

## KAPITTEL 4

# Tverrfaglige team – hvordan lykkes?

*Helge Ramsdal*

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

**Sammendrag:** I dette kapittelet gjennomgås noen perspektiver på teamorganisering i helse- og velferdssektoren. Spørsmålet er hvordan team kan bli effektive når det gjelder mål og oppgaver. Med utgangspunkt i en analysemodell der ulike aspekter ved teamorganisering blir sett i sammenheng, drøfter jeg tre empiriske studier som belyser forhold som hemmer og fremmer effektivt arbeid i team. Denne drøftingen er basert på studier av tverrfaglige team fra henholdsvis arbeids- og velferdstaten, lokalbaserte tjenester for mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, og et overvektsteam ved et sykehus. Innenfor rammen av den analysemodellen som er presentert, er det to forhold som fremheves som avgjørende for om teamene har lykkes i sine intensjoner: For det første kontekst, det vil si kjennetegn ved de delene av helse- og velferdssektoren teamene arbeider innenfor. Hvordan team kan inngå i det tjenestesystemet de er en del av, har stor betydning. For det andre er også teammedlemmenes tilknytningsform som heltids- eller deltidsdeltakere i teamet viktig. Vi ser på betydningen av å foreta en kritisk vurdering av den sammenhengen etableringen av nye team inngår i, og at en er bevisst på ulike utfordringer som vil kunne møte teamene – avhengig av hvilke organisatoriske løsninger en velger.

**Nøkkelord:** tverrfaglige team, helse- og velferdspolitik, kontekstuell analyse

## Innledning

Regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste, og sier «at tjenestene er for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering».

(Stortingets arbeids- og sosialkomité, 2016)

Opprettelse av tverrfaglige team er en vanlig metode for å organisere arbeid som skal løse komplekse problemer i helse- og velferdssektoren.

Sitering av dette kapitlet: Ramsdal, H. (2019). Tverrfaglige team – hvordan lykkes?. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 95–117). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch4>.  
Lisens: CC BY 4.0

Slike team er ofte omspunnet av idealistiske ideer som at «Nobody is perfect, but a team can be!» (Belbin, 1981), og at etablering av multiprofesjonelle team er en god ting i seg selv. Derfor er det neppe tilfeldig at organisering av team blir foreslått i offentlige utredninger, reformer og satsinger. Helse- og velferdstjenestene blir i mange ulike sammenhenger oppfattet som for sterkt preget av silotenkning, for mye spesialisering samt mangel på helhetlige løsningsstrategier, slik også politiske myndigheter oppfatter det. Tverrfaglige team blir da ansett som en mer fleksibel måte å organisere helse- og velferdsarbeid på, og et virkemiddel som kan redusere de samordningsproblemene som kjenner seg mange av tjenestene.

Både i sykehus, i mange kommunale helsetjenester og i arbeids- og velferdsetaten er det etter hvert blitt vanlig å arbeide i slike team. Bare de siste par årene har sentrale helsemyndigheter foreslått etablering av «primærhelseteam» (Helsedirektoratet, 2016), «oppfølgingsteam» for mennesker med komplekse og langvarige behov (Helsedirektoratet, 2018), HOD: Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 samt ACT og FACT-team i arbeid med mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2017). Felles for disse forslagene er ønsket om å skape mer effektive og samordnede tjenester på ulike felt i denne sektoren.

Katzenbach og Smith (1992, s. 5) definerer «team» som «a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, performance goals, and approach for which they hold themselves mutually accountable». Men i likhet med mange andre organisatoriske løsninger som lanseres i sektoren, er også kunnskapen om hvordan tverrfaglige team fungerer, fragmentert og lite systematisert. Tverrfaglige team er – som nevnt – ofte omsluttet av idealistiske oppfatninger om at de pr. definisjon er et godt tiltak. Her skal jeg problematisere denne oppfatningen. Med utgangspunkt i tre studier av tverrfaglige team skal jeg diskutere hvilke utfordringer og problemer i helse- og velferdssektoren som kan rettferdiggjøre etablering av tverrfaglige team. Deretter skal jeg ta for meg ulike måter slike team kan organiseres på, og hvilke forhold som synes å gjøre at noen team fungerer bedre enn andre. Er det mulig å utkrystallisere noen generelle lærdommer om hvordan

teamarbeid fungerer – og som kan bidra til at team som en planlegger å etablere i sektoren, fungerer slik en ønsker at de skal? Det grunnleggende spørsmålet er: Hva skal til for at tverrfaglige team skal lykkes i sine intensjoner?

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for ulike måter å organisere tverrfaglige team på. Deretter gjør jeg kort rede for noen av de faktorene som internasjonale oversikter av forskningen om team fremhever som viktige for at team skal «lykkes». På grunnlag av Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein (2010) presenterer jeg så et analytisk rammeverk for empiriske studier av tverrfaglige team. Basert på dette rammeverket gjennomgår jeg noen av de analysene jeg sammen med kolleger har gjennomført de siste årene, der vi har studert tverrfaglige team i ulike deler av helse- og velferdssektoren.

## Datagrunnlaget

De empiriske eksemplene som er valgt som utgangspunkt for drøftingen, er knyttet til studier/evalueringer jeg har deltatt i, der tverrfaglige team inngår i en strategi for å bedre kvaliteten på helse- og velferdstjenester. Studiene er valgt for å gi et bredt tilfang av empiri når man diskuterer hvordan tverrfaglige team fungerer. De teamene som ligger til grunn for diskusjonen, er:

- «ROP-team» i arbeidet med rus og psykisk helse: Dette var samhandlingsteam i tilknytning til det såkalte Romeriksprosjektet (Hansen & Ramsdal, 2015; Ramsdal & Hansen, 2012; Ramsdal & Hansen, 2017).
- «Overvektsteam» ved sykehuset: Dette er multidisiplinære team som i særlig grad fokuserer på arbeidet med å behandle pasienter med overvektslidelser ved Sykehuset Østfold HF (Fineide, Bjørkquist & Ramsdal, 2018).
- «NAV-team» i velferdssektoren: Dette blir betegnet som «virksomhetsbaserte team» innenfor NAVs strategi for å redusere sykefraværet i kommunene (Ramsdal, Bjørkquist, Fineide, Haug & Hansen, 2018).

