



Hvordan lage gode samhandlingsforløp for utsatte barn og unge?

Normaliseringsprosessteori som redskap til å forstå implementeringsprosesser

How to Create Good Interaction Processes for Vulnerable Children and Young People?

Normalization Process Theory as a Tool to Understand Implementation Processes

Kari Elisabeth Bachmann

Forsker II, Samfunn, Møreforskning

kari.bachmann@himolde.no

Sølve Mikal Krekvik Nerland

Førsteamanuensis, Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde

sone@himolde.no

Guri Kaurstad Skrove

Forsker II, Samfunn, Møreforskning

guri.k.skrove@himolde.no

Tonje Hungnes

Forsker II, Samfunn, Møreforskning

tonje.hungnes@himolde.no

Gøril Groven

Forsker III, Samfunn, Møreforskning

goril.groven@himolde.no

Sammendrag

I denne artikkelen anvender vi normaliseringsprosessteori (NPT) som et kvantitativt analyseredskap i evalueringen av implementeringen av en ny intervensjon. Vi viser på denne måten hvordan NPT kan brukes for å analysere og evaluere implementeringen av et nytt samhandlingsforløp for barn og unge. NPT strukturerer både analyse, presentasjon av funn og konklusjoner. Studiens funn er viktige når intervensjonen skal videreutvikles. Ved å bruke NPT som en ramme kan vi systematisk avdekke både hemmende og fremmende faktorer som vil kunne påvirke i hvilken grad det nye samhandlingsforløpet kan etableres som en del av praksis for alle tjenestene som jobber sammen med å skape et samordnet hjelpetilbud for barn og unge.

Nøkkelord

utsatte barn og unge, samhandlingsforløp, psykisk helse, implementeringsteori, normaliseringsprosessteori

Abstract

The article describes the implementation of a new integrated care pathway in specialist care and in four municipalities, aimed at children and youngsters in need of coordinated care. The purpose of the pathway was to develop better routines for co-operation between families, municipality and specialist care. The approach of the analysis is the Normalization Process Theory. Questionnaire data were collected among leaders and employees. The main results show great willingness for change and commitment towards the integrated care pathway, and the respondents experience a great benefit from using the care pathway. However, there is also a need for critical assessment of which measures can further strengthen the implementation process. Critical conditions are how leaders in the participating organizations can provide for a collective implementation effort through strengthening of competence, guidance and resource allocations, supported by systematic assessments, training and exchange of experience.

Keywords

vulnerable children and youth, mental health service, implementation, integrated care, normalization process theory

Innledning

Det er et overordnet politisk mål at barn og unge skal sikres gode og trygge oppvekst- og levekår, der alle skal ha likeverdige tilbud og muligheter (Barne- og familiedepartementet, 2019). Barn og unge som utsettes for utfordringer i oppveksten, er i faresonen for å utvikle fysisk og psykisk uhelse (Barneombudet, 2018). Derfor er det viktig at barn og unge får den hjelpen de behøver så tidlig som mulig, for å forhindre at vanskene forverres og fører til et mer omfattende hjelpebehov. Utsatte barn og unge er ikke et ensartet begrep, men et felles trekk ved avgrensningen er at de har sammensatte behov, at det er flere risikofaktorer samtidig, og at det er behov for innsats fra flere tjenestesteder (Hansen, Jensen, & Fløtten, 2019). Å yte riktige tjenester til rett tid til denne målgruppen er en stor og viktig utfordring for kommunene. Det har vist seg å være krevende å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, da gruppen har behov for tjenester fra en rekke tilbydere som representerer flere sektorer og forvaltningsnivå, og opererer under ulike lover og avtaleverk, samt finansieringsmodeller. Dette er kontekstuelle faktorer som bidrar til organisatorisk kompleksitet som hemmer helhetlige og samordnete tjenester (Melby, Ose, & Ådnanes, 2017). Et tiltak for å bøte på denne kompleksiteten i kommunene har vært utvikling av standardiserte forløp. Denne artikkelen omhandler nettopp standardiserte forløp i psykisk helsevern for barn og unge.

Den nasjonale strategigruppen for psykisk helsevern for barn og unge har frontet utvikling av standardiserte pasientforløp som det sterkeste virkemiddelet for bedre samhandling (Helse Midt-Norge, 2012). Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Ifølge styringsdokumenter for Helse Midt-Norge (2012, s. 18) skal barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ha samkonsultasjoner med kommunale tjenester, og det skal etableres flere felles pasientforløp med kommunene. BUP og barnehabilitering (HABU) inviterte derfor med seg fire kommuner i regionen og brukerrepresentanter til å delta i prosjektet Kvalitet i alle ledd. I samarbeid utviklet de et samhandlingsforløp for utsatte barn og unge og deres familier hvor hensikten var å etablere gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjenesten. Effekten av et slikt samhandlingsforløp er helt avhengig av prosessen med å implementere tiltaket. Vår oppmerksomhet er derfor rettet mot implementeringen av forløpet, og vårt hovedspørsmål er: *Hva er sentrale veivalg for den videre implementeringen av samhandlingsforløpet?* For å besvare dette tar vi utgangspunkt i implementeringsteori om normaliseringsprosesser som redskap for prosessevaluering når ny praksis skal innføres (May mfl., 2009). Med utgangspunkt i hovedkonseptene i denne teorien konkretiserer vi det overordnede forskningsspørsmålet med følgende delproblemstillinger:

- Er det utviklet en felles forståelse for det nye samhandlingsforløpet, og hva er sentrale veivalg videre for å skape en tydeligere felles forståelse?
- Hvordan opplever de ansatte å delta i en endringsprosess, og hva er sentrale veivalg videre for å skape mer engasjement og deltakelse?
- Er det lagt til rette for at endringsprosessen er en kollektiv handling, og hva er sentrale veivalg videre for å skape en sterkere kollektiv retning i implementeringsarbeidet?
- Er implementeringsprosessen ledet av en evaluerende og refleksiv praksis, og hva er sentrale veivalg videre for å styrke en evaluerende og refleksiv praksis?

Kontekstuell innramming

For at utsatte barn og unge skal få den hjelpen de behøver, er det vesentlig med et godt og systematisk samarbeid mellom instansene som hindrer ansvarsfraskrivelse og ivaretar samtidighet i hjelpetilbudet (Melby, Ådanes, Kaasbøll, Kasteng, & Ose, 2017). Forebygging og tidlig intervensjon er avhengig av tverrsektorielt samarbeid som knytter sammen arenaer der barn og unge er (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a).

Kommunens ledelse har ansvaret for å etablere systemer og organisere gode samarbeid mellom helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge. Dette innebærer at samarbeidet mellom kommunale tjenester blir løst på ulike måter i ulike kommuner (Helsetilsynet, 2009). Et tilsyn i 2008 (Helsetilsynet, 2009) avdekket brudd på regelverk knyttet til samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge i nesten 80 prosent av kommunene, og det avdekket at kommunene ikke la godt nok til rette for samarbeid om tjenestene. Det gjaldt både i små og i større kommuner. Avvikene skyldtes blant annet mangelfull kunnskap om hverandres tjenester, for sene meldinger fra helse- og sosialtjenestene til barnevernet og mangel på rutiner rundt henvisning.

