noen kommuner som har **arbeidslag**, som har ansvar for medisinering, ernæringsoppfølging, pleie og stell av personer med demens. Kommunen som har dette teamet, har det i tillegg til et hukommelsesteam. Hukommelsesteamet har ansvar for kartlegging, vurdering og saksbehandling i forkant av tildeling av hjemmetjenester, mens arbeidslaget er et operativt team som yter tjenester direkte hos brukeren. Noen kommuner har også **eldreteam**, hvor arbeidsoppgavene ligger mer i vurdering av behov for endring i tjenestene og følger opp brukere som allerede har hjemmesykepleie. Kommunene som har dette teamet, har det i tillegg til demensteam. I kartleggingen finner vi at demenskoordinatorer er godt utbredt, men i tilfeller hvor dette er enkelt ressurspersoner uten team har vi ikke inkludert disse i resultatene. Vi oppfatter at hukommelsesteam, demensteam og eldreteam i stor grad har samme funksjon, og at arbeidsoppgavene, formålene og ansvarsområdet overlapper hverandre. Kompetansen i teamene er stort sett sykepleiere, både med og uten videreutdanning i geriatri eller alderspsykiatri, helsefagarbeidere med videreutdanning og ergoterapeuter.

Videre er rehabiliteringsteam godt utbredt, hvor vi ser at **hverdagsrehabilitering**, **trygt hjem**, **hverdagsmestring** og **rehabiliteringsteam** overlapper hverandre. Kompetansen i disse teamene består stort sett av sykepleiere og helsefagarbeidere, med og uten videreutdanninger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Formål med rehabiliteringsteam er rehabilitering i hjemmet og oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Teamet ønsker å gjøre overganger fra sykehus til hjemmet gode. Formålet med hverdagsrehabilitering er å iverksette målrettede tiltak for aktuelle pasienter, med søkelys på kartlegging, styrket mestring og tilrettelegging for at brukerne i størst mulig grad skal kunne utføre daglige aktiviteter på egenhånd. Trygt hjem har ansvar for bo-oppfølging, saksbehandling, rehabilitering, vurderingsbesøk i forhold til om bruker kan være hjemme eller om de må på korttidsavdeling. Formålet er å skape trygghet for brukeren og pårørende gjennom tillit og god kontakt, samt å sikre at nødvendige hjelpemidler er på plass i hjemmet og at overgangen fra sykehus eller helsehus blir så smidig som mulig Team som arbeider med hverdagsmestring har ansvar for å kartlegge, planlegge og følge opp pasienter som har behov for bistand til mestring i hverdagen.

Kartleggingsteam og **innsatsteam** overlapper flere av arbeidsoppgavene til rehabiliteringsteamene, men har noen egenskaper som gjør at de ikke kan kalles rehabiliteringsteam. Dette gjelder blant annet organiseringen, hvor personalet i rehabiliteringsteamet vanligvis er ansatt i hjemmesykepleien og jobber direkte med utpekte brukere. Innsatsteamet, derimot, arbeider uavhengig av soner eller arbeidslister, og veileder hjemmesykepleien som følger opp brukeren. De sikrer at tiltakene iverksatt av innsatsteamet blir fulgt opp i praksis. Kompetansen i disse teamene er vanligvis sykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Formålet med innsatsteamet er å kartlegge pasienter ved utskriving fra sykehuset, ta imot dem ved hjemkomst, sørge for nødvendige hjelpemidler og tjenester, og gi bistand i en overgangsperiode før ansvaret overføres til hjemmetjenesten. Teamet håndterer også etablering av trygghetsalarm og annen relevant velferdsteknologi. I innsatsteamet ser man overlapp med flere typer team, for eksempel rehabilitering og velferdsteknologi. Kartleggingsteam gjør kartlegging av behov, tilrettelegging i hjemmene hos brukere og kartlegger hvilke hjelpemidler som trenges.

I mange av kommunene vi har kartlagt er det mange som har ressurspersoner eller faggrupper innenfor kreft, noen har også **palliasjonsteam**. Vi ser at kreftkoordinatorer og palliasjonsteam gjør mye av det samme arbeidet, men vi har kun kartlagt teamene i denne undersøkelsen. Kompetansen i teamet består av sykepleie med videreutdanning i palliasjon. Formålet med palliasjonsteam er å kartlegge og å gi brukere med kreftdiagnoser hjemmebesøk og informasjon. Teamet ønsker å være til stede når brukerne kommer hjem fra sykehus, og sikre dem et verdig sykdomsløp gjennom god oppfølging. Teamet jobber også med pårørendearbeid.

Velferdsteknologi er også et ansvarsområde som hos noen kommuner sorterer under andre team (eksempelvis under trygt hjem, som beskrevet i kommune E, kapittel 3.2.4), men som i enkelte kommuner er definert som et eget team. Teamet er bemannet med sykepleiere. Formålet med dette teamet er å ha ansvar for teknologien som brukes i hjemmetjenesten, samt digital oppfølging av brukere. Det kan for eksempel dreie seg om medisindispensere eller KOLS-pasienter som gjør målinger hjemme. Målingene sendes til et kontrollsenter, hvor teamet vurderer dem og iverksetter nødvendige tiltak. Et av teamets ansvarsområder er også å gi opplæring til ansatte i hjemmetjenesten i hvordan teknologien brukes og tolkes på best mulig måte, samt å følge opp dataene som registreres. Noen av disse teamene deltar i ulike pilotprosjekter med fokus på å overføre kompetanse og erfaring til andre kommuner, samt å bistå helseetaten med erfarent personell.

Kartleggingen har avdekket ulike typer team innen rus og psykiatri. Samtidig viser det seg at kommunene har ulik organisering, der disse tjenestene ofte ligger under andre enheter og samarbeidet med hjemmetjenesten varierer i omfang.

Noen kommuner har egen avdeling for rus og psykiatri, som er avskilt fra hjemmetjenesten. I disse tilfellene har vi ikke kartlagt slike team. I bydelene i Oslo har vi dessuten avgrenset til å etterspørre informasjon om den somatiske delen av hjemmetjenesten. I kommuner med integrert organisering har rus og psykiatri team blitt kartlagt under hjemmetjenesten. Dette er **ROP-team**, **inntaksteam**, **oppfølgingsteam**, **akutteam** og **konsultasjonsteam**. ROP-team har som formål å følge opp brukere med rus og psykiatri problematikk. Dersom bruker ønsker å slutte med alkohol eller narkotika, får de tett oppfølging av teamet. Teamet bistår også med sår oppfølging og miljøtiltak. Ved somatiske utfordringer kobles hjemmetjenesten på. Oppfølgingsteam har samme formål, så her har vi valgt å slå disse to sammen i den helhetlige oversikten. Inntaksteam har ansvar for vurdering av nye henvisninger i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlege. De håndterer søknader om tjenester direkte fra pasient. Kompetansen her utgjøres typisk av

saksbehandlere, fysioterapeuter og sykepleiere. Akutteam håndterer akutte henvendelser fra brukere som melder fra selv om behov. Konsultasjonsteam har som formål å gi lavterskeltilbud for foreldre, barn og unge, samt forebyggende arbeid rettet mot risikogrupper for utvikling av psykiske utfordringer. Teamet består av fagpersoner med ulik kompetanse, blant annet fysioterapeut, helsesykepleier, kommuneoverlege, representanter fra skole, PPT, barnevern og BUP.

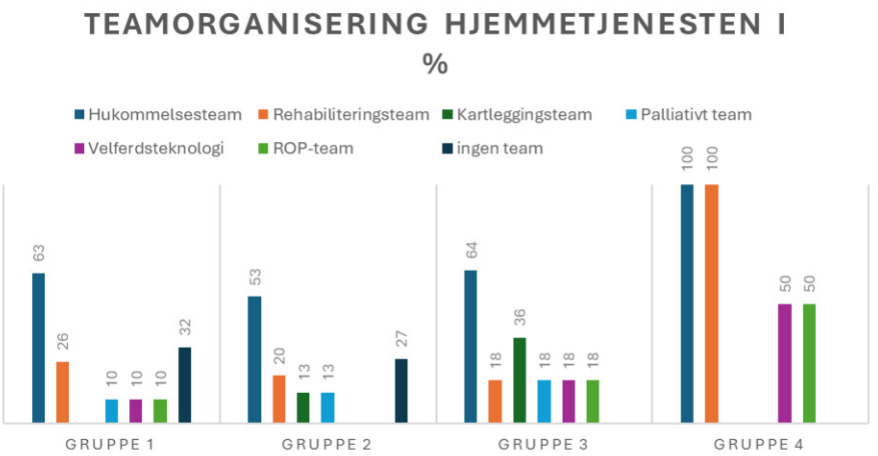
Når det gjelder sykepleieteam og nattpatrulje, oppfatter vi dette som en organisasjonsform innen hjemmetjenesten. Tre kommuner oppgir at de har et team som heter nattpatrulje, mens andre kommuner nevner dette som en del av organiseringen i hjemmetjenesten. Nattpatruljen betjener typisk brukere i hele kommunen på natt og yter tjenester som medisinutlevering, tilsyn og noe bistand. Tre kommuner oppgir også at de har sykepleierteam, dette har vi tolket som en form for organisering av kompetanse innenfor enheter i hjemmetjenesten (typisk innenfor geografiske soner). Kompetansen er først og fremst sykepleiere, men teamene kan også ha helsefagarbeidere. Disse teamene løser typisk sykepleieroppgaver, og kan jobbe både inne på institusjon og ute i hjemmetjenesten. Denne løsningen finner vi ofte i kommuner uten andre team. Flere kommuner oppgir også praktisk bistand som team, men vi har ikke kartlagt disse teamene nærmere i denne rapporten.