Disse tre prosjektene er valgt både fordi de viser variasjonsbredden i organisering av tverrfaglige team, og fordi de belyser problemstillinger i organisering av og arbeid i team som kan bidra til en mer generell drøfting av forutsetningene for at tverrfaglige team kan lykkes i sine intensjoner. Med andre ord er det ikke en sammenlikning av de tre teamene som er hensikten her. Det dreier seg snarere om en strategisk utvelgelse av noen casestudier som kan belyse teoretiske poenger (Hoskela-Huotari, Edvardsson, Jonas, Sørhammar & Witell, 2016; Stewart, 2012).

## Hvorfor etablere tverrfaglige team?

Selv om teamorganisering har lange tradisjoner i helse- og velferdssektoren, er bevisstheten om hvorfor og hvordan team kan organiseres, blitt større de siste årene (Goodwin, 2016; Røvik, 2009).

Teamorganisering er kun én av mange måter å styrke samarbeid og samhandling mellom ulike aktører i helse- og velferdssektoren på. I klassisk organisasjonsteori har en argumentert for at det er mulig å identifisere ulike organisasjonsløsninger som «passer inn» i de oppgavene/problemene en skal løse (Mintzberg, 1978; 1993; Thompson, 1967). Thompson pekte på at det er mulig å klassifisere problemer som organisasjoner skal løse, ved å skille mellom kjente og ukjente problemer på den ene siden og grad av kompleksitet på den andre. Grad av kjennskap til problemene og grad av kompleksitet i oppgaveløsning definerer hvorvidt en kan strukturere arbeidsoppgaver etter byråkratiske linjeprinsipper, eller om en må benytte mer profesjons-/kunnskapsbaserte og fleksible organisasjonsformer (Mintzberg, 1978; Stabell & Fjeldstad, 1996; Thompson, 1967). For tverrfaglige team er tanken at en gjennom en optimal sammensetning av ulike spesialkunnskaper skal kunne fatte relativt raske, «omforente» beslutninger om hva som skal gjøres. Denne grunnleggende ideen innebærer at tverrfaglige team ikke kan forventes å fungere under alle omstendigheter. Tvert imot vil det være noen problemer/oppgaver som egner seg for tverrfaglig teamorganisering, mens andre ikke vil det. Eksempler på situasjoner der team ikke egner seg, kan være der en står overfor kjente og forutsigbare oppgaver. Slike vil ofte organiseres etter «standard operating procedures» (SOP), der organisering etter

byråkratiske regler er mer fordelaktig. Og i møte med problemer som defineres som «uregjerlige» («wicked problems») – der det er stor kompleksitet, og der kunnskapen om hvordan en skal løse dem, er mangelfull – vil andre organisasjons- og arbeidsformer, for eksempel forhandlinger og nettverksorganisering, være mer passende (Rittel & Webber, 1973; Stabell & Fjeldstad, 1996).

Fra et organisasjonsteoretisk synspunkt bør en derfor være kritisk til å foreslå team uten først å ha avklart hvilke problemer og oppgaver som skal løses.

## Hvordan organisere tverrfaglige team i helse- og velferdssektoren?

Innenfor helse- og velferdssektoren er organisering av ulike tjenester karakterisert ved en ekstrem variasjon. Noen mener å se en utvikling fra der en tidligere primært konsentrerte seg om å samordne aktiviteter gjennom linjeorganisasjoner, det som blir betegnet som standardisert, «byråkratisk» «verdikjede-tenkning», til mer komplekse blandingsformer. I økende grad taler en om effektivitet – gjerne forstått som kostnadseffektivitet – noe som innebærer at forløpstenkning og prosessbaserte modeller er blitt et mantra (Ramsdal & Ramsdal, 2007; Porter & Teisman, 2005). Men etter hvert har en innsett at dette ikke er optimal organisering, spesielt når en møter pasienter/brukere med komplekse og langvarige behov og/eller med usikre diagnoser. Her kreves det større grad av samordning. Nyere organisasjonsteori er derfor opptatt av at de utfordringene en står overfor i helse- og velferdssektoren, krever ulike løsninger for å ivareta hensynet til fleksibilitet i tjenesteyting, sammen med bedre koordinering og kostnadseffektivitet. Svaret på slike utfordringer er å organisere faglig arbeid basert på ulike modeller. Og behovet for kompetanse til å analysere hvilke koplinger mellom problemer og organisasjonsmodeller som er optimale, er derved også økende. Informasjonsutveksling gjennom nye (digitale) kanaler, koordinatorfunksjoner, etablering av felles møteplasser (som ansvarsgrupper), felles lokalisering og partnerskapsorganisering er noen svar på disse utfordringene (Berlin, Carlstrøm & Sandberg, 2009).

Tverrfaglige team er et annet svar. Etablering av slike team blir oppfattet som et av de sterkeste virkemidlene for økt samordning av tjenestene ut fra de alternativene som er nevnt foran:

Den mest intensive formen for samarbeid er når representanter fra ulike profesjoner og organisasjoner jobber kontinuerlig sammen mot felles mål i tverrfaglige team.

(Axelsson & Axelsson, 2009, s. 149)

I tråd med de synspunktene fra klassisk organisasjonsteori som er skissert foran, er et velfungerende team tenkt å gi en mer effektiv arbeidsorganisasjon. Det skal skje gjennom en rask kopling av ulike kompetanser til bestemte oppgaver, og ved at rask tilgang på kompetent bredde- og dybdekunnskap skaper handlingskapasitet (Katzenbach & Smith, 1993). Imidlertid er det verdt å merke seg at teamorganisering betoner en

prestisjefri samhandling i stedet for hierarkiske relasjoner ovenfra og ned. Dette er forutsatt å skulle redusere treghet mellom ulike profesjoner i arbeidet.

(Berlin mfl., 2009, s. 16–17)

Teamorganisering er imidlertid ikke et entydig begrep. Det opereres med ulike betegnelser, hvorav tre skal nevnes her: *Tverrfunksjonelle team* kjennetegnes ved at medlemmer hentes fra ulike virksomheter og beveger seg mellom teamarbeid og arbeid i disse «moderorganisasjonene». Et *multiprofesjonelt team* henter medlemmer fra ulike profesjoner og kompetanser fra en og samme organisasjon, som sammen løser oppgaver. Et *multidisiplinært team* er sammensatt av medlemmer fra ulike kunnskapsområder (profesjoner), og som arbeider kun i teamet (Franklin, Bernhardt, Lopez, Long-Middleton & Davis, 2015).

Som jeg skal komme tilbake til senere i kapittelet, er et av de viktigste skillene når det gjelder etablering av tverrfaglige team i sektoren, kontrasten mellom team som er tverrfunksjonelle (der en altså låner ressurser fra en «moderorganisasjon» til teamarbeid i et avgrenset funksjonsområde og med deltidsarbeid i teamet), og et multidisiplinært team (der ulike profesjoner arbeider likestilt og fulltid i teamet).