Samarbeids- eller samordningsmodeller er tiltak som skal forhindre ansvarsfraskrivelse og gi tydeligere rolleavklaring og bedre tjenestetilbud (Melby mfl., 2017). Utvikling av slike samordningsmodeller er imidlertid omfattende og tar tid både å utvikle og implementere (Melby, mfl., 2017; Winsvold, 2011). En undersøkelse av kommunale samarbeidsmodeller viste at 70 av 90 kommuner hadde en eller flere modeller, og at det var mange ulike modeller og/eller kombinasjoner av slike (Norvoll, Andersson, Ådanes, & Ose, 2006). Det var stor variasjon i hvor hovedansvaret for samordningsmodellene var forankret, men nesten samtlige var organisert som tverrfaglig team. I to av tre kommuner var modellen et samordningstiltak som inngikk i den vanlige tjenestevirksomheten, hvor barnevern, helsestasjon, PP-tjeneste og skolehelsetjeneste var hyppigst involvert. Spesialisthelsetjenesten, hovedsakelig representert av BUP, deltok i om lag en tredjedel. Dette kan henge sammen med at det er behov for å forbedre formelle og uformelle samarbeidsrutiner om henvisning, utredning/behandling og tilbakemeldinger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Andersson & Norvoll, 2006; Bjørkly & Wicken, 2004). I en nasjonal undersøkelse svarte kun en av fire kommunale ledere at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om utsatte barn og unge fungerte godt, mens godt over halvparten svarte at det fungerte i varierende grad (Kaurstad, Bachmann, Bremnes, & Groven, 2015).

Spesielt fremkommer mangel på formaliserte retningslinjer, uavklart oppgave- og ansvarsfordeling samt uavklarte roller i ulike faser av sakene som utfordrende for samhandlingen (Andersson & Norvoll, 2006; Bjørkly & Wicken, 2004; Helsetilsynet, 2009; Sitter & Andersson, 2008). En annen utfordring er at når utsatte barn og unge står på venteliste i spesialisthelsetjenesten, trekker ofte kommunale tjenester seg ut, og ingenting skjer i ventetiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009a). En god dialog mellom kommunale tjenester og mellom

kommune- og spesialisthelsetjenester er avgjørende for å avklare rett behandlingsinstans og behandlingsnivå (Cederkvist, 2010). Bedre dialog og rutiner for samarbeid kan også bidra til økt kvalitet på henvisninger, som igjen kan redusere henvisningstiden og unødvendige henvisninger samt gi bedre oppfølging for brukeren (Andersson & Norvoll, 2006).

Pasientforløp kan sies å være den sentrale verdikjeden i helsetjenesten. Forløpet utløses av pasientens helseproblem, og prosessen gjennom forløpet er sekvensiell. I forløpet skal ulike aktører gjennomføre oppgaver før ansvaret videreføres til neste aktør i kjeden. Et vesentlig element er at pasientforløp er informasjonsdrevet (Remen & Grimsmo, 2011). Helhetlige pasientforløp avhenger av god informasjonsflyt der tilstrekkelig informasjon formidles videre til neste ledd i forløpet (Van Der Meijden, Tange, Troost, & Hasman, 2003). Vi vet imidlertid at flere av barrierene som hindrer utvikling av helhetlige pasientforløp, ofte er relatert til at ulike nivå i helsetjenesten er involvert, og at samhandling kreves mellom aktører som har ulike rutiner, IT systemer, lov- og regelverk og finansieringsordninger (Tjora & Melby, 2013). Det er begrensninger i informasjonsflyt på tvers av tjenestene, og en oppmykning og forbedring av denne informasjonsutvekslingen fremstår som viktig for å skape helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne (Snøfugl, Grimsmo, Heimly, Melby, & Paulsen, 2006).

Det å bruke begrepet pasientforløp om hele prosessen, fra identifisering, utredning, behandling og oppfølging av utsatte barn og unge, er av flere årsaker problematisk. For det første: Et pasientforløp starter tradisjonelt ved at helsetjenesten oppsøkes grunnet et helseproblem. Utsatte barn og unge fanges derimot oftest opp og henvises til helsetjenesten etter bekymring fra foresatte eller ansatte ved barnehage eller skole. Grensen mellom hva som er vanlig og hva som er uvanlig når det gjelder barn og unges atferd, er ofte flytende, og det kan være vanskelig å avgjøre når en bekymring oppstår og skal tas videre. Med andre ord er det vanskelig å definere hvor et forløp skal starte. For det andre: Hjelpebehovet kan bestå av mer enn helsetjenester alene. Det kan eksempelvis inkludere PP-tjenesten, barnevern, barnehage, skole og lignende. Det kan dermed av ulike årsaker være problematisk å kalle et barn for pasient. Og for det tredje: Forløpsbegrepet i seg selv antyder lineære prosesser, men for utsatte barn og unge er det viktig at det samhandles samtidig fra en bekymring oppstår til oppfølging eventuelt kan avsluttes. Denne målgruppens historier er sjelden lineære, og forløpene er komplekse og sirkulære (Fineide & Ramsdal, 2014).

Målet med Kvalitet i alle ledd var å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommunene og spesialisthelsetjenesten for at barn og unge med sammensatte problemer skal få god og samordnet hjelp. Prosjektet var organisert med prosjektleder, styringsgruppe, prosjektgruppe og to arbeidsgrupper. De to arbeidsgruppene var sammensatt av representanter fra spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene som var tiltenkt å bruke forløpene. Gruppene utviklet to diagnosespesifikke utrednings- og behandlingsforløp: et for ADHD og et for autismspekterforstyrrelser. Intensjonen var å legge til rette for mer samtidighet fremfor hendelser etter hverandre i tid. Forløpene skulle være tilgjengelig for brukerne og skape forutsigbarhet og nyttig informasjon, gi tydelige beslutningspunkt og legge føringer for kommunikasjon, ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestene. Forløpene skulle fungere som et arbeidsverktøy for samarbeid mellom tjenestene og med brukerne, og det ble forventet å gi en generell økt oppmerksomhet på barn og unge, særlig i kommunene.

Forløpene viste seg å ha mange likhetstrekk, og prosjektleder og styringsgruppe anså det som hensiktsmessig å slå dem sammen til ett diagnoseuavhengig samhandlingsforløp: «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge». Valget om et generisk forløp, fremfor et diagnosebasert forløp, kan tyde på god balanse i styrkeforholdet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten (Røsstad mfl., 2015). Også i andre sammenhenger har

generiske forløp vist seg som en fordel for primærhelsetjenesten (Grimsmo mfl., 2016), blant annet ved at det vil styrke forløpets relevans for bredden av tjenestene i praksisfeltet og komme flere barn og unge til nytte (Skrove & Bachmann, 2016). Forløpet ble ferdigstilt for høring våren 2014.

I løpet av høsten 2015 skulle samhandlingsforløpet tas i bruk i alle tjenestene og slik gjøres kjent og integreres i praksis i en rekke tjenester med ulikheter i organisering, rammevilkår, profesjoner og fagtradisjoner. Det er godt dokumentert at kvaliteten på en implementeringsprosess kan ha stor betydning for effekten av et nytt program (for eksempel Durlak & DuPre, 2008), slik at utfallet av nye samhandlingstiltak påvirkes av implementeringsarbeidet.

Normaliseringsprosessteori som teoretisk og analytisk rammeverk

Som nevnt innledningsvis er hovedproblemstillingen i artikkelen: *Hva er sentrale veivalg for den videre implementeringen av samhandlingsforløpet?* Vi skal nå skissere hvordan normaliseringsprosessteori (NPT) kan utgjøre et teoretisk rammeverk for systematisk å analysere slike veivalg. Deretter skal vi illustrere fruktbarheten av dette rammeverket gjennom en surveyundersøkelse sendt til tjenesteledere i PP-tjenesten, barnevernstjenesten, fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skoler og barnehager samt ansatte i sentraladministrasjonen i fire kommuner. Undersøkelsen ble gjennomført halvannet år etter at samhandlingsforløpet ble implementert i august 2015.