Enkelte team har blitt nevnt færre ganger, hvilket typisk har ansvarsområder som inngår under andre team. **Sårteam** har som formål å foreta sårstell. Dette ser vi at andre nevner som oppgaver for den generelle hjemmesykepleien. Fallteam har som formål er å kartlegge bakenforliggende diagnoser, gjennomgå fallhendelser og bidra til forebygging, blant annet gjennom legemiddelgjennomgang. **Tidlig innsats** har flere ulike ansvarsområder, hvilket gjør det vanskelig å sette det sammen med andre team i den helhetlige oversikten. Her jobber kreftkoordinator, demenskoordinator og rehabilitering, samt velferdsteknologi. Formålet med dette teamet er å samle og samordne tjenester som ytes i en tidlig fase. **Boligteam** har som formål å vurdere hvem som skal få tilbud om kommunal bolig. **Ernæringsteam** har som formål å følge opp ernæringsstatus hos brukere i institusjon og hjemmetjenesten.

I tabell 3 nedenfor vises forekomst, det vil si hvor mange av kommunene som oppgir at de har de ulike teamene. Figur 1 viser hvordan forekomsten av ulike team fremkommer i de ulike kommunegruppene.

Tabell 3: Oversikt over kartlagte team i hjemmetjenesten (n=47 kommuner)

Type team	Frekvens
Hukommelsesteam/demensteam	32
Rehabiliteringsteam (hverdagsrehabilitering, trygt hjem, hverdagsmestring og rehabiliteringsteam)	12
Kartleggingsteam/innsatsteam	6
Palliativt team	6
Velferdsteknologi	5
ROP-team/oppfølgingsteam	4
Nattpatrulje	3
Sykepleierteam	3
Inntaksteam	2
Ernæringsteam	2
Sårteam	2
Fallteam	1
Akutteam	1
Boligteam	1
Konsultasjonsteam	1
Vurderingsteam	1
Tidlig innsats	1



Figur 1: Oversikt over de mest frekvente teamene og forekomst av teamene i hver kommunegruppe. (Grupper basert på innbyggertall: 1= 0-4999, 2= 5000-19999, 3= 20000-49999, 4= 50000+)

3.2 CASESTUDIE TEAM OG TEAMARBEID I HJEMMETJENESTEN

I dette avsnittet vil vi først presentere en beskrivelse fra hver av de fem kommunene/bydelene. Beskrivelsene gir en god innsikt i organisering og erfaringer fra den enkelte kommune. Til slutt vil vi trekke opp noen overordne tema på tvers av de fem kommunene.

3.2.1 KOMMUNE A

Kommunen har cirka 7000 innbyggere, og er plassert i sentralitetsklasse 4. Andelen innbyggere over 67 år er ca. 4 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens andelen innbyggere i arbeidsfør alder (20–66 år) er ca. 2 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Helse- og sosialtjenester utgjør den største næringen i kommunen. Det er ett sykehjem i kommunen, og to hjemmesykepleiedistrikt. Tildeling av tjenester har tidligere vært gjort av tjenestene selv, men fra 1. oktober i år skal dette gjøres av saksbehandler ved tjenestekontoret.

ORGANISERING OG TYPER AV TEAM

Informantene oppgir at kommunen har følgende team: Inntaksteam, Bo- og miljøteam, Kriseteam, Skolehelseteam, Konsultasjonsteam, Hjemmerehabiliteringsteam, Nærværsteam og Psykisk helseteam. Av disse er det kun Psykisk helseteamet som har faste stillinger, mens de øvrige baseres på funksjoner der ansatte i hjemmetjenesten har spesielle oppgaver tillagt sin stilling. I denne casen presenterer vi kun de teamene hvor hjemmetjenesten er involvert, og beskrivelsen bygger på intervju med virksomhetsleder i hjemmetjenesten, leder i Inntaksteam, deltaker i Bo- og miljøteam og leder i Psykisk helseteam.

Bo- og miljøteamet består av enhetsledere for kommunale boliger, kommunalsjef helse og omsorg og én fagkonsulent. Enhetslederne har bakgrunn som vernepleiere og helsefagarbeider, og deltar i teamet i kraft av sin stilling som leder for ulike boliger. Teamet jobber todelt, hvor en del går på saksbehandling og vurdering for tildeling av boliger (vedtaksbaserte tjenester), og en del omhandler det praktiske og faglige i de ulike boligene. Mens vurdering for tildeling av boliger tar utgangspunkt i innkommende søknader, meldes behov for å diskutere praktiske og faglige spørsmål enten via kommunalsjefen Helse og omsorg eller enhetslederne som inngår i teamet.

Inntaksteamet består av leder for korttid- og rehabiliteringsavdelingen på sykehjemmet, to enhetsledere i hjemmetjenesten og ledende fysioterapeut i kommunen. Foruten fysioterapeuten, har samtlige bakgrunn som sykepleiere. I teamet har det deltatt en sekretær med ansvar for saksbehandling og skriving av vedtak, men denne er nylig erstattet av en saksbehandler fra tjenestekontoret. I tillegg til de som har fast funksjon i teamet, inviteres det ved behov andre ledere dersom det er særskilte saker som ønskes drøftet. Inntaksteamet gjør en tverrfaglig vurdering av tildeling av helsetjenester i hjemmet, omsorgsboliger og institusjonsplasser.

Psykisk helseteamet er en ambulerende tjeneste med 6,5 årsverk. I tillegg til sykepleiere med videreutdanning eller master innen psykisk helse, inngår også en pedagog i teamet. Tjenesten er todelt, med ambulerende tjeneste på dagtid og en døgnåpen vakttelefon som er tilknyttet et bofellesskap. Hovedoppgaven til teamet er å følge opp brukere (≥ 18 år) innen rus og psykisk helse. Leder for teamet oppgir at ingen får avslag om tjenester, og de har ingen ventelister. Tjenesten er

i utgangspunktet vedtaksbasert, men teamet tar også inn brukere uten vedtak dersom de oppsøker dem på kontoret. I hovedsak er det fastleger som melder behov, men det kan også være den som har problemer selv eller pårørende som tar kontakt. Lederen understreker at dette skal være en lavterskeltjeneste:

> «Akkurat nå før du ringte, så fikk jeg en telefon fra en mamma som henviste sønnen sin. Sønnen kommer ikke til å klare å gå til legen sin, og høres ut som han har masse problemer. Så da får han time, og så får vi se om gutten vil komme, da. Vi ønsker ikke noe flaskehals med at de ikke klarer å gå til lege eller ikke klarer å få ting til eller har dårlig økonomi.» (Leder Psykisk helseteam)

Hjemmerehabiliteringsteamet tilbyr flerfaglig og tidsavgrenset oppfølging til voksne som bor hjemme eller som er på rehabiliteringsopphold ved kommunens korttidsavdeling. I tillegg til to ergoterapeuter fra ergo- og fysioterapitjenesten, består teamet av to helsefagarbeidere fra hjemmetjenesten (20 prosent stillinger). Dersom særskilte saker ønskes drøftet, kan også ledere inviteres inn. Tjenesten er vedtaksbasert, og tilbudet tilbys to dager i uken.

SAMARBEID INTERNT I TEAMET OG MED EKSTERNE AKTØRER

Bo- og miljøteamet har faste møter annenhver uke, de har også hyppig kontakt også utover møter når det dukker opp forhold som lederne har behov for å diskutere. Noen ganger i året har de dager som er satt av til arbeidsmøter, slik at de kan jobbe med utarbeidelse av felles retningslinjer. Samarbeid med fysio- og ergoterapitjenesten foregår ved behov. De har ikke noe uttalt samarbeid med eksterne, med unntak av dersom det i forbindelse med saksbehandling må innhentes noe mer informasjon.

Inntaksteamet har møte én gang i uken fast, men samarbeider også via telefon ved behov utenom møtene spesielt når det er saker som må avklares raskt. Det er ikke noen utstrakt bruk av eksterne samarbeidspartnere, men noen ganger er sykehuset involvert i vurderinger dersom de har meldt behov.