Hver av disse teamorganisasjonene møter særegne utfordringer. Øvretveit (1996) har gitt en oversikt over hvilke faktorer som fremmer

og hemmer samarbeid i team. Han peker på fem forhold der han mener disse faktorene gjøres gjeldende: Det som fremmer godt samarbeid i team, er etter hans oppfatning et godt integrert team gjennom at teamdeltakerne føler et fellesskap, tar ansvar for helheten i arbeidet, og at det finnes reell tverrfaglighet med likeverdighet mellom de kunnskapsgrunnlag og profesjoner som er representert i teamet. I tillegg mener han at teamledelse må ha full instruksjonsmyndighet når det gjelder teamets arbeid. De to siste punktene peker mot at multidisiplinære team har større muligheter til å lykkes enn team som er organisert på andre måter. Skillet mellom tverrfunksjonelle og multidisiplinære team har betydning for forekomsten av faktorer som fremmer/hemmer samarbeid i teamet. Generelt vil multidisiplinære team ha bedre forutsetninger for å utvikle sterk integrasjon, helhetlig teamansvar, heltidsengasjement, tverrfaglighet og sterkere ledelse. Et tverrfunksjonelt team vil på sin side tendere mot å ha større grad av hemmende faktorer – ved at identiteten til teammedlemmene er delt mellom «moderorganisasjonen» og teamorganisasjonen, gjerne i det som betegnes som en matriseorganisasjon. Matriseorganisasjoner er generelt preget av utfordringer med ledelse og arbeidsfordeling mellom moderorganisasjonen og teamorganisasjonen (Røvik, 2009).

## Et rammeverk for analyser av tverrfaglige team

Reeves mfl. (2010) er blant dem som er opptatt av at analyser av tverrfaglige team krever en bred tilnærming, der en utvider perspektivet fra den «tradisjonelle» fokuseringen på teamenes indre liv. De lanserer derfor et konseptuelt rammeverk som tar utgangspunkt i fire faktorer de mener gir grunnlag for en mer helhetlig forståelse av tverrfaglige team. Disse faktorene betegner de som kontekstuelle, organisatoriske, prosessuelle og relasjonelle. Modellen spesifiserer så ulike elementer som hver av disse faktorene preges av:

- **Kontekstuelle:** kultur, variasjon, kjønn, politisk vilje, økonomiske rammer.

- **Organisatoriske:** organisasjonsstøtte fra det som kan betegnes som «driftsorganisasjonene» team inngår i, profesjonssammensetning, juridiske rammer / rettslig ansvar.
- **Prosessuelle:** tidsrammer for teamet, rutiner/ritualer, bruk av IT-teknologi, graden av kompleksitet i oppgaver.
- **Relasjonelle:** makt/hierarki, sammensetning av teamet, roller som de ulike teammedlemmene skal ivareta (Reeves mfl., 2010, s. 58).

Disse faktorene samspiller. Gjennom å avklare hvilke ulike måter de ivaretas på, kan en oppnå en mer realistisk, empirisk basert analyse av de tverrfaglige teamenes forutsetninger for å fungere etter intensjonene. Jeg skal her benytte dette rammeverket som en inngang til en drøfting av de tre tverrfaglige teamene som jeg sammen med kolleger har studert (se foran). Det er riktignok ikke mulig å foreta en fullstendig analyse av alle de faktorene/elementene som er presentert over, men en kan likevel gi et innblikk i hvordan rammeverket kan anvendes i relasjon til hvorfor teamene ble etablert, og til hvordan de fungerer. Jeg vil særlig fokusere på den helse- og velferdspolitiske og den organisatoriske konteksten teamene arbeidet innenfor, og hvilken betydning organiseringen av teamene har hatt.

## Noen studier av tverrfaglige team i ulike deler av helse- og velferdssektoren

### «ROP-team»

Den studien det refereres til her, bygger på erfaringer med tverrfaglige team i tjenester knyttet til rus og psykisk helse i det såkalte Romeriksprosjektet. Evalueringen er basert på et omfattende datamateriale som ble samlet inn i to runder – i en midtveisrapport (Hansen & Ramsdal, 2012) og en sluttrapport (Hansen & Ramsdal, 2015). I begge omganger ble det samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, deltakende observasjon på teammøter og gruppeintervjuer. I tillegg ble det foretatt intervjuer med prosjektleder, sentrale ledere i spesialisttjenestene for rus og psykisk helse



i helseforetaket og i kommunale helse- og velferdstjenester (Hansen & Ramsdal, 2012; Hansen & Ramsdal, 2015).

Romeriksprosjektet var et lokalt initiativ, men knyttet til Helsedirektoratets arbeid med å utvikle bedre samordning og samarbeid mellom tjenestene for rus og psykiske helse – både horisontalt (mellom rustjenester og psykiske helsetjenester) og vertikalt (mellom de statlige spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene (Helsedirektoratet, 2012). Den samarbeidsmodellen som ble utprøvd på Romerike, hadde tilknytning til modeller som ble etablert omtrent samtidig: ACT, FACT og Bærumsmodellen. Alle disse innbefattet etablering av tverrfaglige team, og samtlige ble og blir gjenstand for omfattende evalueringer (Anderesen, 2013; Ramsdal & Hansen, 2012; 2015; 2017; Ruud & Landheim, 2012). Prosjektet *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike* (Romeriksprosjektet) arbeidet siden oppstarten i 2010 med å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom syv kommuner, to distriktpsykiatriske sentre (DPS-er) og to ruspoliklinikker innenfor Divisjon for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus.

Målet for prosjektet var å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser – alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. – et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. (Akershus HF, Prosjektbeskrivelse 2009). Det ble etablert sju samarbeidsteam, som senere ble redusert til fem. Teamene var sammensatt av ansatte ved ulike fagavdelinger fra spesialisttjenestene og kommunene. I prosjektbeskrivelsen het det at modellen forutsatte at prosjektet skulle styrke samhandling i *de eksisterende driftsorganisasjoner*, og at prosjektet derved skulle være et virkemiddel for å skape varige samhandlingsformer (Akershus HF, Prosjektbeskrivelse 2009).