NPT er en sosiologisk teori som er utviklet gjennom empiriske studier mellom 1998 og 2008 (May, 2013; May & Finch, 2009; May mfl., 2009). NPT tilbyr et analytisk rammeverk som hjelp til å forstå og forklare de dynamiske prosessene som oppstår under implementeringen av komplekse intervensjoner og teknologiske og organisatoriske innovasjoner i helsevesenet. Dette rammeverket inkluderer institusjonelle og organisatoriske kontekster og fokuserer på hvilke sosiale prosesser som kan fremme og hemme implementeringen av ny praksis gjennom integrering av nye rutiner og arbeidsformer i etablerte sosiale strukturer.

NPT ble opprinnelig utviklet som en anvendt teoretisk modell for å hjelpe klinikere og forskere til å forstå og evaluere faktorer som fremmer og hemmer den rutinemessige integreringen av komplekse helseintervensjoner i praksis (Gabbay mfl., 2011). Det startet fra et sett med empiriske generaliseringer hentet fra sekundære analyser av kvalitative data, samlet i en lang rekke studier av komplekse intervensjoner i helsevesenet. Dette resulterte i den originale konstruksjonen av modellen (May, 2006). De videre empiriske anvendelsene av modellen viste at selv om den kunne forklare faktorer som fremmer og hemmer kollektiv handling, ga den ikke svar på hvordan deltakerne kom til å engasjere seg og støtte praksisen, og hvordan de reflekterte over og evaluerte den (Gabbay mfl., 2011). Modellen ble utviklet videre med nye teoretiske konsepter som tar utgangspunkt i hvordan aktører deltar og skaper mening i en praksis, samt hvordan de vurderer det de gjør. Modellen ble til en teori om sosiotekniske endringer, som beskriver hva som kjennetegner mekanismene som er involvert i konstruksjonen av sosiale praksiser innenfor deres sosiale kontekster (Gabbay mfl., 2011).

Teorien legger til grunn at det er aktørenes bidrag og operasjonalisering i endringsprosessen som er avgjørende for implementeringen, og at både individuelle og kollektive bidrag er gjensidig avhengige innenfor en dynamisk kontekst. Oppbygging og vedlikehold av en ny normalisert og operasjonalisert praksis krever at aktørene kontinuerlig over tid investerer i et samspill av handlinger. Normalisering kommer ifølge May og Finch (2009, s. 540) gjennom å arbeide med ulike implementeringstiltak: «By normalization, we mean the work that actors do as they engage with some ensemble of activities (that may include new or changed ways of thinking, acting, and organizing) and by which means it becomes routi-

nely embedded in the matrices of already existing, socially patterned, knowledge and practices.»

Teorien kan brukes i planlegging av implementering, eller i evaluering underveis og i etterkant, og gir et analytisk grunnlag for å studere endringsprosessene i ulike faser. Endringsarbeid, for eksempel i forbindelse med en ny måte å samhandle på, kommer til uttrykk nettopp i interaksjonen mellom aktører, andre prosesser og kontekster. Resultatene vil være svært komplekse, og endringene vil ikke la seg isolere. Resultatet av implementerings- og endringsprosessen vil dermed ikke være målbar i seg selv, men må ses som en kontinuerlig prosess, der en kan evaluere endringsprosessene (May, 2013). Enhver implementeringsprosess må derfor ses som en kompleks intervensjon (ibid.).

Ifølge NPT er det fire hovedkonsepter som beskriver viktige premisser for en vellykket implementeringsprosess: felles forståelse, opplevd deltakelse, kollektiv handling og evaluering og refleksiv praksis. Hver av disse kategoriene består igjen av fire deler, som brukes som analytisk verktøy for å evaluere implementeringsprosessen. De fire mekanismene er beskrevet i tabell 1 (Scott mfl., 2019) og utgjør det analytiske rammeverket for artikkelen, og delproblemstillingene er basert på rammeverket for å gi svar på det overordnede forskningsspørsmålet: Hva er sentrale veivalg for den videre implementeringen av samhandlingsforløpet.

Tabell 1. Teoretisk og analytisk rammeverk

Felles forståelse	Opplevd deltakelse
<p>Differensiering: Hvorvidt de ansatte opplever at samhandlingsforløpet skiller seg fra nåværende eller tidligere arbeidsformer.</p> <p>Felles forståelse: Hvorvidt de ansatte har en felles forståelse av mål og ambisjoner for samhandlingsforløpet.</p> <p>Individuell forståelse: Hvordan de ansatte opplever din egen rolle, ansvar og oppgaver for å ta samhandlingsforløpet i bruk.</p> <p>Nytte: Hvordan de ansatte oppfatter nytteverdien av å ta i bruk samhandlingsforløpet.</p>	<p>Initiering: Hvorvidt en har utpekte nøkkelpersoner som arbeider for å drive implementeringen fremover.</p> <p>Legitimering: Hvorvidt det arbeides for at de ansatte skal se gevinsten i å ta i bruk samhandlingsforløpet og slik legitimere kostnader og innsats som kreves for å ta det i bruk.</p> <p>Endringsvilje: Hvorvidt de ansatte organiseres eller reorganiseres på måter som er hensiktsmessige for å kunne implementere samhandlingsforløpet.</p> <p>Aktivering: Hvorvidt det defineres felles handlinger og prosedyrer for å implementere samhandlingsforløpet.</p>
Kollektiv handling	Evaluering og refleksiv praksis
<p>Integrering: Hvorvidt de ansatte ser muligheter for å integrere det nye samhandlingsforløpet inn i eksisterende arbeidsmåter og tilgrensende arbeidsområder.</p> <p>Relasjonell tillit: Hvorvidt de ansatte har tillit at kolleger også tar samhandlingsforløpet i bruk, og at forløpet legger til rette for samarbeid mellom kolleger.</p> <p>Arbeidsdeling: Hvorvidt alle ansatte er gjort i stand til å bruke samhandlingsforløpet gjennom kurs og tilrettelegging.</p>	<p>Systematisering: Hvorvidt de ansatte har vurdert nytten og betydningen av den nye arbeidsformen, samhandlingsforløpet.</p> <p>Kollektiv verdsetting: Om det er gjennomført felles evalueringsarbeid av samhandlingsforløpet, både av formell eller uformell karakter.</p> <p>Individuell verdsetting: De ansattes individuelle verdsetting av samhandlingsforløpet, basert på deres erfaringer.</p> <p>Rekonfigurering: Hvorvidt de ansatte på grunnlag av vurderinger som er gjort, ser behov for å revidere samhandlingsforløpet, og om forløpet kan endre måten å arbeide på.</p>

Ved å anvende disse fire konseptene i evalueringen av implementeringen har vi kunnet bruke et validert spørreskjema i evalueringen. Styrken ved NPT-spørreskjemaet er dens teoretiske forankring og mulighetene for å kombinere en teoretisk/analytisk forankret forståelse av en implementering med analyser som samtidig kan informere praksis. NPT-spørreskjemaet er godt utprøvd som utgangspunkt for evaluering av implementering av nye måter å levere

eller organisere helsetjenester eller medisinsk oppfølging på. I norsk sammenheng er det imidlertid ikke kjent at det er gjennomført evalueringer på grunnlag av NPT-spørreskjema. Derimot er det anvendt på kvalitative undersøkelser der intervjuguide er utviklet på grunnlag av NPT (Foss, Knutsen, Henni & Myrstad, 2016). Forskerne i dette prosjektet fremhevet at NPT ga en ramme for evalueringen som ikke bare fokuserte på intervensjonen, men også på konkrete og praktiske utfordringer med å gjennomføre tiltaket.