Psykisk helseteamet samarbeider med spesialisthelsetjenestens ambulante team. Teamet ønsker også å ha et tettere samarbeid med poliklinikken. Teamet samarbeider med NAV på ulike måter, både på individnivå og at NAV har et treffpunkt en dag i uka rettet mot ungdom i alderen18 til 29 år i teamets lokaler. Teamet samarbeider med Politiet, helsestasjon og et konsultasjonsteam. Teamet samarbeider også med fastleger, og en pedagog som jobber med utdanning og lærlingeordinger for ungdom. Teamet samles hver morgen og fordeler oppgaver, hver ansatt følger opp mellom seks til åtte ungdommer hver dag. I hovedsak er det støttesamtaler, hjelp til søknader i NAV, medisiner, møter opp på legekontor hjelper dem med henvisning til rusbehandling. Teamet hjelper fastlegene med henvisninger i forhold til prioriteringsveileder hvis de skal henvises videre.

Hjemmerehabiliteringsteamet har jevnlige møtepunkt hvor nye søknader vurderes, og her deltar også enhetsleder for fysio- og ergoterapitjenesten. Teamet samarbeider med fastlege, korttidsavdelingen og sykehus.

BRUKERMEDVIRKNING

Informantene fra *Bo- og miljøteamet* og *Inntaksteamet* sier at det ikke er brukermedvirkning direkte i teamet, men at bruker (og eventuelt pårørende) involveres i kartleggingsfasen før saken kommer til teamet. Det er også brukermedvirkning der hvor tjenestene utføres.

Psykisk helseteamet har ikke noe strukturert samarbeid med brukerorganisasjoner, tidligere var det et tett samarbeid med brukerorganisasjonene Alarm og Mental helse. Teamet har gjennomført brukerundersøkelser, men syns ikke det kommer noe ut av det. Teamet har ansatte som i tillegg til fagkompetanse har brukererfaring, og teamet drar nytte av denne type kompetanse.

ERFARINGER

Informantene fra *Bo- og miljøteamet* og *Inntaksteamet* har gode erfaringer med denne måten å samarbeide på. Felles for de to teamene er at det er en god tone og gode relasjoner innad i teamet. De trekker frem at teamet er lite, medlemmene kjenner hverandre og at de er trygge på hverandre som viktige faktorer for at teamet fungerer såpass godt. Dette gjør at man er trygg på å diskutere i saker hvor man har ulike syn, og terskelen for å ta kontakt med hverandre utenom møtene er lav. Begge informantene sier at de tror denne måten å jobbe på gir bedre og mer rettferdige tilbud til brukerne.

I *Psykisk helseteam* er lederens rolle å koordinere, fordele oppgaver, organisere og ha oversikt, samt å jobbe ute med brukere. Leder i teamet har hovedansvar for kommunikasjon med eksempelvis NAV, politi, og sykehus. Teamet er godt etablert og kjent i kommunen, noe som gjør at innbyggere tar kontakt. Det er mange som kontakter teamet hver dag, eksempelvis om hjelp og veiledning. Teamet blir hyppig brukt, på bakgrunn av rask respons. Leder tenker at det er rask respons som er suksesskriteriet til dette teamet. På denne måten unngås det at det tar tid før brukere får hjelp når symptomene øker. Dette er teamets styrke, samt et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er mangel på psykolog, noe som teamet tidligere hadde tilgang på. Det jobbes nå med å få til et samarbeid med en psykiater fra spesialisthelsetjenesten.

3.2.2 KOMMUNE B

Kommunen har cirka 20 000 innbyggere, og er plassert i sentralitetsklasse 4. Andelen innbyggere over 67 år er ca. 2 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens andelen innbyggere i arbeidsfør alder (20–66 år) er ca. 4 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Helse- og sosialtjenester utgjør den største næringen i kommunen.

Kommunen er en mellomstor bykommune som tildeler helse- og omsorgstjenester basert på bestiller-utfører-modellen. Kommunen har to geografiske soner for hjemmetjenester som omfatter tre omsorgsboligsentre. Kommunens institusjonstjenester gis ved to sykehjem.

ORGANISERING OG TYPER AV TEAM

Kommunen har tre faste team: *Hukommelsesteam*, *velferdsteknologiteam* og *kommunalt oppfølgingsteam for ROP-pasienter*. Kommunen foretrekker begrepet "kapasitetsbygging" framfor teamorganisering, og teamene består derfor bare delvis av faste personer. Dette gir fleksibilitet til å benytte ansatte på tvers av arbeidssted etter kompetanse og brukerbehov. Av ressurshensyn har kommunen avviklet tidligere team som palliativt team og hverdagsrehabiliteringsteam. Etter en omorganisering i januar er beskrivelser av teamenes ansvarsområder og mandat vanskelig tilgjengelige. Teamene arbeider tillitsbasert. Det synes ikke å være utarbeidet spesifikke modeller for arbeidet.

Hukommelsesteamet ble etablert i 2018 og består av fem personer, der to har faste stillinger: Demenskoordinator i 80 prosent stilling og sykepleier i full stilling. De øvrige tre er helsefagarbeidere som trekkes inn ved behov. Teamets hovedoppgave er demensutredning for hjemmeboende personer over 65 år, basert på henvisninger fra sykehus, fastlege eller hjemmetjenesten. Tjenesten er ikke vedtaksbasert. De har også ansvar for undervisning og veiledning av helsepersonell og frivillige, samt koordinering av samarbeid med frivillig innsats.

Velferdsteknologiteamet har vært i drift siden 2016 og består vanligvis av tre til fem personer fra forvaltning og ergo-/fysioterapi. Teamet ledes av rådgiver som er ingeniør med videreutdanning innen helseteknologi. Grunnet sykemeldinger er rådgiveren for tiden eneste operative medlem. Hovedoppgaven er implementering av velferdsteknologi, inkludert opplæring, orientering om løsninger og bistand med tilpasning av teknologi til brukere. Oppdrag kommer via saksbehandlere og er vedtaksbasert.

ROP-teamet har vært i drift i ett år og består av fem ansatte i fulle stillinger: en psykolog, en sosionom, to helsefagarbeidere og en sykepleier som leder teamet. Tre av stillingene er prosjektfinansiert av Statsforvalteren. Teamet kartlegger behov og følger opp brukere i tråd med nasjonale retningslinjer. Tjenesten er vedtaksbasert og aktiveres etter henvendelse fra sykehus, fastlege eller brukeren selv. I den pågående etableringsfasen arbeider teamet med å utvikle bærekraftige arbeidsmetoder og rutiner som kan videreføres etter at den eksterne finansieringen opphører. Parallelt pågår en prosess med å konkretisere teamets kjerneoppgaver og ansvarsområder.

SAMARBEID INTERNT I TEAMET OG MED EKSTERNE AKTØRER

Hukommelsesteamet gjennomfører faste månedlige møter og har tett telefonkontakt mellom møtene. De samarbeider med ergo- og fysioterapitjenesten, forvaltningstjenesten, alderspsykiatrisk avdeling i sykehus og frivillige organisasjoner og personer.

Velferdsteknologiteamet møtes hver fjortende dag for statusoppdatering, prioritering og oppfølging av saker. Lederen beskriver et tett samarbeid med ledelsen og ansatte i hjemmetjenesten. Hjelpemiddelsentralen er en sentral samarbeidsinstans, og teamet samarbeider også med pensjonistforeninger om opplæring.

ROP-teamet samarbeider med fastleger, forvaltningstjenesten, boligavdelingen, sykehus, NAV og politiet, ofte gjennom ansvarsgrupper. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten kan være utfordrende. Teamet mangler sikkerhetsnett i form av rask tilgang til hjelp ved potensielt truende situasjoner. De erfarer også at sykehuset gir for lite tid til planlegging og forberedelser ved utskrivelser. Lovverkets begrensninger på kommunens tilbud versus spesialisthelsetjenestens handlingsrom påvirker også samarbeidet.

BRUKERMEDVIRKNING

Alle de tre teamene arbeider med brukermedvirkning i den direkte kontakten med brukerne, men også på systemnivå. Hukommelsesteamet har tett kontakt med pårørende, som er medbestemmende i utformingen av dagtilbudet. Pårørende er nylig blitt oppfordret til å gi tilbakemeldinger på betydningen av kommunens demenstilbud. Både velferdsteknologiteamet og ROP-teamet arbeider for å inkludere brukerrepresentanter og brukerpanel i sitt arbeid.

ERFARINGER

Hukommelsesteamets leder rapporterer om gode resultater innen utredning av brukergruppen og deres pårørende. Teamet har bidratt til utviklingen av kommunens demenstilbud, inkludert dagtilbud og avlastning. Teamets medlemmer har alle lang erfaring fra kommunens helse- og omsorgtjenester, spesialkompetanse innen demens og det ses også som en styrke at de har god kjennskap til kommunens tilbud og aktører. Trangt kommunebudsjett og forventede nedskjæringer truer imidlertid teamets videre drift i 2025, med risiko for at kun demenskoordinatorfunksjonen består.