Evalueringen viste at mange av de viktigste målene, som å skape bedre kommunikasjon og samarbeid, ble oppnådd. Dette var begrunnet i at deltakerne i teamene ble bedre kjent med hverandres kompetanser og arbeidsformer. Men evalueringen viste også at det var store utfordringer når det gjaldt forholdet mellom samhandlingsgruppene/teamene og de respektive driftsorganisasjoner om rekrutteringsgrunnlaget for pasienter, oppgavefordeling, ressurs- og tidsbruk.

## «Overvektsteam»

Dette er et multiprofesjonelt team ved Sykehuset Østfold HF (SØ HF). Gjennomgangen av dette teamet er basert på prosjektet *Kvalitetsutvikling, pasientforløp og prosessforbedring* (KUPP) (Fineide, 2018). Problemstillingen var her hvordan ulike tverrfaglige team på sykehuset ivaretar kvalitet/kvalitetsutvikling gjennom gode pasientforløp, og hvilke muligheter/utfordringer en finner i implementering av teamarbeidsmodellene. Datainnsamlingen var basert på dokumenter/konseptbeskrivelser samt dokumentasjon av utvikling i pasientbehandling/-forløp. Deretter ble det gjort to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med alle de ansatte i teamet (til sammen 17), og ett intervju med den kirurgiske overlegen som har det overordnede ansvaret for forløpsbeskrivelsen der overvektsteamet inngår.

Sykehuset Østfold HF har i mange år arbeidet med kvalitetsutvikling, pasientforløp og prosessforbedring (Ramsdal & Bjørkquist, 2016, 2018). Overvektsteamet har som formål å planlegge av behandlingsopplegg, ta beslutninger om prioritering av pasienter og hvilken behandling (om noen) som skal benyttes. Ut fra nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av sykkelig overvekt i utredning, og behandling av sykkelig overvekt i spesialisttjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), ble overvektsteamet etablert ved Sykehuset Østfold i 2013. Oppgavene til teamet er å gjennomføre motivasjonstiltak, utredninger av den enkelte pasientens fysiologiske og psykososiale forutsetninger for å gjennomføre behandling samt valg av behandlingsform (der særlig avgjørelse om «konservativ», motiverende behandling eller kirurgisk inngrep blir valgt). Begge disse valgene er forutsatt å avsluttes med etterbehandling/oppfølging. Teamet består i realiteten av to arbeidslag («team») som i prinsippet er likt sammensatt – med leger, sykepleiere, psykolog, ernæringspsykolog, fysioterapeut, sosionom og sekretær. Hvert av de to arbeidslagene hadde syv-ti ansatte. I tillegg kom den kirurgiske aktiviteten som hadde sin egen arbeidsform.

Analysen av overvektsteamet viser at det blir ansett som svært vellykket, med den hovedbegrunnelsen at teamets tverrfaglige sammensetning og arbeidsmåte er godt innarbeidet i sykehusorganisasjonen, at de ansatte er fulltidsengasjerte i teamet, og at oppgavene er klart definert.

Teamets kjerneteknologi er knyttet til selve beslutningsformen, der de enkelte representantene for fagprofesjonene først foretar en selvstendig vurdering av pasienten, basert på faglige standarder og vurderinger. Deretter samles teamet om en felles, omforent beslutning. Tidsrammene for gjennomføring av de ulike arbeidsoperasjonene er klart definerte, og er rutinemessig knyttet til at en faglig basert beslutning om pasientens behandlingsopplegg (eller avvisning) blir foretatt innenfor rammen av fastsatte møtepunkter. Uenighet og ulike vurderinger som forekommer mellom de deltakende faggruppene, må derfor avklares raskt, og i praksis skjer beslutninger uten at det er en hierarkisk orden i avgjørelsene som tas.

## «NAV-team»

Det dreide seg om etablering av såkalte «virksomhetsbaserte team» innenfor NAVs strategi for å redusere sykefraværet i kommunene, knyttet til et prosjekt kalt «NED-prosjektet» (Ramsdal mfl., 2018). Dette prosjektet var et initiativ for å finne nye arbeidsmåter for å nå målet om 20 prosent reduksjon i sykefraværet i utvalgte kommuner, og evalueringsprosjektet fokuserte på å forklare de faktorene som bidro til måloppnåelsen. Det ble benyttet to metoder i datainnsamlingen. Den første var dokumentasjon av resultater i form av oversikter, statistikk og sykefraværsanalyser. Resultatene derfra dannet grunnlaget for gruppeintervjuer og den videre innhenting av data om organisering som kunne bidra til å gi en ytterligere kunnskap om utvikling i sykefraværet i de aktuelle kommuneorganisasjonene. Totalt ble det gjennomført 13 slike intervjuer. De som ble intervjuet var ansatte i de virksomhetsorganiserte teamene, kommunale ledere og prosjektleder i NAV.

Utgangspunktet for dette arbeidet var det nasjonale «NED-prosjektet» (NAV, 2015), der målet var å redusere sykefraværet (i offentlig sektor). I Østfold ble det tatt initiativ til å forsterke denne nasjonale strategien med et eget prosjekt, kalt «NED med sykefraværet – IA-ledelse 2.0». Dette var et ettårig prosjekt som ble iverksatt av NAV Østfold. Det dreide seg om å gjennomføre forsøk med såkalte «virksomhetsbaserte team», der målet har vært å redusere sykefraværet i de fem bykommunene og i én

nabokommune i fylket med i gjennomsnitt 20 prosent. Dette ble gjort ved at en etablerte fem team bestående av ansatte fra arbeidslivssenteret (IA) og kommunale NAV-kontor. Størrelsen på teamene varierte – fra tre til ti personer – og i utgangspunktet ønsket en personer med lang erfaring i arbeid med sykefravær fra de ulike delene av fylket. Den viktigste innovasjonen som var knyttet til etableringen av disse teamene, var at de skulle arbeide direkte opp mot sine respektive kommuner og konsentrere seg om de avdelingene/virksomhetene som hadde høyest sykefravær. Teamene tok dermed utgangspunkt i den sykemeldtes arbeidssted («virksomhet»), og ikke i fødselsårstall, som er vanlig i NAV. Gjennom tidlige samtaler med den sykemeldte og arbeidsgiverne/ledere i virksomhetene ble det avklart i hvilken grad og hvordan en kunne finne fleksible løsninger for den enkelte (ev. å konkludere med at sykemeldingen ble videreført).