Metode og data

Spørreskjemaundersøkelsen er basert på et validert spørreskjema som er utviklet av NPT-organisasjonen. Det inneholder fire spørsmål om hvert av de fire teoretiske konseptene. Vi har oversatt skjemaet til norsk og tilpasset det som her skulle undersøkes, slik det er anbefalt av de som har utviklet verktøyet (Finch mfl., 2013).

Undersøkelsen ble gjennomført 19. januar – 6. februar 2017, halvannet år etter at samhandlingsforløpet ble implementert i august 2015. Den ble sendt til tjenesteledere i PP-tjenesten, barnevernstjenesten, fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skoler og barnehager samt ansatte i sentraladministrasjonen i de fire kommunene. I helseforetaket ble ledere og ansatte i BUP og HABU tilknyttet de fire kommunene forespurgt om å delta. I forkant ble det gjennomført en pilot med tolv personer fra begge nivå som deltok i Kvalitet i alle ledd, hvorav flere hadde ansvar for implementering i egen instans. Undersøkelsen er godkjent av personvernombudet i NSD og har prosjektnummer 35207.¹

Totalt 121 besvarte spørreskjemaet i Questback. Respondentene ble invitert via e-post til enhets- og virksomhetslederne i de nevnte tjenestene. Disse ble bedt om å besvare undersøkelsen selv, og de fikk også listet opp relevante stillingsgrupper/roller som vedkommende skulle sende spørreskjemaet videre til. For eksempel ble kommuneoverlegen eller helsesjefen bedt om å videresende til alle fastlegene i kommunen, mens fagsjef barnehage ble bedt om å videresende til andre ansatte i fagseksjon barnehage. Styrere, enhetsledere og pedagogiske ledere i barnehagene fikk undersøkelsen tilsendt direkte.

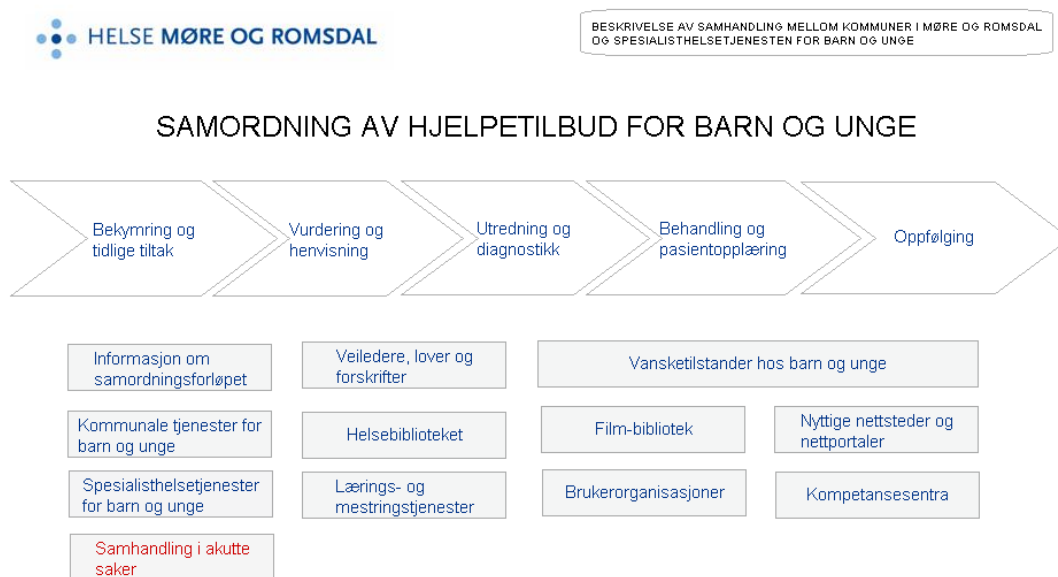
På grunnlag av gruppene vi ønsket skulle besvare undersøkelsen, og oversikt over ansatte på nettsidene til kommunene og institusjonene, beregnet vi bruttopopulasjon og svarprosent på 35 prosent. Det er god fordeling mellom kommuner og tjenester som deltok. Respondentene var ikke konsentrert på én eller få kommuner eller tjenester og reflekterte noenlunde antall i de aktuelle gruppene i bruttopopulasjonen. Vi kan imidlertid ikke utelukke en skjevhet i utvalget knyttet til kjennskapet til forløpet, der kjennskap gir større tilbøyelighet til å svare. Tabell 2 viser antall respondenter fordelt på de ulike tjenestene i prosentvis fordeling og antall.

1. Finansiering: RFF Midt Norge (Regionale forskningsfond Midt Norge).

Tabell 2. Antall respondenter fordelt på de ulike tjenestene, i prosentvis fordeling og antall

Tjeneste/rolle	Prosent	Antall
Totalt	100,0	121
Skole	14,1	17
Barnehage	25,6	31
Helsestasjon og/eller skolehelsetjeneste	8,3	10
BUP	6,6	8
Barneverntjenesten	17,4	21
PPT	9,1	11
Legetjenesten	4,1	5
HABU	5,8	7
Sentral adm./ ledelse i kommune eller HF	4,1	4
Annet/ukjent	5,0	7

Samhandlingsforløpet er inndelt i to hovedkomponenter (figur 1): 1) Forløpsprosessen med avklaring av ansvar og oppgaver i fem ulike faser: Bekymring og tidlige tiltak – Vurdering og henvisning – Utredning og diagnostikk – Behandling og pasientopplæring – Oppfølging. 2) Informasjonsbokser med lenker til fagtenester, veiledere, lover og forskrifter, vansketilstander, brukerorganisasjoner, kompetansesenter og lignende.

**Figur 1.** Bilde av Samhandlingsforløpet som består av klikkbare lenker

Av de 121 respondentene svarte 50 prosent at de har brukt forløpsprosessen, og 35 prosent at de har brukt informasjonsboksene. Alle data som presenteres i det følgende, er hentet fra de som svarer at de har brukt forløpsprosessen/informasjonsboksene. På den måten gjør vi en avgrensning som skal sikre at de som svarer, har en operativ kjennskap til forløpet. Det

kan være forskjeller mellom hvor operativt en leder og en ansatt uten lederansvar jobber med forløpet. Vi har imidlertid ikke valgt å skille dette, da mange av tjenestene har relativt få ansatte der lederen arbeider operativt. Vi la dataene inn i SPSS, og vi laget frekvensanalyser av hvert enkelt spørsmål. På grunn av relativt få respondenter i hver tjeneste og ulik mengde respondenter fra hver tjeneste var det ikke hensiktsmessig å analysere svarene fra ansatte i de ulike tjenestene enkeltvis. Vi analyserte derfor svarene i form av frekvenser for hvert enkelt spørsmål og presenterte dem i tabeller som gjengir en frekvensoversikt for hver faktor i NPT.

Resultat

Felles forståelse

Den første faktoren i teorien om normalisering handler om å ha forståelse for ny praksis og se meningen med det nye samhandlingsforløpet. De ansatte må kunne forstå nytten og forbedringspotensialet hvis de skal være villig til å ta det i bruk. Nye handlingsmåter og oppgaver må settes inn i en anvendbar sammenheng og gjøres forståelige og meningsfulle for oppgaven som skal utføres.