Velferdsteknologiteamets leder erfarer utilstrekkelig forankring av teamet i kommunens ledelse. Siden utformingen av implementeringsplanen for velferdsteknologi i 2015-2016 har omstillingsprosesser og lederskifter utfordret kontinuiteten. Teamet mangler tydelig mandat, har lite skriftliggjort dokumentasjon og preges av tilfeldig organisering. Delte stillinger og uklare arbeidstidsrammer skaper utfordringer, selv om oppgavedelingen er tydelig mellom teknologiansvarlig leder og kartleggingsansvarlige fagpersoner. Aktuelle utfordringer inkluderer sykmeldinger og implementering av nytt journalsystem. Positive utviklingstrekk omfatter etablering av arbeidsflyt og opplæringsvirksomhet.

ROP-teamets leder beskriver at teamet bruker en oppsøkende arbeidsmetodikk i oppfølgingen av pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser. Sammensetningen av teammedlemmer er ikke tilfeldig, de er nøye utvalgt og lederen ser at det er svært viktig å bygge relasjoner og trygghet innad i teamet. Teamet har implementert fleksible arbeidsordninger og vektlegger gjensidig støtte og kollegial omsorg i en faglig og personlig krevende arbeidshverdag.

3.2.3 KOMMUNE C

Kommunen har cirka 20 000 innbyggere, og er plassert i sentralitetsklasse 3. Andelen innbyggere over 67 år er ca. 19 %. Helse- og sosialtjenester utgjør den største næringen i kommunen.

Kommunen har delt inn hjemmetjenesten etter to geografiske hovedavdelinger, Nord og Sør. Videre er det delt inn i fem primærgrupper og en inntaksgruppe på Nord, mens Sør har fire primærgrupper og en inntaksgruppe. Inntaksgrupper står for kartlegging av nye pasienter, mens primærgruppene står for hjemmebesøk – ivaretar brukerne og sikrer de tjenestene brukerne har krav på/behov for. Alle brukere som tilhører en primærgruppe ivaretas av ansatte i primærgruppen. Alle ansatte i en primærgruppe hjelper hverandre innenfor sin gruppe med primærpasienter. Alle pasienter som tilhører en gruppe har også en primærkontakt som har ansvar for tiltaksplan, hvorav dette er sykepleier eller helsefagarbeider som er primærkontakt. Totalt sett er det ca. 42 årsverk på Nord og ca. 42 årsverk på Sør.

ORGANISERING OG TYPER AV TEAM

Hjemmetjenesten har ingen egne team, men de samarbeider med team under andre enheter, blant annet ambulerende team, som hører under rus og psykisk helse. Når det gjelder Ambulerende team så består dette av ansatte i enhet for tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Enhet for tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne består i hovedsak av kommunens bofellesskap, men det er også brukere med nedsatt funksjonsevne som bor selv eller hjemme hos familien sin. Tjenester til disse brukerne ivaretas av Ambulerende team under enhet for tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Kommunen har også et demensteam og et innsatsteam som ligger under enhet for koordinering.

Demensteamet ligger direkte under enhetsleder for koordinerende enhet, og er ikke vedtaksbasert. Teamet opererer på oppdrag fra fastleger, eventuelt spesialisthelsetjenesten. Dette teamet ble opprettet i 2016 og har fått utvidet kapasitet, fra to 10 % - stillinger til to 20 %-stillinger. Kompetansen i teamet er spesialsykepleier med videreutdanning i eldreomsorg, samt en master i psykisk helsearbeid, og en ergoterapeut med videreutdanning i rehabilitering. Ergoterapeuten har sin faste stilling i innsatsteamet, og den andre ansatte har sin faste stilling som demenskoordinator. Primæroppgaver er å bistå fastleger med kartlegging og utrede om mistanke om kognitiv svikt eller demens, nye utredninger i samarbeid med fastlege samt oppfølging og noe pårørendearbeid inni mellom.

Innsatsteamet ligger under avdeling for friskliv, sammen med fysio- og ergoterapeuttjenesten. Dette teamet ble opprettet i 2016, og er vedtaksbasert med tre årsverk, hvor tre går i 100%-stillinger. Kompetansen i teamet er ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier med videreutdanning i rehabilitering og ledelse, og erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Teamet ble opprettet for å holde pasienter lengst mulig ute av institusjon og for å gi rehabilitering hjemme hos bruker, slik at korttidsplasser kan frigjøres. Sekundærgevinst er kompetanseoverføring til hjemmesykepleiere som jobber hos bruker.

SAMARBEID INTERNT I TEAMET OG MED EKSTERNE AKTØRER

Demensteamet bistår fastleger med kartlegging, eventuelt spesialisthelsetjenesten ved mistanke om demens for pasienter under 67 år. Videre er det samarbeid med hjemmesykepleie, saksbehandlere i helse, mestring og omsorg - tildelingsenheten, dagaktivitetstilbud, fysio- og ergoterapitjenesten, samt korttids- og rehabiliteringsavdeling. Litt samarbeid med geriatrisk poliklinikk på sykehuset.

Innsatsteamet samarbeider med sykehus, spesialisttjenesten, flere enheter i kommunen i form av tildelingskontoret, fysio- og ergoerapitjenesten, hjemmetjenesten, korttidsrehabiliteringen, eksterne fysioterapeuter og logopeder. Teamleder forklarer at de sitter midt imellom og får henvendelser rundt omkring. Også demensteamet og innsatsteamet samarbeider når pasienter har behov for tjenester fra begge team.

BRUKERMEDVIRKNING

Arbeidsbeskrivelse for demensteamet legger vekt på at bruker eller pasient alltid må samtykke til henvisning, forklarer teamleder for demensteamet. Så hvis ikke det fremkommer i henvisning, så etterspør teamet dette hos fastlege eller ringer pasienten selv. Teamleder legger vekt på at de alltid ønsker brukers egen oppfatning av sin egen tilstand;

> «Vi prater alltid med pasienten og pårørende hver for seg, da vi vil ha frem hva pasienten selv opplever om situasjonen sin.»

Innsatsteamet tar i bruk skjema under førstegangssamtale – laget ut fra kodeverket internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Her ønsker man å kartlegge hva man ønsker videre, hva skal til for at bruker kan få bo lenger hjemme. Selvrapporterende skjema måler generell helse og helserelatert livskvalitet. Innsikt i hvordan de har det med hygiene, depresjon osv.

> «Vi føler vi får med brukermedvirkning i alt, men mange er akutt syke og vet ikke egentlig hva de trenger. Mange som ikke vet hvordan livet blir etter en lammelse, det blir vanskelig å sette konkrete mål.»

ERFARINGER

Leder for hjemmetjenesten forklarer at det fungerer stort sett bra med nåværende inndeling i geografiske team, men at det er litt personavhengig hvor bra spesifikke ting blir fulgt opp.

Leder for koordinerende enhet fremhever hvordan teamorganisering, som demensteamet og innsatsteamet, gir økt spisskompetanse for spesifikke brukerbehov. Dette fører til mer målrettede tiltak, bedre rehabiliteringsforløp, og muligheten til å gi riktig hjelp til riktig tid, noe som også letter arbeidsmengden for den generelle hjemmesykepleien. Enhetsleder beskriver at den nåværende organiseringen ikke legger til rette for at kompetansen blir styrt i riktig retning.

> "Det handler litt om organiseringa. Hvor er det du jobber hen? Vi klarer nok ikke å benytte den kompetansen godt nok, fordi du skal dekke opp en turnus, du skal dekke opp vakter. Og så kan du risikere at du har én person som har videreutdanning innenfor demensomsorg som sendes til personer med alle andre typer utfordringer kanskje enn demens."

Leder for koordinerende enhet forklarer viktigheten rundt et godt samarbeid med hjemmesykepleien for begge team. Innsatsteamet jobber kun på dagtid, og der er det hjemmesykepleien som må følge opp og videreføre tiltak på kveldstid og i helger. Det trekkes frem noen utfordringer med samarbeid med hjemmesykepleien og andre avdelinger, spesielt ved overganger fra institusjonsopphold til rehabilitering hjemme. Ved bedre koordinering og kommunikasjon kunne teamets kapasitet vært utnyttet mer effektivt. Videre uttrykker leder for koordinerende enhet et ønske om å teambasere mer av de hjemmebaserte tjenestene for å få mer tilspisset kompetanse på spesifikke brukergrupper, spesielt demens.

