

# Samhandlingsreformen i Norge

ANDERS GRIMSMO, RALF KIRCHHOFF OG TURID AARSETH



Samhandlingsreformen ble innført i Norge 1.1.2012 og kan beskrives som en koordinerings- og retningsreform, hvor økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme det overordnede målet om helhetlige og smidige pasientforløp (St.meld. nr. 47 (2008–2009); St.meld. nr. 16 (2010–2011)). Spesialist- og primærhelsetjenesten skal i større grad samhandle med hverandre, og kommunene har fått en større del av ansvaret for helsetjenestene. Reformen har slektskap med helsereformer i våre naboland (OECD 2013a, 2013b). Det svenske lokalvård-konseptet og den danske modellen for kommunal medfinansiering av sykehustjenester<sup>1</sup> er begge viktige inspirasjonskilder for utvikling av helsetilbud utenfor sykehus. Reformen har videre klare likhetstrekk med partnerskapstenkingen i Health Action Zones-reformen i England, og med pågående reformer i Australia og Skottland (Davies mfl. 2009; Freeman 2008).

Kort tid etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, fikk Norges forskningsråd i oppdrag å etablere en løpende evaluering. I alt er seks prosjekter blitt etablert. I dette spesialnummeret presenteres noen resultater fra prosjektet «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen» (SPIS). Som en bakgrunn for de organisasjonsfaglige spørsmål som ligger til grunn for SPIS-prosjektet og de seks artiklene som inngår i spesialnummeret, skal vi først gi en kortfattet fremstilling av noen særtrekk ved norsk helsetjeneste samt reformens begrunnelser og virkemidler.

## SÆRTREKK VED NORSK HELSETJENESTE

Grunnleggende karakteristika for norsk helsetjeneste er at den i alt vesentlig er offentlig eid og drevet, men delt i to adskilte beslutningslinjer for henholdsvis spesialisthelsetjenesten (staten) og primærhelsetjenesten (kommunene). I Norge omfatter primærhelsetjenesten allmennlegetjeneste, legevakt og akuttmedisinsk beredskap, forebyggende helsetjenester (0–20 år), jordmørtjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie, og sykehjem. Det er et skarpt skille i eierskap og ansvars-

fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten regulert av hvert sitt lovverk og styrings- og finansieringssystem. Skillet bidrar til å tydeliggjøre oppgavefordeling, men er utfordrende mht. kontinuitet og sømløshet i pasientbehandlingen. Ordet siloer er brukt som beskrivelse av helsetjenesten både på overordnet og lavt nivå.

Fastleger i Norge er kommunale, mens de i Sverige og Danmark er organisert på samme nivå som spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten i Norge er slik sterkt desentralisert, men er samlet sett velutbygd og på størrelse med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har en gjennomført portvaks- og koordinatorfunksjon. Den akuttmedisinske kjeden er bemannet av allmennleger i første ledd med en triage-<sup>2</sup> og behandlerfunksjon som er uvanlig i andre land.

## PRESENTASJON AV SAMHANDLINGSREFORMEN

St.meld. nr. 47 (2008–2009) beskrev fragmenterte tjenester, for lite forebygging og den demografiske utvikling som hovedutfordringene i norsk helse-tjeneste. Virkemidlene ble utformet og presentert i Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helseplan (2011–2015). Regelverket er blitt revidert og har lagt grunnlaget for overføring av et større ansvar til kommunene. De viktigste grepene har vært:

- Krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om utforming av retningslinjer og samarbeid
- Økonomiske insentiver i form av betaling for ventende utskrivningsklare pasienter og (frem til 1.1.2015) medfinansiering av opphold i sykehus
- Krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen

Faglig skulle det legges økt vekt på nasjonale veiledere og retningslinjer, beskrivelse og kvalitetssikring av gode pasientforløp, måling av kvalitet og styrking av helsetjenesteforskning. Myndighetene planlegger også økt bruk av IKT ved hjelp av sterkere statlig styring med innføringen.

Mer forebygging, bedre koordinerte tjenester, behandling nærmere der pasienter bor, og større brukermedvirkning har vært hovedmålene. Samhandlingsreformen er blitt beskrevet som en retningsreform, og av mange også som en primærhelsetjenestereform først og fremst.