Evalueringen viste at teamene bidro til at prosjektet langt på vei oppnådde sine tallfestete mål, med en markert reduksjon i sykefravær blant de virksomhetene som har deltatt. Denne reduksjonen varierte fra 20 til 40 prosent. Prosjektet førte også til at arbeidsgiver har fått ett kontaktpunkt for oppfølging av alle sine sykemeldte arbeidstakere, at oppfølgingen av sykemeldte har kommet i gang tidligere enn før, og at NAV-ansatte har fått utvidet beslutningsmyndighet (men ikke så mye som de mener er nødvendig for å gjøre jobben effektivt). Det er også klart at det gjenstår en del før de organisatoriske målsettingene er fullt ut ivaretatt (Ramsdal mfl., 2018).

## **Noen momenter i analysen av teamene basert på Reeves mfl. (2010)**

Med utgangspunkt i de forholdene som Reeves mfl. mener er de mest sentrale for å forstå hvordan team fungerer, skal jeg her foreta en (relativt kortfattet og enkel) gjennomgang av de tre teamene vi har analysert. Utgangspunktet er de elementene som er knyttet til henholdsvis kontekstuelle, organisatoriske, prosessuelle og relasjonelle faktorer. Dette kan være et grunnlag for å forstå de utfordringene de tre team-organisasjonene møtte, ut fra de evalueringene vi har foretatt.

## Kontekstuelle forhold

ROP-teamet, innenfor rammen av Romeriksprosjektet, var politisk prioritert som ledd i utprøvingen av ulike måter å organisere lokale tjenester knyttet til rus og psykisk helse på. Sentrale fagmyndigheter finansierte og fulgte opp prosjektet. De ulike kommunene og spesialisttjenestene var involvert, de overførte ressurser (deltakere i teamet) og støttet prosjektet. Men våre intervjuer viste at mange i driftsorganisasjonene i kommunene og helseforetaket var ambivalente, i likhet med noen av deltakerne i teamene. Dette hadde primært sammenheng med at prosjektet innebar at arbeid i samhandlingsgruppene ble ansett som ressursoverføring som gikk ut over driftsorganisasjonene.

Overvektsteamet var generert innenfra; det vil si at det var etablert som ledd i en helsepolitisk prioritering av pasienter med overvektsproblemer. Initiativet til teamet var en idé som var utviklet av fagpersoner internt på sykehuset. På sett og vis er teamet et eksempel på organisatoriske innovasjoner innenfor rammen av sykehusorganisasjoner, der en har funnet at ca. 80 prosent av innovasjoner i sykehus er utviklet gjennom nye måter å organisere og utføre medisinskfaglig arbeid på (Lévesque, 2012). Ut fra analysen fremgår det at teamet anses som en suksess i sykehusorganisasjonen.

NAV-teamet var etablert som et initiativ fra NAV Østfold, som ledd i en overordnet strategi for å avbyråkratisere og effektivisere arbeidet med sykefraværet, særlig i kommunal sektor. Teamene inngikk i en nasjonal strategi for dette, men forsterket denne strategien ved å gjøre teamene til en organisatorisk innovasjon som fikk tilslutning og ble fulgt med interesse av den nasjonale NAV-ledelsen. Teamene overoppfylte de kvantitative målene om reduksjon i sykefraværet i de aktuelle kommunene, samtidig som de bidro til å skape større nærhet til brukere og arbeidsgivere, og til å avbyråkratisere arbeidsformen til NAV på dette området.

## Organisatoriske forhold

Tre vilkår er ifølge Reeves mfl. (2010) viktige når det gjelder organisatoriske forhold ved tverrfaglige prosjekt: 1) Om mål og oppgaver er klart definerte, 2) Forholdet mellom prosjekt- og driftsorganisasjon – i hvilken

grad teamet er integrert i driftsorganisasjonen eller fungerer på utsiden i (en eller annen form for) matriseorganisasjon, og 3) teamdeltakernes grad av forpliktelse til teamet – der spørsmål om fulltidsdeltakelse i teamet (multidisiplinære team) eller ikke er sentralt. De tre teamene vi har studert, varierer når det gjelder disse forholdene.

ROP-teamene, som var Romeriksprosjektets samhandlingsgrupper, viste seg å ha relativt mange problemer med å avklare sine mål og oppgaver. Dette gjaldt særlig driftsorganisasjonens mangslungne utfordringer mht. pasientgrunnlag (problemer med rus og psykisk helse), arbeidsfordeling mellom ulike deler av spesialisttjenestene og kommunale tjenester, både horisontalt og vertikalt. Ettersom samhandlingsgruppene var et virkemiddel for å bidra til økt samarbeid mellom de ulike tjenestene på feltet, ble teamene også en del av den usikkerheten og de interessekonfliktene som hersket mellom tjenestene i driftsorganisasjonene de utgikk fra. Kort sagt ble samhandlingsgruppene organisatorisk «kilt inn» i de veletablerte siloene (særlig i spesialisttjenestene), tiltak og tjenester som de rekrutterte fra, og som de skulle kompensere for. ROP-teamene var eksempler på tverrfunksjonelle team, noe som innebar at de faktorene som bidrar til å hemme vellykket teamarbeid, var til stede.

Overvektsteamets og NAV-teamenes mål og oppgaver var på den annen side mer avgrenset, og ansett som relativt klart definert på forhånd. I overvektsteamet var det viktigste grepet at teamdeltakerne først individuelt gjennomførte undersøkelse av pasienten basert på faglige standarder for egen profesjon, og deretter samlet seg for en faglig omforent konklusjon om strategien for videre behandling av den enkelte pasient. Dette ble fremstilt som en meget tydelig, nærmest forbilledlig, rolleavklaring. Overvektsteamet var organisatorisk sett sterkt integrerte multiprofesjonelle team.

Uansett hvilken relasjon det var mellom team og driftsorganisasjon(er), var det i alle de tre teamene problemstillinger knyttet til dette forholdet. Som det fremgår over, hadde samtlige team ulik kopling til sine driftsorganisasjoner. ROP-teamene var definert som «samhandlingsgrupper», og skulle i prinsippet være deltidsdeltakere i teamene, mens de øvrige deltakerne arbeidet i driftsorganisasjonen. For den enkelte deltaker var dette et problem, i og med at det ble vanskelig å skille mellom oppgaver som ble

lagt til teamene, og oppgaver som var driftsorganisasjonens ansvar. Det innebar også at teamene støtte på et legitimitetsproblem – der knappe personalressurser fra de ulike driftsorganisasjonene skulle avsettes til arbeid i teamene. I overvektsteamet var forholdet mellom driftsorganisasjon og team lite problematisert. Grunnen var åpenbart at teamet etter kort tid ble integrert som en ordinær, permanent virksomhet i sykehusets organisasjonsstruktur. Teamet hadde høy legitimitet innad i sykehusorganisasjonen, noe som kom til uttrykk ved at det ble tilført flere stillinger år om annet, til tross for generelle innstramminger når det gjaldt rekruttering av nytt personale til sykehuset. NAV-teamene var blitt rekruttert som en blanding av heltids- og deltidsdeltakere, men alle visste at dette var et midlertidig prosjekt av relativt kort varighet.