> «Vi har jo også snakka med ledergruppa for sektor for helse, mestring og omsorg om dette med å teambasere litt mer av de hjemmebaserte tjenestene. For å spisse litt og bruke riktig kompetanse på de riktige brukerne, for å si det sånn. Det er jo noe man ønsker seg, for man ser at ... Det er noen brukere ute i hjemmesykepleien som man gjerne skulle hatt litt mer kompetanse rundt. Kanskje spesielt personer med demens. Fordi det kan være vanskelig å komme i god dialog…»

Det påpekes fra koordinerende enhetsleder at demensteamet har for få ressurser til å følge opp så tett som ønsket, og at dette begrenser hvor mye de kan hjelpe. Teamleder for demensteamet forklarer at det i oppstarten 2016 var svært lite etterspørsel av tjenesten, men at det har vært et jevnt økende behov for tjenestene de siste årene, og at det spesielt i år har det vært en markant økning i henvisninger. Teamleder forklarer en frustrasjon over for få ressurser i forhold til behovet, hvor de har en ventetid på seks måneder. Dette fører gjerne til at teamet kommer inn for sent med tilbud. Pårørende og brukere etterspør tjenester, hvor teamet ikke har kapasitet i nær fremtid. Dette oppleves som krevende og vondt å stå i for de ansatte i teamet, med pårørende og brukere i en sårbar gruppe hvor det er vanskelig å ta steget for å spørre om hjelp. Teamleder forklarer videre at de gjerne skulle hatt flere og mer kontinuitet i oppfølgingssamtalene. Oppfølgingssamtaler er anbefalt en gang i halvåret, men grunnet knapphet i ressurser går det noen ganger to år mellom disse samtalene. Teamleder forklarer at dette er svært uheldig og vondt, da brukergruppen ikke sier ifra selv, og typisk trenger motivasjon utenfra.

Leder for koordinerende enhet forklarer at innsatsteamet opplever perioder med varierende arbeidsmengde, noe som gjør det utfordrende å optimalisere deres innsats hele tiden. Teamleder for innsatsteam forklarer at ting tar litt tid, og at kommunen syntes det er «skummelt å sende hjem folk», som fører til at korttidsavdelingen er full av pasienter som venter på langtidsplass.

Teamleder forklarer at brukere syntes det er trygt å komme hjem når de ser hvor mye oppfølging de får og at det er de samme ansatte som kommer på besøk til dem.

3.2.4 KOMMUNE D

Kommunen har cirka 60 000 innbyggere, og er plassert i sentralitetsklasse 1.

Kommunen har valgte å beholde én stor forvaltning. Istedenfor å spre forvaltningen utover på avdelinger har de valgt en modell hvor forvaltningen sitter ett sted, med ansvar for tildeling av tjenester, og samhandlinger med de ulike avdelingene som utøver tjenestene. Avdelingsdirektør forklarer at det er opp til hjemmetjenesten hvordan de utfører tjenestene, mens forvaltning står for det lovlige vedtaksarbeidet;

> «Så det er ikke sånn at forvaltningen bestemmer hva som skal gjøres i hjemmetjenesten. Det bestemmer de for så vidt selv. Men det er forvaltningen som utfører det lovmessige vedtaksarbeidet.»

Kommune D sin hjemmetjeneste er delt inn i tre hovedavdelinger; rus og psykisk helse, miljøarbeidertjenesten for mennesker med utviklingshemming og somatisk hjemmesykepleie. Vi går i denne delen kun inn på den somatiske delen. Den somatiske avdelingen består av fire geografiske distrikter, en omsorgsbolig med stedeværende hjemmesykepleie og en praktisk bistandsgruppe. I tillegg har de en liten avdeling som heter rehabilitering og avklaring, som jobber dagtid som avdeling, og på kveld og helger er de ute i de geografiske distriktene. I de geografiske distriktene er det sykepleiergrupper hvor det er ca. 17 årsverk i hvert distrikt. Her jobber det hovedsakelig sykepleiere og helsefagarbeidere, hvor alle gjør alt, men hvor man prøver å ha mest mulig kontinuitet i hvem som besøker hvilke brukere.

ORGANISERING OG TYPER AV TEAM

Hukommelsesteamet er et vedtaksbasert team bydelen har hatt siden 2017, hvor det har blitt gjort noen endringer etter oppstart med utvidelse av team og omstrukturering. Per nå er det tre ansatte med ergoterapiutdanning og sykepleier med videreutdanning i geriatri. Her er det mye kartlegging, oppfølging av forvaltningsdelen, aktiviteter som for eksempel turgrupper og bistand med demenskor, pårørendearbeid, hjelpemiddelkartlegging for hukommelseshjelpemiddel og utarbeidelse av demensplan.

Under rehabiliteringsavdelingen ligger trygt hjem, som er et vedtaksbasert team som har fungert siden 2018. Siden den gang har de fått inn fagkonsulent/saksbehandler. Det er 3,6 årsverk i teamet, fordelt på fire ansatte. Kompetansen er sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Her er oppgavene bo-oppfølging, saksbehandling, rehabilitering, vurderingsbesøk, pårørendearbeid og kartlegging av hjelpemidler. Her er formålet å få gode overganger fra sykehus eller helsehus til hjemmet.

Kommune D har avslutningsvis hatt et vedtaksbasert velferdsteknologiteam i over ti år. Teamet har siden oppstart økt med antall ansatte og blitt justert fra å være et testprosjekt til et godt etablert team med mye og viktig ansvar. Det er tre ansatte med sykepleie-kompetanse. Teamet har ansvar for teknologien som blir tatt i bruk, opplæringsansvar for brukere og ansatte, digital oppfølging, kompetanseoverføring til andre bydeler og testing av nye prosjekter.

Det er et definisjonsspørsmål hvorvidt noen av de som er nevnt som et team, faktisk er et organisatorisk team som vi ønsker å kartlegge i denne undersøkelsen. Kommune D har blant annet

en ernæringsfysiolog som jobber 100%, som vi ikke har regnet med som et team. De har også kreftkoordinatorer som betegnes mer som ressurspersoner enn et team, ifølge avdelingsdirektør. Vi ser at de har mye av de samme arbeidsoppgavene som demensteam i andre kommuner har, som for eksempel kartlegging og følge opp brukere, veiledning av både ansatte, brukere og pårørende, henvisning og undervisning.

SAMARBEID INTERNT I TEAMET OG MED EKSTERNE AKTØRER

Hukommelsesteamet samarbeider internt med hjemmesykepleien, hvor de tilbyr veiledning og opplæring for å styrke kompetansen i demensomsorg, samt med forvaltningstjenesten for å koordinere tildeling og oppfølging av tjenester. De holder også tverrfaglige møter for å drøfte felles brukere for hvordan de kan gi best mulig tjenester. Eksternt har teamet tett kontakt med fastleger, som de bistår i demensutredninger, spesialisthelsetjenesten for mer komplekse vurderinger og behandlinger, samt frivillige organisasjoner for å organisere aktiviteter som demenskor, aktivitetsvenn og turgrupper;

> «Også har vi aktivitetsvenn. Og der har vi jo egentlig rekruttert frivillige fra Nasjonalforeningen for folkehelse. Og så må de jo kurses. Og det gjør de hos oss. Vi har hukommelsesteamet.»

Rehabiliterings- og avklaringsavdelingen samarbeider internt med hjemmesykepleien for å sikre overføring av rehabiliteringsplaner og oppfølging i hjemmet, samt med ergoterapeuter og fysioterapeuter i tverrfaglige rehabiliteringstiltak. Eksternt samarbeider de med sykehus for å tilrettelegge for utskrivningsklare pasienter og med NAV for å koordinere arbeidsrettede tiltak og ytelser.

Velferdsteknologiteamet jobber internt med hjemmesykepleien for å implementere og følge opp teknologiske løsninger som kan støtte brukerne i hjemmet, samt med IT-avdelingen for teknisk støtte og systemintegrasjon. Eksternt samarbeider de med leverandører for tilpasning av velferdsteknologi og med andre kommuner for erfaringsutveksling og utvikling av nye løsninger.

BRUKERMEDVIRKNING

Hukommelsesteamet benytter kartleggingsverktøy som "Min livshistorie" for å samle informasjon om brukernes bakgrunn, preferanser og sosiale nettverk, noe som legger til rette for en personsentrert omsorg, ifølge teamleder for hukommelsesteamet. Pårørende inkluderes også som en del av denne prosessen dersom bruker selv ønsker det, slik at teamet skal få en bedre oversikt over hvem bruker var før de ble dårligere. Denne erfaringen overføres til hjemmetjenesten, slik at de også kan få et bedre bilde av hvem de jobber med.

> «Med brukerens samtykke skal man ha pårørende med i en kartleggingssamtale, men da skal man kartlegge litt hvem personen er, hva de liker og hvilke relasjoner de har... og preferanser ... hva slags mat de er interessert i ... Og så nærmeste nettverk ... Og da handler jo det litt om å bli kjent med personen, sånn at man kan utøve det som heter personsentrert omsorg.»

Teamleder for hukommelsesteamet forklarer at de er gode på brukermedvirkning, men ikke alltid like gode på å dokumentere dette og at dette er en ting de kan forbedre seg på. Videre forklarer teamleder at de har mye respekt for bruker når det kommer til samhandling og å lage avtaler på brukers premisser.

> «Og så er det jo brukermedvirkning i at vi selvfølgelig har stor respekt for det de enten sier eller viser i forhold til avtalene vi lager. At vi.. Ja.. Ønsker kanskje å komme inn dit i morgen. Og da ønsker ikke brukeren det. Og da prøver vi igjen, på en måte. Det er litt sånn lirking.»