Tabell 3 gir en oversikt over respondentenes svar knyttet til felles forståelse. De aller fleste ser den potensielle nytten av samhandlingsforløpet for sitt arbeid, noe som NPT beskriver som grunnlaget for at forløpet skal kunne internaliseres i deres arbeid. Godt over halvparten oppgir å ha utviklet en individuell forståelse for forløpet, det vil si at de svarer at de forstår hvordan samhandlingsforløpet påvirker deres måte å arbeide på. Selv om over 30 prosent ikke tar stilling til dette ved å svare verken eller, oppgir bare 3 prosent at de ikke har en slik individuell forståelse. Svarene er noe mer sprikende når det gjelder hvorvidt samhandlingsforløpet skiller seg fra etablerte arbeidsformer og om det er utviklet en felles forståelse av målet med forløpet. Under halvparten mener det er utviklet en felles forståelse, og bare en av fem opplever at samhandlingsforløpet skiller seg fra etablerte arbeidsformer. Når målet er utydelig, er det kanskje vanskeligere å se og vektlegge hva forløpet bringer med seg av nye arbeidsformer. Dette tydeliggjør behovet for en klar formidling av målet med nye tiltak.

Tabell 3. Vurdering av påstander knyttet til kjernebegrepet koherens blant de som har brukt en eller flere deler av forløpet (n=76–77). Prosent. 2017

Kategori	Påstand	Helt enig / Enig	Verken eller	Uenig/ Helt uenig	Ikke relevant
Differensiering	Samhandlingsforløpet skiller seg fra våre etablerte arbeidsformer	20	33	41	7
Felles forståelse	Ansatte i vår organisasjon har en felles forståelse av målet med samhandlingsforløpet	43	36	14	6
Individuell forståelse	Jeg forstår hvordan samhandlingsforløpet påvirker min måte å arbeide på	62	34	3	1
Nytte	Jeg kan se den potensielle nytten av samhandlingsforløpet for mitt arbeid	87	9	4	0

Opplevd deltakelse

Den andre faktoren i NPT er opplevd deltakelse. De ansatte har behov for å etablere en forpliktelse overfor og et engasjement for det nye samhandlingsforløpet for å etablere nye normer for praksis (May & Finch, 2009). Ledere og nøkkelpersoner/ildsjeler i tjenestene vil

typisk ha en sentral rolle i å etablere dette. Det handler om å være villig til å gå inn i endringsprosesser og se seg selv som en del av de kollektive prosessene som kan drive endringsarbeidet fremover.

Når det gjelder både legitimering, endringsvilje og aktivering, viser tabell 4 at de aller fleste (80 prosent) oppgir at de er enige i at samhandlingsforløpet bidrar til at de kan ivareta arbeidsoppgavene på en bedre måte. Dette knyttes til legitimering. Skal en etablere nye normer, må det kunne knyttes gevinster til endringsarbeidet, som gjerne krever investering i tid og ressurser. De aller fleste (83 prosent) er også endringsvillige og åpne for at samhandlingsforløpet forutsetter nye måter å samarbeide med kollegene på. Nær 90 prosent oppgir at de vil fortsette å støtte samhandlingsforløpet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at 38 prosent opplever at nøkkelpersoner eller ildsjeler driver forløpet fremover. For å få etablert forløpsarbeidet i alle organisasjonene kan det være avgjørende å sørge for å få på plass nøkkelpersoner/ildsjeler som kan legge til rette for og ta ansvar for videre implementering. Hvorvidt initieringen er på plass gjennom nøkkelpersoner/ildsjeler, er litt uklart, i og med at nær halvparten (45 prosent) her svarer verken eller, og svært få er uenig.

Tabell 4. Vurdering av påstander knyttet til kjernebegrepet kognitiv deltakelse blant de som har brukt en eller flere deler av forløpet. N=75–76. Prosent. 2017

Kategori	Påstand	Helt enig / Enig	Verken eller	Uenig / Helt uenig	Ikke relevant
Initiering	Det er enkelte nøkkelpersoner/ildsjeler som driver samhandlingsforløpet fremover, og som involverer/drar med seg andre	38	45	8	9
Legitimering	Jeg har tro på at samhandlingsforløpet gjør at jeg kan ivareta mine arbeidsoppgaver på en bedre måte	80	14	3	3
Endringsvilje	Jeg er åpen for at samhandlingsforløpet forutsetter nye måter å samarbeide med mine kolleger på	83	9	5	3
Aktivering	Jeg vil fortsette å støtte samhandlingsforløpet	89	9	0	1

Kollektiv handling

Den tredje faktoren er kollektiv handling, det vil si hvordan de samarbeider og investerer i felles innsats og ressurser for å ta det nye samhandlingsforløpet i bruk. Tabell 5 viser at nær 80 prosent oppgir at de enkelt kan integrere samhandlingsforløpet i eksisterende arbeidsformer, og at de har tillit til andre personers evne til å bruke forløpet. Det kan bety flere ting, både at forløpet ikke innebærer så store endringer, og at forløpet allerede har blitt godt implementert og integrert i den enkeltes praksisformer. Ingen av respondentene rapporterer at de opplever forløpet som et hinder for samarbeid, og de fleste (77 prosent) har tillit til at også andre kan bruke forløpet. Men det er elementer som ser ut til å mangle, eller som det knytter seg større usikkerhet omkring. Dette handler om såkalt arbeidsdeling og kontekstuell tilrettelegging. Halvparten er ikke enig i at det er gitt nødvendige kurs eller veiledning for å gjøre ansatte i stand til å bruke samhandlingsforløpet. Det er 20 prosent som opplever at det er gitt nødvendig kurs/veiledning, mens 27 prosent svarer verken eller. Dette kan tyde på at kurs- og veiledningstilbudet ikke har vært jevnt fordelt blant ansatte. En del (38 prosent) er ikke fornøyd med ressursene som er stilt til rådighet for å støtte opp

under forløpet, og bare 14 prosent er fornøyd. Her er imidlertid mange usikre; 39 prosent svarer verken eller. Ellers tyder resultatene på at ledelsen stort sett støtter forløpet. Svært få (4 prosent) sier seg uenig i at ledelsen støtter forløpet, mens halvparten sier seg enig i at ledelsen støtter forløpet på en hensiktsmessig måte. Mange (40 prosent) svarer riktignok verken eller og uttrykker slik usikkerhet knyttet til denne påstanden.

Tabell 5. Vurdering av påstander knyttet til kjernebegrepet kollektiv aktivering blant de som har brukt en eller flere deler av forløpet. N= 76–77. Prosent. 2017

Kategori	Påstand	Helt enig / Enig	Verken eller	Uenig / Helt uenig	Ikke relevant
Integrering	Jeg kan enkelt integrere samhandlingsforløpet i mine eksisterende arbeidsformer	79	16	1	4
Relasjonell tillit	Samhandlingsforløpet er til hinder for samarbeid	0	9	90	1
Relasjonell tillit	Jeg har tillit til andre persons evne til å bruke samhandlingsforløpet	77	23	0	0
Arbeidsdeling	Det er gitt nødvendig kurs/veiledning for å gjøre ansatte i stand til å bruke samhandlingsforløpet	21	27	48	4
Kontekstuell tilrettelegging	Det er tilgjengelig nødvendige ressurser for å støtte opp under bruk av samhandlingsforløpet	14	39	38	9
Kontekstuell tilrettelegging	Ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte	52	40	4	4