Det siste forholdet som er trukket frem her, er grad av deltakelse. I ROP-teamene var det en forutsetning at teamdeltakelsen var et deltidsengasjement, i og med at målet med prosjektet nettopp var at en skulle utprøve en modell der en – i motsetning til de øvrige lokale teammodellene en prøvde ut innenfor feltet – skulle ha sterkest mulig integrasjon mellom samhandlingsgruppens arbeid og de mange og ulike driftsorganisasjonene i kommunene og spesialisttjenestene. I NAV-teamene var de fleste deltakerne deltidsansatte i teamet. Dette hadde deltakerne selv ulike oppfatninger av: For noen innebar det en stressfaktor å skulle fordele tid mellom team og drift, mens det for andre ble nevnt som en fordel å kunne «flekse» mellom oppgaver mellom de to. Det var generell enighet om at selv om denne arbeidsorganiseringen innebar at teamene var mindre organisatorisk integrerte enn det en fulltidsdeltakelse ville innebære, fungerte måten dette spørsmålet ble avklart på, relativt godt. I vår evaluering fremhever vi at det vellykkede resultatet av teamenes arbeid henger sammen særlig med to faktorer: For det første det svært eksakte og eksplisitt formulerte målet for arbeidet. For det andre selve arbeidsformen, med vektlegging av nærheten til de ulike virksomhetene og kontakten med de sykemeldte. På den annen side kan en spørre om det er arbeidsformen fremfor teamorganisasjonen som er avgjørende for at disse faktorene ble utslagsgivende. I overvektsteamet var deltidsengasjement bare en problemstilling for et par av de ansatte. Dette fremstår da også som et sterkt integrert team.

## Prosessuelle forhold

Jeg skal her konsentrere meg om to vilkår som fremstår som spesielt viktige med hensyn til prosessuelle forhold i de tre teamene: tidsrammer og graden av kompleksitet i oppgaver.

ROP-teamene var preget av at Romerriksprosjektet var tidsavgrenset, som et prosjekt med en varighet på fire år. NAV-teamene på sin side hadde, som ledd i NED-prosjektet, en relativt stram tidsramme – kun to år. Overvektsteamet er på den annen side å oppfatte som et permanent team, som en del av sykehusets ordinære driftsorganisasjon. Det er liten tvil om at tidsramme er viktig: For NAV-teamenes del innebar det at en måtte fremvise resultater raskt, og dokumentasjonen av sykefraværet gjennom ukentlige (skype-)møter understreket dette. For ROP-teamenes del var det først og fremst en utfordring at det tok lang tid (i praksis et par år) før en hadde et relativt klart grunnlag for å arbeide effektivt i prosjektet. Tidsrammen fikk derfor ulike konsekvenser for de tre temaorganisasjonene vi studerte.

Graden av kompleksitet i oppgaver representerer på mange måter grunnlaget for at team etableres, slik vi har påpekt foran. I vår sammenheng er det tre forhold som er viktige: 1) Hvorvidt målgruppens problemer/lidelser som teamenes arbeid dreier seg om, er klart definert eller ikke, 2) om kunnskapssammensetningen i teamet kan dekke oppgavene, og 3) om det finnes operative standarder som kan bidra til å «løse» de oppgavene som målgruppene har.

Også her er det variasjoner mellom de tre teamorganisasjonene vi tar for oss: Romerriksprosjektets ROP-team arbeidet med mennesker med lidelser knyttet til rus og psykisk helse, gjerne i kombinasjon (såkalte ROP-lidelser). En rekke forfattere har pekt på at disse lidelsene, også kalt «wicked problems», er blant de mest utfordrende i velferdsstaten (Rittel & Webber, 1973; Vabø & Vabo, 2014). Slik det fremgår av intervjuene med deltakerne i teamene, er dette anerkjent som en av grunnene til den usikkerheten og noen av de samordningsproblemene en opplevde i de ordinære tjenestene, og som i sin tur smettet over på teamenes arbeid. Å finne en felles strategi for tiltak for målgruppen kunne være vanskelig – ettersom deltakerne representerte ulike fagtradisjoner og kom fra tjenester som hadde ulike faglige perspektiver. Det var derfor ikke alltid



enighet om hvilke strategier som skulle velges i behandlingen. Men gjennom noen av de nye teknologiene som ble introdusert, som «tavlemøter» med digitale hjelpemidler, ble en stort sett enig om hvordan arbeidet med den enkelte pasient skulle foregå, gitt at en var enig om hvilket nivå pasientens problemer til enhver tid befant seg på (Hansen & Ramsdal, 2015).

Også pasientgrunnet for overvektsteamet var preget av komplekse avveininger – særlig med hensyn til pasientenes motivasjon for å gjennomføre de tiltakene som krevdes, og hvorvidt kirurgiske inngrep skulle anbefales. Her var utvelgelsen av de pasientene som skulle inngå i teamets arbeid det viktigste beslutningsgrunnet. Og når denne beslutningen var tatt, fremsto kunnskapsgrunnet for det videre arbeidet som relativt klart, selv om en var opptatt av at «overvekt» er en svært kompleks blanding av fysiologiske og psykiske faktorer. De operative kravene til utførelsen av dette arbeidet fremsto likevel som relativt standardiserte.

For NAV-teamene var avklaringen av hvilke brukere (sykemeldte) en skulle konsentrere arbeidet om, det viktigste beslutningspunktet. Det dreide seg om å anvende erfaring fra tidligere arbeid med sykefravær som et viktig grunnlag, der en vurderte både den enkeltes potensielle arbeids-evne og arbeidsorganisasjonens grad av fleksibilitet for å finne tilpassede løsninger. Svært mange av de som teamene arbeidet med, var arbeidstakere med diffuse psykososiale problemer, muskel- og skjelettlidelser etc. – dvs. de som utgjør den største andelen av sykemeldte. Etersom teamene var rekruttert av både kommunalt NAV-ansatte og IA-ansatte, innebar dette at en kunne kombinere to typer kompetansebakgrunn. Mens problemene var komplekse, var arbeidet kjennetegnet av at en ut fra de to kunnskaps- og erfaringsgrunnlagene teammedlemmene hadde, kunne foreslå fleksible løsninger. Dette skjedde i samarbeid mellom den sykemeldte, arbeidsgiver og NED-teamet. Resultatet var at de overordnede målene for den nasjonale moderniseringsstrategien for NAV ble operasjonalisert i prosjektert på en relativt uavhengig måte, uten for mange sideblikk til de mer «byråkratiske» arbeidsformene som ellers preger NAV. Det ble lagt vekt på at det ikke fantes standardiserte løsninger, men tilrettelegging for individuelt tilpassede tiltak som bidro til at flere kom tilbake til arbeid.