### *Helhetlige pasientforløp*

Store konsern har gjerne flere verdikjeder. Helsetjenesten, som samlet er en av de største virksomhetene i samfunnet, har derimot bare én verdikjede, og det er pasientforløpet. Et pasientforløp starter med henvendelse til helsetje-

nesten for et problem. Førstekontakten er ofte fastlegen, som ved behov henviser til eller på andre måter involverer andre deler av helsetjenesten. Hver aktør eller helseperson som blir involvert, blir ansvarlig for å fullføre tildelte oppgaver. Deretter vil han eller hun overføre ansvaret for pasienten til neste aktør i samhandlingen. Informasjon går alltid foran. Dersom neste aktør ikke blir varslet eller gitt beskjed, stopper prosessen. Pasientforløpet er med andre ord informasjonsdrevet. Gjennomføring av pasientforløp beror på god koordinering og effektiv informasjonsflyt, og begrunnelsen for samhandlingsreformen er nettopp at denne type koordinering og informasjonsflyt ikke fungerer godt nok.

Konseptet pasientforløp stammer opprinnelig fra spesialisthelsetjenesten, ofte benevnt som behandlingslinjer (eng: *clinical pathways*, *critical pathways*, *integrated care pathways*). Ideen går tilbake til begynnelsen av 80-tallet i USA (Kinsman mfl. 2010), hvor spesielt den store sykehusorganisasjonen Kaiser Permanente har vist at det kan gi både bedre resultater og bedre ressursutnyttelse. Det er en metode hvor man med utgangspunkt i faglige retningslinjer for en pasientgruppe, gjerne en tilstand eller diagnose, utvikler en plan for et strukturert forløp for innleggelse og gjennomføring av behandling i sykehus. Helhetlige pasientforløp, som er et av hovedbegrepene i samhandlingsreformen, dukket opp i 2003 da man etter hvert innså at god koordinering av tjenestene også måtte omfatte primærhelsetjenesten, ev. før og etter sykehusbehandling (Røsstad mfl. 2013). Care coordination er den engelske termen som i litteraturen er nærmest betydningen av ordet samhandling på norsk i sammenheng med helsetjenester.

#### *Horisontal integrering og koordinering av tjenester*

Samhandlingsreformen har i virkemiddelbruken i stor grad forholdt seg til den vertikale samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten beskrives som fragmentert pga. inndelingen i spesialiteter og sub-spesialiteter. En større grad av funksjonsfordeling mellom sykehus har utfordret koordinering av tjenestene ytterligere. Gjennom «fritt sykehusvalg» og «pakkeforløp» er det tatt tak i den horisontale koordineringen i spesialisthelsetjenesten, i hovedsak med inspirasjon fra Danmark. Primærhelsetjenesten er først og fremst preget av en organisatorisk fragmentering der hver tjeneste representerer selvstendige resultatheter. De er ofte små og fysisk adskilt og uten overgripende faglig ledelse. Fragmenteringen her beskrives som alvorligere enn den man har i spesialisthelsetjenesten, fordi flertallet av pasientene her gjerne har flere kroniske sykdommer med behov for hjelp fra flere instanser samtidig.

### *Pasienter med kroniske sykdommer*

Den demografiske utviklingen fremover betyr først og fremst en vekst i antall eldre med kronisk sykdom med hjelpebehov pga. funksjonsnedsettelse. Det dreier seg i all hovedsak om multisyke pasienter som både trenger avansert medisinsk behandling og omfattende omsorgstjenester. Allerede går to tredjedeler av helsetjenestens utgifter med til denne gruppen, og den vil vokse. Det er internasjonalt utviklet flere modeller for organiseringen av helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Eksempler er «Chronic care model», «Hospital at home», og «Patient centered medical homes». Det er likheter mellom disse modellene og tiltak i samhandlingsreformen, men en helhetlig modell for helse- og omsorgstjenestene, som vektlegger tverrfaglig samarbeid som også inkluderer levering av spesialisthelsetjenester, har manglet i Norge. Nasjonale faglige retningslinjer både for tjenester og for behandling av multisyke pasienter er i tillegg fraværende. Det handler om hvordan man kan koordinere og integrere tjenestene til pasienter med de mest komplekse og største behov for helsetjenester.