Evaluerende og refleksiv praksis

Den siste faktoren, evaluerende og refleksiv praksis, handler om hvorvidt det tilrettelegges for interne evalueringer og refleksjoner knyttet til samhandlingsforløpet, både i fellesskap og individuelt. Noen av svarene er ikke helt entydige. Tabell 6 viser at nær halvparten ikke er kjent med tilbakemeldinger om hvordan samhandlingsforløpet fungerer, mens en av fire svarer at de er kjent med slike tilbakemeldinger. Dette tyder på manglende tematisering om tilbakemeldinger eller evalueringer av forløpet. Samtidig er det verdt å merke seg at en av fire er usikre, da de svarer verken eller på denne påstanden. Når det gjelder hvordan forløpet verdsettes blant respondentene, skårer den individuelle verdsettingen høyere eller mer positivt enn den kollektive. Drøyt en av tre er enige i påstanden om at de ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke, mens over halvparten svarer at de er enig i at forløpet har vært til nytte for deres eget arbeid. Så å si ingen er uenig i påstanden om at de ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke, men mange (59 prosent) er usikre og svarer verken eller. Dette kan forstås som at mange ikke har diskutert dette med sine kolleger, og derfor ikke vet hvordan kollegene vurderer samhandlingsforløpet. Det er lettere å svare på egne vegne, selv om det også her er en del (37 prosent) som er usikre og svarer verken eller. De aller fleste (81 prosent) er enige i at tilbakemeldinger om forløpet kan brukes til å forbedre det. Dette bekrefter at kontinuerlig vurderings- og forbedringsarbeid er viktig for implementeringen.

Tabell 6. Vurdering av påstander knyttet til kjernebegrepet evaluerende og refleksiv praksis blant de som har brukt en eller flere deler av forløpet. N=75–76. Prosent. 2017

Kategori	Påstand	Helt enig / Enig	Verken eller	Uenig / Helt uenig	Ikke relevant
Systematisering	Jeg er kjent med tilbakemeldinger om hvordan samhandlingsforløpet fungerer	26	25	42	7
Kollektiv verdsetting	De ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke	36	59	1	4
Individuell verdsetting	Jeg opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for mitt arbeid	56	37	4	3
Rekonfigurering	Tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden	81	16	0	3
Rekonfigurering	Jeg kan endre måten jeg arbeider på ut ifra samhandlingsforløpet	60	31	8	1

Diskusjon

Felles forståelse

Felles forståelse handler om hvorvidt de ansatte har utviklet en felles forståelse av samhandlingsforløpet. Dette har betydning for at det skal kunne tas i bruk på en god måte. Klare og omforente mål for samarbeid, enighet om prosedyrer og prosesser som skal tas i bruk, og avklarte rammer og roller er et viktig grunnlag for å samordne tjenester til utsatte barn og unge (Carey & Crammond, 2015; Moe, 2015). Dette er utfordrende dersom enhetene har ulik struktur, roller, funksjoner og interesser og er i stadig endring (Christensen & Læg Reid, 2007). De fleste av respondentene oppgir å ha en individuell forståelse for hvordan forløpet påvirker arbeidsformene, men for å få til en normalisering av det nye forløpet er det fortsatt en del å jobbe med for å skape en felles forståelse av forløpet. Det er derfor kritisk for normaliseringen at det etableres positiv respons og tilbakeføringsløyper med kommunikasjon, tillit og forståelse mellom de samarbeidende instansene, samtidig som sløylene bør omfatte forankring (Ansell & Gash, 2008; Huxham & Vangen, 2013).

Selv om de fleste selv mener at de forstår samhandlingsforløpet, er det fortsatt uklart for mange hvordan det skiller seg fra etablerte arbeidsformer. Mørch (2012) beskriver det som en felle i implementeringsprosesser dersom en i kompromissenes navn forsøker å gjøre forandringene så små at de blir ubetydelige. Selv om indre motstand og hindringer i organisasjonen på den måten minimaliseres, er det en risiko for at alt blir som før, og en får ikke den effekten en ønsket av å arbeide med samhandlingsforløpet.

Opplevd deltakelse

Opplevd deltakelse innebærer å bygge engasjement og forpliktelse overfor forløpet, slik at de ansatte skal være villig til å gå inn i nødvendige endringsprosesser og slik normalisere forløpet (May mfl., 2009). Resultatene viser at mange av de respondentene har stor endringsvilje og forpliktelse overfor samhandlingsforløpet. De fleste vil fortsette å støtte forløpet og er åpne for nye måter å samarbeide på.

Det sentrale i fortsettelsen av arbeidet med å normalisere forløpet vil være å sikre at utpekte nøkkelpersoner kan drive implementeringsarbeidet fremover. Dette er i tråd med funn i tidligere studier av implementering av nye måter å organisere eller levere helsetjenes-

ter på (Gabbay mfl., 2011; May mfl., 2009). Det er viktig med slike nøkkelpersoner for å vise retning, sørge for at alle kjenner til og forholder seg til nye formaliserte retningslinjer, og avklare oppgave- og ansvarsfordeling i samhandlingen (Andersson & Norvoll, 2006; Bjørkly & Wicken, 2004; Sitter & Andersson, 2008). For at samhandlingsforløpet skal bli den naturlige måten å arbeide på for alle organisasjonene, er det også kritisk at forløpet er godt forankret og tydelig støttet av ledelsen.

Kollektiv handling

Kollektiv handling krever at de ansatte aktiveres for å ta samhandlingsforløpet i bruk. I tråd med at positiv respons og oppbygging av tillit og forståelse er kritisk i prosesser som fokuserer på samarbeid (Ansell & Gash, 2008; Huxham & Vangen, 2013), viser de aller fleste god tillit til kollegers evner til å bruke samhandlingsforløpet. Det er ingen som opplever forløpet som et hinder for samarbeid, og de ser muligheter for å integrere forløpet i eksisterende arbeidsformer. Forskning viser at implementering av nye arbeidsformer er lettere hvis de nye modellene er i tråd med aktivitetene som allerede er på plass i etablerte praksiser (Lindberg, 2002).

Resultatene gir derimot inntrykk av svakheter ved de kontekstuelle rammene for implementeringen når det gjelder arbeidsdeling, kursing og kompetanseheving. Om lag en fjerdedel av de som har brukt forløpet, mener at arbeidsdelingen er ivaretatt ved at anvendelse av forløpet er delegert til bestemte personer. Det gir grunnlag for å spørre om de ulike tjenestene i tilstrekkelig grad har fordelt ansvaret for bruken av forløpet, for eksempel i form av koordinatorroller. Videre mener bare en av fem at det er gitt nødvendig veiledning eller kurs for å gjøre ansatte i stand til å bruke forløpet, og over halvparten mener at bedre oppfølging og veiledning ville ført til mer bruk av forløpet. Få opplever at de ressursene som skal til for å støtte opp under forløpet, er gjort tilgjengelig. Helgesen (2015) har tidligere vist at samordning og samarbeid er en syklisk prosess som består av elementer som bygger på hverandre: informasjon og kompetanse/opplæring, konsultasjon, dialog og diskusjon, enighet om holdninger og handlinger og felles handling.

Kontekstuell integrasjon er et lederansvar og handler om ressursallokering og prosedyreutvikling for å sikre at tiltaket får tilstrekkelig økonomisk og materiell støtte av ledelsen og folkevalgte. Det er uheldig dersom de ansatte opplever at deltakelse i eller bruk av samhandlingsforløpet er en belastning eller gir merarbeid, spesielt tatt i betraktning at halvparten ikke opplever forløpet som tilstrekkelig lederforankret og støttet av ledelsen. Forskning viser at lederforankring og ledelsens legitimering og holdninger til nye satsinger er en nøkkelfaktor for vellykket implementering av nye tiltak (Carey & Crammond, 2015; Vangen & Huxham, 2009), slik også i tverretattlig og tverrfaglig samarbeid om utsatte barn og unge (Kaurstad mfl., 2015). Dersom organisasjonen mangler strukturelle vilkår som ressurser og belønningssystem, samt prosessuelle vilkår som opplæring og lederstøtte, risikerer det at de ansatte trekker seg tilbake til det som oppleves som kjerneoppgavene. Strukturer og prosesser må derfor legges til rette for at samhandlingsoppgaver ikke konkurrerer med kjerneoppgaver og må-oppgaver.