## Relasjonelle forhold

Her dreier det seg primært om teamenes «indre liv» – om maktrelasjoner, sammensetning av teamene og rollene som teammedlemmene utformer. Etter min vurdering blir det i for mange sammenhenger lagt nærmest ensidig vekt på relasjonelle forhold når teamarbeid diskuteres. Men uansett vil også slike forhold være viktige. Dersom de bryter sammen, vil teamet lett gå i oppløsning som effektivt arbeidsfellesskap. Og noen ganger kan gode relasjoner skape effektive team gjennom å kompensere for svakheter med de øvrige forholdene som er diskutert her, for eksempel at en arbeider innenfor tverrfunksjonelle team. Samtidig er det potensielt duket for problematiske maktrelasjoner i helse- og velferdssektoren, der særlig legeprofesjonens rolle som faglig ansvarlig skaper en risiko for ubalanse i relasjonene samt maktkonflikter.

I de tre teamene var det noe ulike oppfatninger av relasjonelle forhold. Interessant nok var det ikke i overvektsteamet, som besto av flere sterke fagprofesjoner, at makthierarkier ble ansett som et problem. Tvert imot var det her en oppfatning av likeverdighet – noe som kan forklares ved at en hadde klart definerte roller knyttet til de arbeidsoppgavene som var tildelt representantene for de ulike fagprofesjonene. Heller ikke i NAV-teamene ble hierarkiske relasjoner ansett som et problem. Det ble tvert imot fremhevet at det var erfaring, snarere enn faglig bakgrunn, som skapte en naturlig autoritet når det gjaldt å finne løsninger. Når det gjaldt ROP-teamene og Romeriksprosjektet var det derimot en rekke konfliktfylte relasjoner, både ved at psykiatere fremsto som klassiske «legeledere», og ved at en opplevde hierarkiske relasjoner mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene – som noen ganger smittet over på teamene. Igjen ser vi at egenskaper ved målgruppen, arbeidets kopling til driftsorganisasjoner samt kontekstuelle forhold som teamene arbeider innenfor, har betydning for relasjonelle forhold. Det er derfor vanskelig å studere teamenes funksjon når det gjelder relasjonelle forhold uten å forstå de rammene som relasjonene utformes innenfor.

## Drøfting

De tre eksemplene som er skissert foran, illustrerer variasjonsbredden i det vi med en fellesbetegnelse har kalt tverrfaglige team. Selv om de er forankret i ulike deler av helse- og velferdstjenestene, er ulikt sammensatt og inngår i ulike organisatoriske kontekster, har de likevel noen viktige fellestrekk:

For det første dreier det seg om etablering av team på politisk og helse- og sosialfaglig prioriterte områder. Dette burde tilsi at forutsetningene for å få legitimitet og (materiell) støtte i arbeidet bør være til stede. For det andre er etableringen av teamene forsøk på å finne nye løsninger for arbeid med komplekse samfunnsproblemer innen de respektive fagfeltene. Kompleksiteten varierer likevel. Organisering av tjenester for mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er preget av usikkerhet og til dels uenighet (Forsetlund mfl., 2012; Helsetilsynet 2016), med hensyn til både avgrensning av pasientgruppen og arbeids- og behandlingsformer (Ramsdal & Hansen, 2016). Arbeid med å redusere sykefraværet er også preget av usikkerhet. De grunnleggende årsakene til økende sykefravær er komplekse, og det er vanskelig å finne konkrete strategier for å demme opp for dem (Stortinget, 2016). Disse to områdene er blitt betegnet som preget av «uregjerlige» problemer («wicked problems») (Rittel & Webber, 1978; Vabo & Vabø, 2014). Sykelig overvekt fremstår som et komplekst, men likevel et lettere identifiserbart og avgrenset problemfelt, selv om strategier for å «løse» det i et folkehelseperspektiv er svært utfordrende. Også behandlingen av den enkelte pasient er preget av å være meget komplekst, og ha usikre resultater (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I alle disse sammenhengene kan etablering av tverrfaglige team være eksempler på at en søker å finne nye – eller justere gamle – løsninger når det gjelder organisasjons- og arbeidsformer.

Med utgangspunkt i de tre analysene som er referert til over, kan en peke på noen momenter som synes å ha betydning for i hvilken grad teamene lykkes i sine intensjoner:

*For det første er definisjonen av målgruppe viktig:* I de teamene vi har studert, er det store variasjoner i hvordan målgruppen avgrenses: I rus-/psykiatritjenestene var det uklarehet og til dels uenighet om hvordan målgruppen for teamenes arbeid skulle defineres. I overvektsteamet var det

på sin side relativt klart definerte inntakskriterier (BMI), men her var det en utskilling av pasienter basert på en mer omfattende vurdering av motivasjon, psykososiale forhold og somatiske tilleggssykdommer som var avgjørende. I NAV-teamene var det teammedlemmene som initialt definerte brukere som egnet seg for å bli gjenstand for en mer aktiv hjelpeprosess, noe som i sin tur utløste den videre sammenkoplingen av brukere, arbeidsgivere og NAV-konsulenter. Det bildet som avtegner seg, innebærer at avklaringene av målgruppe – eller mangel på sådanne avklaringer – som skjedde ved opprettelse av teamene, hadde følger for hvorvidt teamene fikk arbeidsbetingelser som skapte konstruktive løsninger for brukerne.

For det andre er *organisatorisk kontekst* viktig. Her er det særlig sammenhengen mellom driftsorganisasjon(er) og team som er i fokus. I rus-/psyk-tjenestene var det en utfordring å etablere team innenfor rammene av et mangfold av tiltak og tjenester – ved at de skulle «kiles inn» i tjenestesystemet. I tillegg var teamene basert på deltakelse fra både spesialisttjenester og kommunale tjenester. Dermed ble den organisatoriske konteksten kompleks, og avklaringen av arbeidsfordeling var i utgangspunktet uklar når det gjaldt mange (potensielle) pasienter. I virksomhetsteamene var imidlertid konteksten enklere, siden de hadde et klart definert mandat som skilte teamene fra den øvrige virksomheten. I forbindelse med overvektsteamet var den organisatoriske konteksten preget av at teamet fungerte i tråd med arbeidsformer som var veletablerte på sykehuset. Her var ledelsesstruktur og organisatorisk forankring i driftsorganisasjonen avklart.