### *Brukermedvirkning*

Større grad av brukermedvirkning er blitt flagget høyt i samhandlingsreformen. Bruk av IKT er tenkt som et sentralt virkemiddel på dette feltet. Dette er et krevende mål i den grad at mange pasienter på grunn av sykdommen eller behandlingen ofte blir kognitivt og motorisk redusert. Dessuten, jo sykere pasienter blir, jo mer komplekse blir både behovene og tjenestene som ytes. Det følger ikke bare med en byrde på grunn av de plagene og symptomene som sykdommene gir, men også en vesentlig behandlingsbyrde både for pasienten selv og pårørende dersom faglige retningslinjer utarbeidet for hver enkelt sykdom skal følges slik helsetjenesten forventer. Dette er i seg selv en viktig grunn til å involvere pasientene i beslutninger, men er så langt blitt viet liten oppmerksomhet. Økt brukermedvirkning er skjøvet frem i mange land (Martin 2008). Dette gjelder både pasienters medvirkning individuelt og på tjeneste- eller systemnivå (Austvoll-Dahlgren og Johansen 2013). Den nye helse- og omsorgsloven § 6 stiller krav om at brukererfaringer skal legges til grunn, og at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtaler mellom sykehus og kommuner. En utfordring i denne sammenhengen er økningen i antall bruker- og pasientorganisasjoner. De følger mønstret i den medisinske utviklingen av spesialiteter. Med en ny spesialitet følger ofte en ny pasientorganisasjon. De er også blitt mer politiserte (Vrangbæk, Rommetvedt og Opedal 2010).

### *Styrking av forebyggende arbeid*

Et av samhandlingsreformens hovedmål er å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Det som er nytt i samhandlingsreformen, er at folkehelsearbeid også blir direkte knyttet til pasientforløpet, ved at behov skal identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Målet skal være å redusere risikoen for funksjonstap og forverring av kronisk sykdom. Dette skal komme frem gjennom en bedre samhandling hvor vekt på pasientens egenmestring skal stå sentralt. Det siste hovedmomentet som trekkes frem, er at det skal benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak, og ressursene skal settes inn mest mulig målrettet mot der behovene og utfordringene er størst. Med denne begrunnelsen fremstår satsing på rehabilitering av eldre og kronisk syke som et sentralt tiltak, og i mange kommuner er dette kommet i gang. Ideer for hvordan det kan gjennomføres, har mange kommuner hentet fra Sverige og Danmark.

### *Bruk av virkemidler*

Sentralt i enhver reform står virkemiddelbruken. Norske myndigheter har i samhandlingsreformen beskrevet en bred bruk av virkemidler som har omfattet både organisatoriske, økonomiske og faglige tiltak, og ev. endringer i lov og regelverk for å kunne gjennomføre endringene (St.meld. nr. 16 (2010–2011)). Ordningen med krav om refusjon for utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som må vente på kommunalt tilbud, anvendes også i Danmark og Sverige. Til forskjell fra i Norge tar man der mer hensyn til pasientens helsetilstand og behov for planlegging i kommunen ved utskrivning.

Innføringen av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er et sentralt virkemiddel i reformen. Ideen er ikke ny, og er sterkt influert av de danske *sundhedsaftaler* (Rommetvedt mfl. 2014). Det norske avtalesystemet er imidlertid mer omfattende enn det danske (Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015). Avtalene skulle også støtte opp under målet om større grad av likeverdighet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, som i litteraturen ofte sees som forutsetning for å utvikle velfungerende partnerskap (Brinkerhoff 2002; Vangen og Huxham 2009).