Evaluerende og refleksiv praksis

Evaluerende og refleksiv praksis handler om at bruken av og oppslutningen rundt samhandlingsforløpet vil styrkes dersom hele organisasjonen har en refleksiv utviklings- og endringsorientert innstilling til praksis. Det er derfor behov for evalueringer som gir informasjon om nødvendige kursendringer av forløpet, enten det gjelder hvordan forløpet brukes, eller selve implementeringsprosessen, slik som denne artikkelen bidrar til. De tjenestene som skal implementere forløpet legger et viktig grunnlag for operativ forankring og forbedringer når

evalueringsresultater gjøres kjent for de ansatte som grunnlag for drøftinger om endrings- og implementeringsprosesser. Evalueringer som grunnlag for diskusjoner og endringer er slik en viktig del av en nødvendig syklisk prosess av elementer som bygger på hverandre i et endringsarbeid (Helgesen, 2015).

Prosjektsamarbeid og operativ samhandling mellom kommuner og helseforetak, og på tvers av tjenester og nivå, innebærer økt gjensidig avhengighet mellom styringsnivå og mellom tjenester. Samstyring med systematisering av erfaringer, dialog, forhandlinger og formelle partnerskapsordninger blir et sentralt styringsprinsipp, og den formaliserte samhandlingen operasjonaliseres gjennom kontinuerlige faglige forhandlinger mellom profesjonsutøverne (Hanssen, Helgesen, & Holmen, 2014). Dette krever tydelige ledere som tilrettelegger gjennom felles satsing, felles arenaer og profesjonell støtte (Cameron, Lart, & Bostock, 2014). Samstyring som grunnlag for refleksiv utviklings- og endringsorientering henger tett sammen med kollektive handlingstiltak, slik som å legge til rette for veiledning (Mørch, 2012). Et tiltak som ivaretar både kontinuerlig veiledning og tilrettelegging for en refleksiv praksis, er lokal kollegaveiledning. For eksempel kan spesielt egnede og interesserte ansatte gis etterutdanning i veiledning (Mørch, 2012). Slike prosesser er dessuten viktige for å reformulere og gjøre samhandlingsforløpet til sitt. En reformulering kan også innebære en refortolkning, som gir kreative svar på det nye (La Rocca, Hvidsten, & Hoholm, 2016). Dette kan gi både uintenderte og uforutsigbare prosesser og bør følges opp med ulike former for dialog- og evalueringsprosesser. Å integrere nye prosesser inn i de opprinnelige krever også at den nye arbeidsmåten kan koordineres med og kombineres med andre verktøy eller arbeidsmåter lokalt (La Rocca mfl., 2016). En slik prosess krever tett oppfølging. Det er stor forskjell på å høre om det og lære om det og adoptere det og integrere det som en del av sin praksis (May mfl., 2009). Det krever et aktivt og refleksivt forhold til forløpet der en fortolker det og omdanner det til de konkrete kontekster det skal anvendes i (La Rocca mfl., 2016; May mfl., 2009). Introduksjon av nye arbeidsformer/-modeller vil alltid innebære en tilpasning til den lokale konteksten (Czarniawska & Sevón, 1996; Lindberg, 2002; Trägårdh & Lindberg, 2004).

Selv om respondentene er lite kjent med tilbakemeldinger om hvordan forløpet fungerer, er det stor enighet om at tilbakemeldinger om forløpet kan brukes til å forbedre det. Å utnytte potensialet i dette forutsetter et systematisk evaluerings- og refleksjonsarbeid som grunnlag for å omforme forløpet, gjøre det til sitt eget og skape forpliktelse overfor det. Flere tilbakemeldinger om forløpet og kollektive diskusjoner er derfor viktig for videre implementering. Dette forutsetter at noen pekes ut til å ta ansvar for disse prosessene. Resultatene tyder også på at ledere ikke har blitt tilstrekkelig involvert, og kanskje heller ikke tilstrekkelig ansvarliggjort i arbeidet med å implementere forløpet. Det er sentralt i implementeringen at ledere er tilgjengelig som støtte for og tilretteleggere av de rammene som kan muliggjøre en realisering av forløpets potensiale.

Konklusjon og anbefalinger

I denne artikkelen anvender vi NPT som et kvantitativt analyseredskap i evalueringen av implementeringen av en ny arbeidsmetodikk innen helsefeltet. Vi har ønsket å tydeliggjøre NPT gjennom å la teoriens elementer strukturere både analyse, presentasjon av funn og konklusjoner. Studiens funn er viktige når intervensjonen skal videreutvikles. Ved å bruke NPT som en ramme kunne vi systematisk avdekke både hemmende og fremmende faktorer som vil kunne påvirke i hvilken grad det nye samhandlingsforløpet kan etableres som en del av praksis for alle tjenestene som jobber sammen med å skape et samordnet hjelpetilbud for barn og unge.

Hovedproblemstillingen i artikkelen er: *Hva er sentrale veivalg for den videre implementeringen av samhandlingsforløpet?* Med utgangspunkt i hovedkonseptene i NPT hadde vi følgende delproblemstillinger:

- Er det utviklet en felles forståelse for det nye samhandlingsforløpet, og hva er sentrale veivalg videre for å skape en tydeligere felles forståelse?
- Hvordan opplever de ansatte å delta i en endringsprosess, og hva er sentrale veivalg videre for å skape mer engasjement og deltakelse?
- Er det lagt til rette for at endringsprosessen er en kollektiv handling, og hva er sentrale veivalg videre for å skape en sterkere kollektiv retning i implementeringsarbeidet?
- Er implementeringsprosessen ledet av en evaluerende og refleksiv praksis, og hva er sentrale veivalg videre for å styrke en evaluerende og refleksiv praksis?

Undersøkelsen har et begrenset utvalg på 121 informanter, og selv om fordelingen mellom kommuner og tjenester synes tilfredsstillende, kan vi ikke utelukke skjevheter i utvalget. Vi må også ta høyde for at det fortsatt er tidlig i implementeringsfasen, og at vi spesielt i enkelte av tjenestene må ta høyde for at mange ikke har rukket eller foreløpig ikke har hatt behov for å ta samhandlingsforløpet i bruk. Med disse begrensningene tatt i betraktning, viser undersøkelsen at det knytter seg stor endringsvillighet og forpliktelse overfor forløpet. Bortimot alle respondentene som har brukt en eller flere deler av forløpet, er villig til å støtte det videre. Et viktig grunnlag for at respondentene er villig til det, er at de opplever at samhandlingsforløpet er lett å legitimere som arbeidsmetode, og at det har en potensiell nytte i arbeidet. Dette er viktige forutsetninger for at de ansatte over tid skal være villig til å ta samhandlingsforløpet i bruk, slik at det blir godt internalisert og normalisert i måten de arbeider på.