For det tredje styrker de analysene vi har foretatt av de tre teamene, oppfatningen om at team sammensatt av heltidsansatte – sammen med at de arbeider innenfor rammen av en bestemt organisatorisk enhet, med andre ord kombinasjon av multidisiplinære og tverrfunksjonelle team – er den mest effektive organiseringen. Dette var tilfellet i overvektsteamet, og delvis i NAV-teamene. På den annen side er det mer utfordrende å organisere team som trekker ansatte med ulike faglige kompetanser inn fra ulike tjenester, det vil si tverrfunksjonelle team. Basert på de tre teamene som er diskutert over, kan en hevde at det er de som er organisert i samsvar med de kravene som i team-litteraturen anses som optimale,

som faktisk har klart seg best. Her kan en konstatere at team som er multidisiplinære, i kombinasjon med å være tverrfunksjonelle, opplever færrest utfordringer med å samordne arbeidet.

## Oppsummering

I tråd med Katzenbach og Smith (1992, s. 93) har jeg her tatt utgangspunkt i en pragmatisk, relativt åpen definisjon av hva team er. Likevel er det noen kjennetegn som er viktige: Det dreier seg om grenser med hensyn til størrelse, hvilke kunnskaper teammedlemmer kan bidra med, og at en må sikre at arbeidet preges av en grunnleggende forståelse av mål og hensikt. Teamorganisering er bare én måte å skape fleksible, effektive arbeidsformer på for å nå disse målene. Her har jeg prøvd å vise mangfoldet i organisering av team, og særlig vektlagt behovet for å vurdere kritisk i hvilke sammenhenger etablering av team kan være en effektiv løsning. Et fellestrekk for å kunne utvikle effektive team er at en også gir ressurser, tid og rom for at team kan fokusere på de oppgavene de er satt til å løse, og at en har avklart hvilke bidrag teamorganisering skal ha i konkrete sammenhenger.

## Referanser

- Andersen, S. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser* (Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet)). Oslo: Helsedirektoratet.
- Akerhus HF (2009). Prosjektbeskrivelse Romeriksprosjektet, Lørenskog
- Andersen, B.J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum, S Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154–162.
- Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). Multidisciplinera team och ledarskap – från revirtankande til altruism. I Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg* (s. 149–169). Lund: Studentlitteratur.
- Belbin, M. (1981). *Management teams*. London: Heinemann.
- Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (2009). Team i vård, behandling och omsorg – erfaringer och reflektioner. I Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg* (s. 15–24). Lund: Studentlitteratur.
- Fineide, M.J., Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2018). Kvalitetsutvikling, pasientforløp og prosessforbedring – KUPP – Prosjektbeskrivelse. Høgskolen i Østfold, Avd. for helse og velferd.

- Forsetlund L., Lidal, I.B. & Austvoll-Dahlgren, A. (2012). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern* (Kunnskapscenteret rapport nr. 05-2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Franklin, C., Bernhardt, J., Lopez, R., Long-Middleton, E. & Davis, S. (2015). Interprofessional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams: An integrative review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 2, 2333392815573312.
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care* 16(4)6, 1–4. <https://doi.org/10.5334/ijc.2530>.
- Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet») – Sluttevaluering* (Oppdragsrapport 2015:2). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Helsedirektoratet (2016). *Primærhelseteam. Overordnet skisse til forsøk med primærhelseteam*. (Rapport nr. IS-2546, 10/2016). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *ACT og FACT-team*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pilot for oppfølgingsteam. Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam – Innhold og gjennomføring av pilot* (Rapport nr. hdir 12.03.2018). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* Prop. 15 S (2015–2016), Innst. 240 S (2015–2016). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Hoskela-Huotari, K., Edvardsson, B., Jonas, J.M. Sørhammar, D. & Witell, L. (2016). Innovation in service ecosystems – breaking, making, and maintaining institutionalized rules of integration. *Journal of Business Research*, 69(8), 2964–2971.
- Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1992). Why teams matter. *The McKinsey Quarterly*, 3(Summer 1992). Retrieved from <https://link.galegroup.com/apps/doc/A13857017/AONE?u=googlescholar&sid=AONE&xid=2ee35c78>
- Lévesque, B. (2012). Social innovation and governance in public management systems: Limits of npm and search for alternatives? *Collection Études théoriques*. Montreal: Centre de recherche sur les innovations sociales.
- Melding til Stortinget nr. 33 (2015–2016). *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Mintzberg, H. (1979/1993). *The structuring of organizations – a Synthesis of the research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Porter, M.E. & Teisman, E.O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Ramsdal, H. & Bjørkquist, C. (2019). Value-based innovations in a Norwegian hospital: From conceptualisation to implementation. *Sendt Public Management Review*, under vurdering.

- Ramsdal, H., Bjørkquist, C., Fineide, M.J., Haug, E. & Hansen, G.V. (2018). *Tidlig ute og tett på. Evaluering av virksomhetsbaserte team som ledd i NAV-prosjektet «Ned med sykefraværet – IA-ledelse2.0»* (Oppdragsrapport 2018:1). Fredrikstad: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. & Hansen, G.V. (2012). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet») – Underveisevaluering* (Oppdragsrapport 2012:2). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H., & Hansen, G.V. (2017). The organisation of local mental health services in Norway. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 605–622. <https://doi.org/10.1332/174426416X14715382995623>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (Red.) (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155–169. Amsterdam: Elsevier Scientific Publishing Company, Inc.
- Ruud, T. & Landheim, A. (2014). *Evaluering av 12 ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Oslo: Akershus Universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Røvik, K.A. (2009). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 132–147.
- Stabell, C.B. & Fjeldstad, Ø.D. (1996). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic Management Journal*, 19, 413–437.
- Stewart, J. (2012). Multiple-case study methods in governance-related research. *Public Management Review*, 14(1), 67–82.
- Stortinget. (2016b). *Team – tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering*. Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.
- Thompson, J.D. (1967). *Organizations in action*. New York: McGraw-Hill.
- Vabø, M. & Vabo, S.I. (Red.) (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171.