### *Ny regjering og ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten*

Ved stortingsvalget i 2013 ble det et skifte fra et sosialistisk til et borgerlig flertall. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, er en av de første stortingsmeldingene om helsetjenesten som er bebudet. Samhandlingsreformen skal videreføres. Det man kan merke seg, er at regjeringen vil ta et tydeligere grep for å motvirke fragmenteringen av primærhelsetjenesten. Funn fra SPIS-prosjektet viser at fragmenteringen for

enkelte pasientgrupper har økt i første fase av samhandlingsreformen. Det er spesielt to tiltak som blir fremhevet. Faglig bredde ved legekantor og samarbeid med øvrige helsetjenester skal styrkes med mer bruk av team. Videre vil myndighetene styrke ledelse i primærhelsetjenesten gjennom utdanning og regulatoriske tiltak. En kommunereform med mål om færre og større kommuner er også under forberedelse og blir blant annet begrunnet med at primærhelsetjenestene skal bli mer robuste og at kommunene skal få flere oppgaver.

## **SAMHANDLINGSREFORMEN SOM TEMA FOR ORGANISASJONSFORSKNING**

Samhandlingsreformen føyer seg inn i en internasjonal trend med fokus på hvordan fragmentering i offentlig sektor kan møtes. Til grunn ligger en erkjennelse av at den eksisterende spesialiseringen ikke er egnet til å håndtere komplekse samfunnsmessige utfordringer (Læg Reid mfl. 2014:1). Uttrykk som «wicked problems» viser til områder der det er lite samsvar mellom problemenes egenart og eksisterende organisasjonskontekst, og som dermed krever nye former for samordning og kryssing av formelle grenser. «Wicked problems» har også det til felles at det verken finnes objektive kriterier for beste løsning eller muligheter for å avgjøre når problemet er løst (Vabø 2014:17). Samhandlingsreformen inngår slik som et eksempel på hvordan en fra myndighetenes side forsøker å løse «wicked problems» (i særlig grad knyttet til multisyke pasienter) gjennom ulike mekanismer som skal sikre økt sammenbinding og helhetstenkning.

Samhandlingsreformen omtaler de fleste typer organisatoriske utfordringer som spørsmål om samhandling – enten det dreier seg om behov for koblinger langs en tidslinje, mellom styringsnivå, fag eller på tvers av geografi. Dette er på ingen måte nye spørsmål eller utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Det nye er den sterke vekten som legges på samhandling i helsepolitikken (Melby og Tjora 2013:13).

De studiene som presenteres i dette temanummeret, tar alle utgangspunkt i samhandling som organisatorisk og styringsmessig utfordring, og har som mål å bidra til økt forståelse av betingelser for felles problemløsning på tvers av organisatoriske grenser. Selv om studienes kontekst er norsk helsetjeneste og en spesifikk reform, vil vi likevel hevde at problemstillingene har aktualitet og faglig relevans for organisasjonsforskningen i bredere forstand. Innen empirisk forskning og teoriutvikling har interessen og publiseringsaktiviteten for ulike former for (inter-) organisatorisk integrasjon økt sterkt de siste 10–20 årene. Begreper som *partnership*, *network*, *cooperation*, *collaboration* og *co-production* anvendes stadig oftere i internasjonal faglitteratur (se f.eks. de to første numrene av tidsskriftet *Public Manage-*

ment Review i 2014). Mye tyder på at de strukturelle forbildene knyttet til NPM med vekt på målstyring og selvstendige resultatenheter har bidratt til å forsterke behovet for nye former for samordning (Pollitt 2003; Torsteinsen 2012). Flere forfattere omtaler de nye tilnærmingene som post-NPM initiativ (Christensen og Læg Reid 2011), og våre bidrag kan gjerne plasseres som studier av denne type initiativ.

Samhandlingsreformen gir de iverksettende organer (spesialisthelsetjenesten og kommunene) stor frihet i hvordan de vil sørge for mer helhet og sammenheng i pasientomsorgen. De studiene som her presenteres, viser noe av det mangfoldet som kjennetegner iverksettingen. Mangfoldet viser seg både i et av de mest sentrale reforminstrumentene (avtaleinstituttet) og i de mer eksperimenterende forsøkene på å skape nye samhandlingsarenaer gjennom ulike former for prosjektsamarbeid. Noen av funnene kan synes å stå i motstrid til hverandre. Særlig gjelder det spørsmålet om hvorvidt reformen har ført til økt likeverd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Motstridende observasjoner kan forstås som et uttrykk for at samhandlingsreformen beveger seg i ulike retninger. En annen tolkning kan være at reformens betydning for relasjonene mellom aktører på ulike forvaltningsnivå er kontekstspesifikk og varierende. Ulik teoretisk informering og forskningsdesign kan også ha avdekket ulike sider ved både nye og mer etablerte kontaktflater. Samtidig må det understrekes at våre forskningsresultater skriver seg fra en tidlig fase i reformiverksettingen, og at funn og konklusjoner vil ha en foreløpig karakter.