Hovedfunnene peker samtidig på at det er behov for en kritisk vurdering og diskusjon av hvilke tiltak som bør iverksettes for å styrke den videre implementeringsprosessen og realiseringen av den nytteverdien de aller fleste respondentene ser i forløpet. Tabell 7 oppsummerer funnene i viktige veivalg for videre implementering. Fremstillingen er strukturert med utgangspunkt i de fire teoretiske konseptene som er utviklet av NPT. Det viktigste er at det nå er behov for å sikre at samhandlingsforløpet er godt forankret i de deltakende organisasjonene, som grunnlag for en kollektiv implementeringsinnsats gjennom kompetanseheving, veiledning og ressursallokeringer, systematiske vurderinger, erfaringsutveksling og diskusjoner.

Tabell 7. Sentrale veivalg i den videre implementeringen og normaliseringen av samhandlingsforløpet

<u>Felles forståelse</u> – normalisering av samhandlingsforløpet krever at de deltakende tjenestene arbeider videre med å skape en felles forståelse, skille forløpet fra andre arbeidsformer og gjøre lokale tilpasninger.	<u>Opplevd deltakelse</u> – for å heve de ansattes opplevelse av å delta i en endringsprosess som skal normaliseres i overgangen fra prosjektfase til ordinær drift, er det avgjørende at nøkkelpersoner gis et særlig ansvar for den videre implementeringen.
<u>Kollektiv handling</u> – behov for lederforankring og lederstøtte, arbeidsdeling og fordeling av ansvar for formidling og bruk av forløpet, veiledning og kursing av ansatte og ressursallokering og prosedyreutvikling.	<u>Evaluerende og refleksiv praksis</u> – behov for samstyring og operativ forankring gjennom ledere som tilrettelegger for en kritisk og utviklings- og endringsorientert innstilling til egen praksis gjennom evalueringer, dialog, forhandlinger og støtte.

Litteratur

- Andersson, H.W. & Norvoll, R. (2006). *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP-kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*, SINTEF-rapport nr. A595. SINTEF Helse, Rapport A (vol. 595).
- Ansell, C. & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Barne- og familiedepartementet (2019). *Familie og barn*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/id213/>.
- Barneombudet (2018). *Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes. Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep – 2018*. Oslo: Barneombudet. http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf.
- Bjørkly, A. & Wicken, A.M. (2004). *Barne- og ungdomspsykiatri i krise? En studie av grenseflaten mellom 1. og 2. linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Cameron, A., Lart, R. & Bostock, L. (2014). Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid. En «review» fra Storbritannia. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (s. 157–170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Carey, G. & Crammond, B. (2015). Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*, 15(1), 662. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1979-8>.
- Cederkvist, G.A. (2010). Hjelper på hjemmebane. *Sykepleien*, (2), 66–69. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0007>.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059–1066. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996). Introduction. I B. Czarniawska & G. Sevón (red.), *Translating Organizational Change* (s. 1–12). Berlin–New York: Walter De Gruyter.
- Durlak, J.A. & DuPre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>.
- Finch, T.L., Rapley, T., Girling, M., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I.N. & May, C.R. (2013). Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implementation Science*, 8(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-43>.
- Fineide, M.J. & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I M. Vabø & S.I. Vabo (red.) *Velferdens organisering*, 108–121. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foss, C., Knutsen, I.R., Henni, S.H. & Myrstad, H. (2016). Utfordringer med å etablere en ny praksis. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59483>.
- Gabbay, J., May, A. le, Pope, C., Robert, G., Bate, P. & Elston, M.-A. (2011). *Organisational innovation in health services. Lessons from the NHS treatment centres*. Bristol: The Policy Press.
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 78–87. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>.
- Hansen, I.L.S., Jensen, R.S. & Fløtten, T. (2019). *0–24-samarbeidet. Et kunnskapsgrunnlag*. Fafo-notat 2019:21.
- Hanssen, G.S., Helgesen, M.K. & Holmen, A.K.T. (2014). Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, (02), 109–128.
- Helgesen, M.K. (2015). *Bedre Tverrfaglig Innsats. 2. runde av en følgeevaluering*. NIBR rapport 2015:24. Oslo: NIBR.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009a). *Forløpsgruppe Psykisk helse*. Rapport avgitt 29. mai 2009. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/forlopsrapporter/forlopsgruppe-4--psykisk-helse.pdf?id=2104579>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009b). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Helse Midt-Norge (2012). *Nasjonalt strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Arbeidsgruppe 3: ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge*.
- Helsetilsynet. (2009). *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid*. Rapport nr. 5/2009. Oslo: Helsetilsynet.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2013). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. New York: Routledge.
- Kaurstad, G., Bachmann, K., Bremnes, H. & Groven, G. (2015). *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Molde: Møreforskning.
- La Rocca, A., Hvidsten, A. & Hoholm, T. (2016). Making innovation work locally: The role of creativity in introducing innovations across multiple users and organizations in healthcare. I M.Č. Skerlavaj, A. Dysvik & A. Carlsen (red.), *Capitalizing on Creativity at Work: Fostering the Implementation of Creative Ideas in Organizations*. Edward Elgar publishers.
- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft. Om organisering mellom organisationer*. BAS/Göteborg University: Bokförlaget.
- May, C. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>.
- May, C. & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>.
- May, C.R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B.N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J. & Montori, V.M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 4(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>.
- Melby, L., Ådanes, M., Kaasbøll, J., Kasteng, F. & Ose, S. O. (2017). *Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlige tjenestetilbud*. Trondheim: Sintef.
- Melby, L., Ose, S. & Ådanes, M. (2017). Integrated care service models for children and youths at risk: facilitators and barriers for the development of successful services. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), A64. <http://doi.org/10.5334/ijic.3368>.
- Moe, T. (2015). Når ledelse gjør forskjell – Ledelse som virkemiddel for å styrke samarbeidet mellom barnevern og barnehage for implementering av tidlig intervensjon. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 92(01), 6–27.
- Mørch, W.-T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Norges Barnevern*, 89(3), 136–150.
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådanes, M. & Ose, S.O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. Rapport A. SINTEF Helse.
- Remen, V.M. & Grimsmo, A. (2011). Closing information gaps with shared electronic patient summaries – How much will it matter? *International Journal of Medical Informatics*, 80(11), 775–781. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.08.008>.

- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>.
- Scott, J., Finch, T., Bevan, M., Maniatopoulos, G., Gibbins, C., Yates, B., Kilimangalam, N., Sheerin, N. & Kanagasundaram, N.S. (2019). Acute kidney injury electronic alerts: mixed methods Normalization Process Theory evaluation of their implementation into secondary care in England. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032925>.
- Sitter, M. & Andersson, H.W. (2008). Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. *Evaluering av Opptappingsplanen for Psykisk Helse*. Trondheim: Sintef.
- Skrove, G.K. & Bachmann, K.E. (2016). *Kvalitet i alle ledd. Samordning av hjelpetilbud til barn og unge*. Rapport nr. 1606. Molde: Møreforskning. <https://tinyurl.com/y3epnpvn>.
- Snøfugl, G., Grimsmo, A., Heimly, V., Melby, L. & Paulsen, B. (2006). *Elektronisk samhandling mellom foretakene og kommunene*. Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal.
- Tjora, A. & Melby, L. (red.) (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trägårdh, B. & Lindberg, K. (2004). Curing a meagre health care system by lean methods – translating 'chains of care' in the Swedish health care sector. *The International Journal of Health*, 19(4), 383–398. <https://doi.org/10.1002/hpm.767>.
- Van Der Meijden, M. J., Tange, H. J., Troost, J. & Hasman, A. (2003). Determinants of success of inpatient clinical information systems: a literature review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(3), 235–243. <https://doi.org/10.1197/jamia.m1094>.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 67–87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Winsvold, A. (2011). *Evalueringen av prosjektet: Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.