I rehabiliterings- og avklaringsavdelingen tilpasses hverdagsrehabilitering til brukernes mål og ønsker for mestring i hverdagen gjennom samtaler og kartlegging. Videre bidrar velferdsteknologiteamet til å fremme brukermedvirkning gjennom involvering av brukere i valg og implementering av teknologiske løsninger, som digitale tilsyn og medisineringsstøtte for å sikre at brukernes behov og ønsker er integrert i utformingen av tjenestene.

ERFARINGER

Avdelingsleder fremhever utfordringer knyttet til ressursstyring i små team. Det legges vekt på at et lite team ikke klarer å nå over hele brukergruppen som har behov alene, når brukergruppen er økende, som for eksempel personer med demens. Avdelingsleder forteller at de har vært mye frem og tilbake om kompetansen burde spres utover i hjemmetjenesten, eller hvorvidt de skal ha faste team som utfører oppgavene. Med en økning i brukergruppen med demens, vil det trolig være vanskelig å operere med små, faste team, men isteden mer ressurseffektivt bruke disse kompetanseteamene til å spre kompetansen utover i hjemmetjenesten.

> «Hukommelsesteam, det er seks armer. Vi har 300 innbyggere med demens. I hjemmetjenesten har du ti ganger så mange armer som i hukommelsesteam som gjør at de må jobbe gjennom. Du vil aldri nå over. Så vi tenker at det er en god måte å organisere det personellet med aller mest kompetanse. De som har mest kompetanse innenfor et område, kan ikke gå til alle som har den utfordringen. De må jobbe gjennom andre. Det tror jeg vi får til best ved å ha egne team.»

Avdelingsleder forklarer at det er også utfordringer med ressursstyring når det kommer til varierende og uforutsigbare behov i andre brukergrupper. For eksempel ble rehabiliteringsteamet redusert grunnet lite effektivitet. Organiseringen gjorde det også krevende for teamet å komme gjennom lister da det ikke var inndelt etter geografi, og hvor teamet måtte ta hele bydelen på travle dager.

> «Alle vil ha fulle, faste stillinger, men det er ikke sikkert behovet er der. Så utfordringen når du blir veldig teamstyrt og kompetansestyrt, så vil du jo på et eller annet tidspunkt også møte at du kanskje ikke har nok.»

Avdelingsleder legger også vekt på at faste turnuser gjør det vanskelig å sikre det reelle behovet, og at dette kunne føre til dødtid for de ansatte med spesialkompetanse.

> «At det var vanskelig å finne riktig nivå på turnusen. På en fredag kom fire hjem fra sykehus. Da skulle du ta alle de fire. Mens på onsdag hadde du ingen brukere. Det var vanskelig å sikre en god bemanning. I tillegg til at en gjennomsnittlig bemanning viste at det var behov for to ansatte hver kveld. Eller egentlig ikke to. Det var behov for 1,4. Men så måtte du ha to. Så du gikk med mye ledig gang.»

Videre peker avdelingsleder også på begrensninger ved en teambasert modell i møte med mangel på helsepersonell i hjemmetjenesten. Videre trekkes det frem at det er demotiverende for personell med spesialkompetanse at de ikke får jobbe utelukkende med det de er utdannet innenfor. Dette

kan være grunnet mindre behov for spisset kompetanse innad i den enkelte bydelen eller mangel på helsepersonell i hjemmetjenesten, slik at de må brukes i den generelle hjemmetjenesten.

> «Det er noe av utfordringen når vi snakker om oppgavedeling i Norge i dag. Og mangel på helsepersonell. Samtidig som hvis du sier at du skal jobbe 20 % som kreftkoordinator og 80 % som sykepleier, så er det også demotiverende. Da får du ikke motivert folk til å stå i jobb. Men hvis du kunne sagt at du skal jobbe 50 % i vår kommune og 50 % i nabokommunen, så ville du kanskje stå i jobb fordi du jobber med det du ... Du blir virkelig god på det du jobber med.»

Videre trekkes mulige fordeler frem med interkommunalt samarbeid, slik at de med spisset kompetanse kan bli enda bedre på sitt fagområde ved at de får jobbe utelukkende med sin brukergruppe. Spesielt trekkes det frem at små kommuner kunne hatt bedre utnyttelse av spesialkompetanse gjennom samarbeid, noe som foreløpig ikke er mye utbredt.

> « (…) la oss si istedenfor at Bydel XXX har to kreftkoordinatorer, og bydel XXX har to kreftkoordinatorer, og så jobber de egentlig begge, har de bare brukergrunnlag for 1,5, da. Så kunne man slått dem sammen, og så kunne man hatt tre stykker som jobba målretta. For de jobber ganske likt, og de samhandler også mye, men de har liksom ikke felles ansvar.»

3.2.5 KOMMUNE E

Kommune E har cirka 40 000 innbyggere, og er plassert i sentralitetsklasse 4.

Kommune E har organisert helseavdelingen inn i tre hovedavdelinger: hjemmetjeneste, forvaltning og rus og psykiatri. Videre er hjemmetjenesten delt inn i fem geografiske soner, hvor det er tilsvarende mellom 17 og 20 årsverk i hver av disse sonene, hvor fokuset ligger på å ha kompetanse spredd i de geografiske teamene fremfor spisskompetanse samlet i egne team. Under hjemmetjenesten er det også en nattpatrulje i tillegg til de geografiske teamene.

ORGANISERING OG TYPER AV TEAM

Under forvaltning ligger en tidlig innsats og mestring-avdeling som hjemmetjenesten samarbeider tett med. Dette var tidligere tre team (velferdsteknologi, saksbehandling og lavterskel) som ble slått sammen til en enhet som nå opererer som et stort team. Det kan diskuteres hvorvidt det er å regne som et organisatorisk team som vi har vært ute etter å kartlegge. Det ble betegnet som team fra samtlige under intervju, dermed omtales det som team/enhet her. Dette teamet er et vedtaksbasert team som ble til 1. januar 2024. Teamet består av lavterskeltjenester i form av kreftkoordinator, ernæringsfysiolog, demenskoordinator og seniorveileder, og en fysioterapeut som holder i gruppetreninger og arrangerer gruppetreninger for innbyggerne i bydelen.

I denne enheten ligger også saksbehandlere som fungerer som et sentralt bindeledd mellom seksjonene og deltar i ulike møter for å sikre helhetlig samarbeid, samt har ansvaret for å fatte vedtak om alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette gjelder alt fra hjemmesykepleie, praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgsstønad, pårørendestøtte, trygghetsalarm, omsorg pluss, langtidsopphold i sykehjem, korttidsopphold på helsehus. Velferdsteknologi-delen har ansvar for å sette inn riktig utstyr hos brukerne, måleredskaper og diverse i forbindelse med digital hjemmeoppfølging. Enheten har også et responssenter som er bemannet av en sykepleier hver dag fra åtte til halv fire, som tar imot målinger, holder kontakt og er på en måte en koordinator for de som har den tjenesten.

Enheten utgjør 18,5 årsverk. De prøver også å få med en ergoterapeut fast i teamet, men bruker for øyeblikket en ergoterapeut fra hjemmetjenesten som frigjøres ved behov. Enhetsleder for tidlig innsats og mestring forklarer at det er tillitsmodell de følger, hvor formålet er å sikre rettferdig og lik behandling for brukerne av hjemmetjenesten. Ved å samle saksbehandlere under én leder unngår man variasjoner i tildelingspraksis mellom forskjellige ledere, noe som styrker likhetsprinsippet;

> «Det som er bakgrunnen for at vi har valgt å gjøre det sånn som vi har gjort det her, det er at hvis alle saksbehandlerne har forskjellige ledere, så kan det være vanskelig å sørge for at man legger seg på en lik linje på tildeling. Fordi det er jo et likhetsprinsipp som ligger til grunn her.»

Forvaltning har også andre team som ikke samarbeider med hjemmetjenesten, som boligavdeling, tilrettelagte tjenester, barneavdeling for saksbehandling, bolig for nærmiljøet og boligkontoret. Disse teamene har vi ikke gått inn på. Kommunen har også hatt et rehabiliteringsteam de har avviklet, grunnet lite effektivitet.

SAMARBEID INTERNT I TEAMET OG MED EKSTERNE AKTØRER

Tidlig innsats teamet samarbeider med hjemmetjenesten og de andre teamene under forvaltning gjennom tverrfaglige møter.

Saksbehandlerne har mest kontakt med pårørende, brukere og interne aktører i kommunen, som kommunal akutte døgnplasser, helsehus og hjemmetjenestene.

For velferdsteknologi har kommunen også en del kontakt med leverandørene av tjenestene. Enhetsleder forklarer at det også går med tid på å lære opp andre ansatte i velferdsteknologien som blir brukt for å tolke og bruke data riktig;

> «Og så er det jo mye opplæring internt i hjemmetjenesten på hvordan man bruker verktøyene, hvordan man tolker den informasjonen man får, og ikke minst hva man kanskje skal gjøre med den informasjonen man får.»