#### *Presentasjon av enkeltbidrag*

I artikkelen *Strukturering av oppdragsnettverk – om samhandlingsreformens avtaleprosesser*, skrevet av Birgitte Ljunggren, Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven, analyserer forfatterne prosessen med å forhandle frem samarbeidsavtaler mellom norske kommuner og sykehus. I artikkelen utforskes struktureringen av interorganisatoriske oppdragsnettverk som ble etablert for å imøtekomme lovkravet om forpliktende samarbeidsavtaler. Avtaleforhandlingene skjer i en situasjon preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold. Artikkelen analyserer hvordan oppdragsnettverkene ble strukturert, og hva som påvirket nettverksstrukturen.

Artikkelen *Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene?*, skrevet av Åge Brekk og Ralf Kirchhoff, utforsker i hvilken grad det er samsvar mellom sentrale føringer som lå til grunn for pasient-/brukermedvirkning i samhandlingsreformens initiale fase, og hvordan brukermedvirkningen ble håndtert lokalt av helseforetak og kommuner. Hovedperspektivet er implementeringsteori sett opp mot normative og regulative begrunnelser for brukermedvirkning på systemnivå. I tillegg til organisasjonsteoretiske perspektiv

på implementering, samstyring og brukermedvirkning har artikkelforfatterne beskrevet empirien i et rettslig perspektiv.

Erna Håland og Tonje C. Osmundsen tar i artikkelen *Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold – samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten* utgangspunkt i utfordringene som er knyttet til at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten representerer ulike organisasjoner, eller ulike systemer, med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering, organisering og struktur. For pasienter som skal bevege seg frem og tilbake over disse organisatoriske grensene, kan dette være krevende. Bedre samhandling løftes i samhandlingsreformen frem som en løsning på dette problemet. I artikkelen undersøker forfatterne, basert på intervjuer med ulike aktører i tre ulike samhandlingstiltak, *hva som skal til for å etablere og vedlikeholde samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*.

I artikkelen *Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen*, skrevet av Janny Meese og Lars Magne Rønhovde, settes fokus på bruk av prosjektsamarbeid mellom kommuner som strategi i forbindelse med gjennomføringen av reformen. Prosjektet omhandler utvikling av diagnosebaserte pasientforløp. Studien analyserer manglende iverksetting av pasientforløpene i kommunene med utgangspunkt i teorier om kunnskapsutvikling og læring i organisasjoner.

Artikkelen *Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform*, skrevet av Turid Aarseth, Kari Bachmann, Ingunn Gjerde og Guri Skrove, tar utgangspunkt i kommunenes sentrale rolle i samhandlingsreformen. Begrepet *samhandlingskommunen* sammenfatter reformens forventninger til kommunene i relasjon til helseforetakene, kommuner imellom og internt i den enkelte kommune. Eksterne og interne relasjoner forstås i lys av ulike institusjonelle logikker, og artikkelen identifiserer to ulike utviklingsretninger i kommunene: desentralisert spesialisering og intern integrasjon i kombinasjon med sentralisering.

En samlet oversikt over artikler som ikke er nevnt, men som har gått ut fra SPIS-prosjektet, finnes på nettportalen [www.cristin.no](http://www.cristin.no) under prosjekter: <https://www.cristin.no/app/projects/show.jsf?id=450681>

## NOTER

- 1 Medfinansiering ble avvirket i den norske reformen f.o.m. 1.1.2015.
- 2 I *Concise Medical Dictionary* defineres triage som «a system whereby patients are evaluated and categorized according to the seriousness of their injuries or illnesses with a view to prioritizing treatment and other resources. In emergency situations it is designed to maximize the number of survivors» (Oxford University Press 2014).