Demenskoordinator samarbeider mye med fastlegene, i forbindelse med utredning av sykdom. Det er mye pårørendekontakt, og flere viktige samhandlingspunkter internt i kommunen, både med hjemmetjenesten og de ulike boligene. Kreftkoordinator har et utstrakt samarbeid med Lovisenberg livshjelp og lindring. Det er en del kontakt med Kreftforeningen for å hjelpe brukerne med å søke midler, fore eksempel. Også her er det en del kontakt med pårørende. Det er også et tett samarbeid med sykehusene.

Når det gjelder kommunens seniorveileder, så er viktige samarbeidspartner for henne seniorsenteret, samt dagsentrene og tjenestene internt. Enhetsleder forklarer også at andre seniorveilederne i regionen danner et viktig nettverk for erfaringsutveksling.

BRUKERMEDVIRKNING

Tidlig innsats jobber med brukermedvirkning i avklaringsperioden, der man skal ha en samtale med bruker for å avklare forventningene og spørre hva som er viktig for bruker og planlegge videre tiltak. Denne samtalen pleier teamet å ha innen 14 dager fra bruker blir henvist.

Enhetsleder forklarer at de arbeider for å se den individuelle bruker med individuell tilnærming, i en hverdag hvor man møter mange brukere. Videre er det et viktig moment at pårørende inkluderes der bruker ønsker at pårørende skal inkluderes, og at pårørende kan gi

viktig informasjon der bruker ikke er i stand til å svare for seg. Videre forklarer enhetsleder at tjenesten forholder seg til overordnet standard i kommunen for pårørendesamarbeid som de aktivt bruker for å sørge for at de gjør det som står i prosedyrer, men at dette fremdeles er litt nytt for dem.

ERFARINGER

Leder for hjemmetjenester forteller at de ikke har hatt så gode erfaringer med organisering av store team tidligere, og ønsker å spre kompetansen ut i de geografiske teamene fremfor å ha egne team med spisskompetanse. Kommunen ønsker å ha fokus på kompetanseheving innen eksisterende team fremfor å etablere nye, spesialiserte enheter. Det ble ansett som lite hensiktsmessig å ha store team som ikke tilpasset seg brukernes behov. Tidligere rehabiliteringsteam var ineffektive, og organiseringen manglet samhandling når pasienter ble overført til hjemmetjenesten;

> «Vi har hatt et rehabiliteringsteam som var ganske stort og lite effektivt. Og så ble det overgang med pasienten hvor det teamet hadde veldig god tid. Og så kom da en hjemmetjeneste, og det var nesten at man har fått to forskjellige tjenester.»

Leder for hjemmetjenesten forteller også at et samarbeid på tvers kunne vært en god ide for å spare ressurser og bruke kompetansen riktig når det kommer til store team med spisskompetanse, men å ha egne store team i hver kommune er lite effektivt.

Leder for tidlig innsats og mestring forklarer at tiden etter oppstarten 1. januar 2024, i kjølvannet av sammenslåingen, har vært både spennende, krevende og givende. Det har vært nødvendig å justere og tilpasse mye for å få de tre tidligere teamene til å jobbe mer samkjørt, bygge teamfølelse og utnytte den tverrfaglige kompetansen på en god måte. Sakene fordeles i fellesskap for å sikre at riktig kompetanse brukes i hver enkelt sak;

> «Fordi det var nok en del av utfordringsbildet tidligere at man pekte litt på hverandre og skjønte ikke helt hvorfor ikke vedkommende hadde gjort sånn. Eller hvorfor var ikke det gjort, og dette er for dårlig, og tenk at man ikke ... Så det vi har gjort nå, er at når vi får inn saker, så fordeler vi... sakene i fellesskap for å sørge for at vi setter inn riktig kompetanse i riktig sak.»

En tverrfaglig tilnærming har gjort det enklere å kartlegge og dekke opp brukers behov, og enhetsleder fremhever fordelene med å kombinere kompetanse fra ulike fagområder. Det legges vekt på å identifisere hvor "skoen trykker" for brukerne og å tilpasse tiltakene etter deres faktiske behov. For eksempel kan en fysioterapeut avdekke behov som går langt utover den opprinnelige henvisningen, noe som utløser bredere tverrfaglig innsats.

4. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Kartleggingen og beskrivelsen av de fem casene gir en oversikt over organisering av faste team i hjemmetjenesten. Basert på dataene vil vi trekke frem og diskutere noen punkter.

Faste team i hjemmetjenesten fremstår ikke som en entydig enhet. Funnene viser at begrepet 'team' brukes om ulike typer organisering i tjenestene, noe som gjør det utfordrende å gjennomføre en enhetlig kartlegging. Som beskrevet i resultatdelen kan team ha samme navn, men fylle ulike funksjoner – eller omvendt, ha ulike navn, men samme funksjon. Noen kommuner samler noen oppgaver som et team, for eksempel sykepleierteam, mens andre kommuner har liknede organisering uten å kalle dette for et team (fks. egne sykepleierlister). Videre kan kommuner organisere team under ulike enheter, slik at team ikke nødvendigvis hører til i hjemmetjenesten, selv om de leverer tjenester til personer som også mottar hjemmetjenester. De fleste teamene faller inn under definisjonen til Reeves et al (2010), der to eller flere personer jobber sammen med klare oppgaver/mål, gjensidig avhengig av hverandre og med delt ansvar. Det forekommer imidlertid team som ikke passer med denne beskrivelsen, og som består av en eller flere ressurspersoner som ikke nødvendigvis jobber sammen. Når en leser innholdet i denne rapporten, er det viktig å ha dette mangfoldet i bakhodet. Resultatene her gjenspeiler hva kommunene selv oppgav og beskrev som team i hjemmetjenesten. Rapporten gir en innsikt i dette landskapet som kan være nyttig i videre studier av innretninger og organisering i hjemmetjenestene.

Når det gjelder teamenes oppgaver mener vi at dette grovt kan deles i to, der det går et skille mellom fag og forvaltning. Teamene som har fokus på fag retter seg mot særlige pasientgrupper eller oppgaver, som demensteam eller rehabiliteringsteam. Disse teamene representerer en kompetansebygging og spesialisering i hjemmetjenestene. Ved å organisere i slike faglige team kan kommuner bygge og utvikle spesialkompetanse innenfor områder de finner som viktig. De faglige teamene utfører tjenester rettet mot brukere, dette kan være alt fra lavterskeltjenester og kartlegging, til behandling og omsorg. Casestudiene viser at de brukerrettede teamene også har stor vekt på brukermedvirkning.

Team som er rettet mot forvaltning handler ofte om vurdering og tildeling av tjenester. Noen av disse, slik som innsatsteam, kan også yte tjenester, men da gjerne i kortere perioder som et ledd i kartlegging og endelig tildeling av hjemmetjenester. I tillegg viser casestudien at det er vanlig

for kommuner å ha relativt selvorganiserte team innenfor ulike deler/soner i hjemmetjenesten. Disse betjener typisk et geografisk område. Basert på våre data ser vi altså igjen to former for team som også er beskrevet i litteraturen: *Team som er spesialisert på et fagområde eller brukergruppe i hjemmetjenesten* (Birkeland et al., 2017; Fuglerud et al., 2021; Hansen, 2023; Langeland et al., 2016; Småbråten, 2024) og *Team som er selvorganisert utfra geografiske soner i hjemmetjenesten* (Eide et al., 2017; Følstad & Lefevr, 2024; Hansen & Neumann, 2023; Slåtsveen et al., 2023; 2024; Øygarden et al., 2020).

Kommunene synes å benytte team som virkemiddel for å oppnå flere ting. For det første ser team ut til å være en naturlig organisering når kommunen ønsker å utvikle kompetanse på ulike områder. Gjennom etablering av team bygges kompetanse som kan benyttes ved tilfeller der det er særskilte behov, som ved tilrettelegging for hjemmetid og hjemmedød eller kartlegging av personer med demens. I tillegg til at teamene kan yte spesialiserte tjenester synes de også å være et viktig virkemiddel for kompetansebygging i tjenestene generelt, der medlemmer i teamet blir benyttet som ressurspersoner ved spørsmål og i internundervisning.

De kartlagte kommunene bruker også team som et virkemiddel for å øke tverrfaglig oppfølging. Dette skjer både ved at teamene er tverrfaglig sammensatt og ved godt tverrfaglig samarbeid med hjemmetjenesten, hvor de spesialiserte teamene bistår hjemmetjenesten for å gi bistand til brukere som kan anses å ha mer utfordrende behov, for eksempel ved demens. Slik tverrfaglig samarbeid bidrar også til å spre kompetanse ut i hjemmetjenesten.

Videre synes team også å være et virkemiddel for å legge til rette for at personer skal kunne bo lengre i eget hjem. Ved å etablere team, for eksempel hverdagsrehabilitering, ønsker kommunen å redusere behovet for sykehjemsplasser.

Generelt kan det se ut til at større kommuner har mulighet for å organisere team med faste ansatte, mens mindre kommuner har mindre team, der ressursene i større grad består av delte stillinger, og der personer for eksempel jobber i team noen dager i uken. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at spesialisering av tjenestene henger tett sammen med volumet i tjenestene (Sogstad et al 2022),

Erfaringene med teamorganisering er varierende. På den positive siden trekker informantene frem muligheten for å utvikle kompetanse. Å kunne spesialisere seg og tilegne seg ekstra kompetanse på et område er motiverende for personell som jobber i teamet. Videre er det flere som peker på at teamorganiseringen legger til rette for godt samarbeid. De som jobber i teamet, blir godt kjent noe som er vesentlig for gode diskusjoner og tverrfaglig arbeid. På den andre siden er det flere som peker på sårbarheten med å organisere kompetanse i små grupper, både ved at samarbeid og kompetansedeling blir personavhengig, og utfordringer ved sykefravær eller når personer slutter i stillinger.

Det er også ulike erfaringer når det gjelder ressursstyring og effekt av teamene. Noen peker på at team kan brukes for en mer effektiv styring av ressurser der teamene gir en god bruk av spesialkompetanse. Andre opplever at teamorganiseringen kan føre til at spesialkompetanse blir utnyttet i for liten gard. Noen har erfart at det er utfordrende å utnytte ressursene i teamet og at spesialiserte team blir sittende med ledig kapasitet.

Kommunene opplever også at teamene lett kan bli «offer» i budsjettforhandlinger, og flere kommuner opplyser at de har hatt team som nå er avviklet. Årsaken til dette ligger både i at en har ønsket å spre kompetanse i hjemmetjenesten, men også at teamorganiseringen har medført økte kostnader som kommunen ikke har sett seg råd til.

Om en ser på utgangspunktet i «bu trygt heime» (Meld. St. 24 (2022–2023)) der team sees på som en viktig brikke for å sikre kontinuitet i tjenestene, har teamene som kommer frem i denne kartleggingen ikke dette som primært fokus. Det betyr ikke at dette ikke er en tematikk kommunene er opptatt av, men at det kanskje er andre strukturer enn team i hjemmetjenestene, som for eksempel faste lister, som legger til rette for dette.

5. KONKLUSJON

Kartleggingen viser at det er etablert en rekke ulike team i hjemmetjenesten. Samtidig ser vi at definisjonen av team er uklar, noe som gjør det utfordrende å kartlegge. Teamene ser i all hoved sak ut til å dreie seg om fag, der kommunene bygger spesialisert kompetanse, eller forvalting, der teamene er involvert i tildeling av tjenester.

Kommunene har ulike erfaringer med team, der dette både kan være en velfungerende og effektiv struktur, mens for andre fremstår som dårlig utnyttelse av ressursene i hjemmetjenesten.

Rapporten belyser aspekter ved teamorganisering i hjemmetjenesten. Funnene viser at organiseringen varierer betydelig mellom kommuner, og at teamstrukturer ofte er komplekse og vanskelig å avgrense. Dette peker på et behov for økt kunnskap om hvordan team organiseres, hvilke funksjoner de ivaretar, og hvordan prioriteringer gjøres i praksis. For å utvikle en mer helhetlig forståelse av teamorganisering i hjemmetjenesten, kan det i videre forskning være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i konkrete oppgaver og funksjoner, og undersøke hvordan ulike kommuner organiserer teamene sine for å løse disse.

REFERANSER

Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011). Å lage farger på livet til folk»: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154-162. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-07

Bentzen, T. Ø. (2016). *Tillidbaseret styring og ledelse i offentlige organisationer - I springet fra ambition til praksis*. Doktorgradsavhandling. Roskilde: Roskilde Universitet

Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *Journal of Multidisciplianry Healthcare*, 10, 195-203. https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417

Eide, T., Nilsen, E., Gullslett, M. K., Aaberge, A. H., & Eide, H. (2017). *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune.* Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 13 / 2017. http://hdl.handle.net/11250/2446638

Forsetlund, L., Vist, G. E., Hov, L., & Aamland, A. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt*. Rapport. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/publ/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten/

Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2021). *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering: Sluttrapport følgeevaluering; oppsummering av tjeneste og modell.* Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 71/2021. https://hdl.handle.net/11250/2758391

Følstad, G. & Lefevr, H. L. (2024). *Sluttrapport Prosjekt HeltOm 3.0. Bergen kommune.* https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/tillitsreformen/viktige-satsinger

Hansen, I. L. S. (2023). Når svikt i tilgang til helsetjenester blir et boligproblem for personer med alvorlig psykisk helse og rusproblemer. *Nordisk välfärdsforskning*, 8(2), 127-140. https://doi.org/10.18261/nwr.8.2.5

Hansen, H. C. & Neumann, C. B. (2023). Logistics of care: Trust-reform and self-managing teams in municipal home care services. *Journal of Social Policy*, 1–16. https://doi.org/10.1017/S004727942300034X

Haugen, D. F., Jordhøy, M., Engstrand, P., Hessling, S. E., & Garåsen, H. (2006). Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus *Tidsskrift for den norske legeforening*, 126, 329 -332.

Kalisch, B. J., Lee, H. & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 938-947. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01153.x

Kamei, T., Kawada, A., Minami, K., Takahashi, Z., Ishigaki, Y., Yamanaka, T., Yamamoto, N., Yamamoto, Y., Suzuki, Y., Watanabe, T., Iijima, K. & Academic Group in Japan Home Health Care Alliance (2024). Effectiveness of an interdisciplinary home care approach for older adults with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Geriatrics & gerontology international*, 10.1111/ggi.14931. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/ggi.14931

Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S. & de Blok, J. (2015). Buurtzorg nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 4(1), 40-44. https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030

Kvilhaugsvik, B., & Birkeland, A. *Prosjektrapport "Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar"*. Helsetorgmodellen- rapport (2013/1). https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/150758

Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering-en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.6/2016. http://hdl.handle.net/11250/2389813

Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Persson, J. & Rydenfält, C. (2022). Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3309-e3327. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13910

Martin, A. K., Green, T. L., McCarthy, A. L., Sowa, P. M. & Laakso, E. L. (2022). Healthcare teams: terminology, confusion, and ramifications. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 15, 765–772. https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197

Melbye, L., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M. & Kalseth, J. (2021). Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 69–84. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06

Meld. St. nr. 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Handlingsplan for eldreomsorgen — Trygghet - respekt – kvalitet. Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-50_1996-97/id191307/

Meld. St. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/

Meld. St. nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/

Meld. St. nr. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/

Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/

Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/

Olsø, T. M., Almvik, A. & Norvoll, R. (2015). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), 121-131. https://doi.org/10.7557/14.3327

Ranheim, T., Flottorp, S. A., Austvoll-Dahlgren, A. T., & Johansen, M. (2010). *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer*. Rapport fra kunnskapssenteret nr.7- 2010. Folkehelseinstituttet.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* (1st ed., Vol. 8). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781444325027

Ruud, T., Landheim, A.S., Nasjonal kompetansetjeneste samtidig rus- og psykisk, l. & Akershus universitetssykehus, H.F. (2014) *Utprøving av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene?* Brummundal: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset innlandet HF. http://hdl.handle.net/11250/2444702

Rydenfält C, Persson J, Larsson R, Johansson G. & Erlingsdóttir G. (2024). Inter-organizational home care nursing teams: a comparison of a region wide organizational change initiative with success factors identified by forerunners and team theory. *Home Health Care Management & Practice*, 36(3), 151-156. https://doi.org/10.1177/10848223231209926

Slåtsveen, R. E., Wibe, T., Halvorsrud, L. & Lund, A. (2023). Interdisciplinary frontline teams in home-based healthcare services-paradoxes between organisational work structures and the trust model: a qualitative study. *BMC health services research*, 23(1), 715. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09695-y

Slåtsveen, R. E., Wibe, T., Halvorsrud, L. & Lund, A. (2024). Balancing between dual belongings when organised into interdisciplinary teams, with the trust model as the context: A qualitative study. *BMC primary care*, 25(1), 314. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02554-7

Småbråten, H. G. (2024). Sykepleieres erfaringer med kommunalt palliativt team til pasienter med kols. En kvalitativ studie. Masteroppgave. Universitetet i Sør-øst Norge. https://hdl.handle.net/11250/3142263

Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V. & Braun, V. (2017). *Thematic analysis. The SAGE handbook of qualitative research in psychology, 2*(17-37), 25.

Welp, A. & Manser, T. (2016). Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 281. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1535-y

Yu, Z., Gallant, A.J., Cassidy, C.E., Boulos, L., Macdonald, M. & Stevens, S. (2020). Case Management Models and Continuing Care: A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *Home Health Care Management & Practice, 33*, 96–107. https://doi.org/10.1177/1084822320954394

Øygarden, O., Gressgård, L. J. & Berge, A. K. (2020). *Helsetjenesteteam og omsorgsteam - Resultater fra følgeforskning. Rapport 27/2020*, NORCE Samfunn. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34994.43208

Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no