## REFERANSER

- Austvoll-Dahlgren, A. og M. Johansen (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2): 225–230.
- Brinkerhoff, J.M. (2002). Government – Nonprofit partnership: A defining framework. *Public Administration and Development*, 22: 19–30.
- Christensen, T. og P. Læg Reid (red.) (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Farnham: Ashgate.
- Davies, P.G., D. Perkins, J. McDonald og A. Williams (2009). Integrated primary health care in Australia. *International Journal of Integrated Care*, 9: e95.
- Freeman, I. (2008). Partnership Working Towards Achieving National Outcomes: The Scottish and English Experiences. *Journal of Integrated Care*, 16 (5): 14–17.
- Helgesen, M.K. og G.S. Hansen (2014). Kommunalt handlingsrom etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17 (3): 41–53.
- Kinsman, L., T. Rotter, E. James, P. Snow og J. Willis (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8 (3). doi: 10.1186/1741-7015-8-31.
- Kirchhoff, R., A. Grimsmo og Å. Brekk (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18 (2): 125–141.
- Læg Reid, P., T. Randma-Liiv, L.H. Rykkja og K. Sarapuu (2014). Introduction: Emerging coordination Practices in European Public Management. I: P. Læg Reid mfl. (red.) *Organizing for Coordination in the Public Sector. Practices and Lessons from 12 European Countries*. Palgrave Macmillan.
- Martin, G.P. (2008). ‘Ordinary people only’: knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Social Health Illn*, 30 (1): 35–54. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01027.x.
- Melby, L. og A. Tjora (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: A. Tjora og L. Melby (red.) *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal.
- OECD. (2013a). Primary care and care co-ordination in Sweden *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013* (s. 51). OECD.
- OECD. (2013b). Primary care and integrated care in Denmark *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards* (s. 37). OECD.
- Osborne, S. (red.) (2010). *The New Public Governance*. Milton Park, UK: Routledge.
- Oxford University Press (2014). *Concise Medical Dictionary*. Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2003). *The Essential Public Manager*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Putnam, R. (1992). *Making Democracy Work. Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rommetvedt, H., S. Opedal, I.M. Stigen og K. Vrangbæk (red.). (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønhovde, L. (2012). Styring og evaluering gjennom instrumentell resultatkontroll. I: K. Tornes (red.) *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag, s. 257–278.
- Røsstad, T., H. Garåsen, A. Steinsbekk, O. Sletvold og A. Grimsmo (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13: 121. doi: 10.1186/1472-6963-13-121.
- St.meld. nr. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Torsteinsen, H. (red.) (2012). *Resultatkommunen. Reformert og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I: M. Vabø og S.I. Vabo (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vangen, S. og C. Huxham (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: E. Wilumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid* (s. 67–87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vrangbæk K, H. Rommetvedt og S. Opedal (2010). Patientorganisasjoner i Danmark og Norge: Karakteristika og strategier for interessevaretagelse. *Politica*, 42 (1): 90–108.

## FORFATTEROPPLYSNINGER

*Anders Grimsmo* er professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU. Cand. med. ved Det medisinske fakultet, NTNU i 1978. Dr. med ved Institutt for allmennmedisin, UIO i 1984. Hovedinteresser har vært forskning knyttet til egenomsorg, forebyggende arbeid, helsetjenester til utsatte grupper, samhandling og helseinformatikk. 25 års erfaring som fastlege og kommunelege i primærhelsetjenesten.

E-post: [Anders.Grimsmo@ntnu.no](mailto:Anders.Grimsmo@ntnu.no)

*Ralf Kircho* er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund. Han er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Generelle temaer av interesse er helse reformer, koordinerings-/implementeringsproblematikk og endringer i organisasjoner.

E-post: [Ralf.Kirchhoff@hials.no](mailto:Ralf.Kirchhoff@hials.no)

*Turid Aarseth* er førsteamanuensis i organisasjons- og ledelsesfag ved Høgskolen i Molde. Hun er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Faglige interesser er endringer i offentlig sektor og særlig profesjonenes rolle i politikktutforming og iverksettning.

E-post: [Turid.Aarseth@himolde.no](mailto:Turid.Aarseth@himolde.no)