

# Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold?

**SAMMENDRAG** Samhandlingsreformen stiller forventninger til at fastlegene i større grad skal integreres både horisontalt og vertikalt i helse-tjenesten. Med utgangspunkt i tre ulike perspektiver analyserer artikkelen hvorvidt disse forventninger er innfridd. Policyperspektivet, som tar utgangspunkt i analyser av policydokument og fastlegeforskriften, viser at reformen i liten grad har utfordret fastlegens selvstendige rolle i kommunen. Det nye avtalesystemet rommer heller ikke strukturer og mekanismer som sikrer vertikal og horisontal integrasjon. Kommuneperspektivet, som understøttes av intervjudata fra kommunale ledere på ulike nivåer, viser at det er krevende for den enkelte kommune å styre fastlegene via avtaleverket og forskrift om fastlegeordning i kommunene. Respondenter i vårt materiale viser mye velvilje og interesse for å utvikle samarbeidet med legetjenesten i tråd med samhandlingsreformens ambisjoner. Samtidig uttrykkes skuffelse over fastlegenes manglende involvering, og det synes langt på vei å være akseptert at fastlegene står «utenfor» den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fastlegeperspektivet, der vi har analysert svar fra fastleger i forbindelse med tilsyn, bekrefter bildet av fastlegene som noe distanserte i forhold til reformen og dens virkemidler.

## Nøkkelord

Fastleger, samhandlingsreformen, kommunehelse-tjeneste, samhandling

## ABSTRACT

### **The role of regular general practitioners in The Coordination Reform – a distance relationship?**

Expectations for regular General practitioners (GPs) stronger horizontal and vertical integration in The Norwegian Coordination Reform is relatively clear. Given three different perspectives, the article analyzes whether these expectations are met. The policy perspective, which is based on analysis of policy documents and changes in GPs regulation, shows that the reform has barely challenged GPs autonomous role in the municipality. The new service agreement system contains neither good structures nor mechanisms to ensure vertical and horizontal integration. The municipal perspective, supported by qualitative and quantitative data from municipalities, shows that it is difficult for the municipality to control GPs via service agreements and regulations. The respondents in our material show much willingness and interest to collaborate with GPs in line with the reform ambitions. At the same time they express disappointment over GPs lack of engagement, and it seems largely to be accepted that GPs' are "outside" the municipal health care system. The GP perspective, where we have analyzed data from GPs, matches the image of the GP's role with a certain distance to instruments in the reform.

## Key words

General practitioners, The Coordination Reform, primary care, integrated care

Ralf Kirchhoff

✉ rk@ntnu.no

Korresponderende forfatter.

Førsteamanuensis II  
Telefon: 93037991,  
Høgskolen i Molde,  
Avd. for økonomi og samfunnsvitenskap,  
Postboks 2110,  
6402 Molde

Linda Bøyum-Folkeseth

✉ Linda@himolde.no

Medforfatter.  
Høgskolelektor  
Høgskolen i Molde,  
Avd. for økonomi og samfunnsvitenskap,  
Postboks 2110,  
6402 Molde

Ingunn Gjerde

✉ Ingunn.Gjerde@himolde.no

Medforfatter.  
Amanuensis  
Høgskolen i Molde,  
Avd. for økonomi og samfunnsvitenskap,  
Postboks 2110,  
6402 Molde

Turid Aarseth

✉ Turid.Aarseth@himolde.no

Medforfatter.  
Førsteamanuensis,  
Høgskolen i Molde,  
Avd. for økonomi og samfunnsvitenskap

## Innledning

Samhandlingsreformens mål om bedre vertikal og horisontal samordning (St.meld. nr. 47, (2008–2009)) må antas å ha betydning for profesjonsutøvelse både i spesialist- og primærhelsetjenesten. I denne artikkelen vil vi belyse i hvilken grad reformen har involvert og påvirket fastlegenes rolle.<sup>1</sup>

Ved starten av 2016, fire år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, ser vi flere eksempler på at det stilles kritiske spørsmål ved fastlegenes rolle i arbeidet med å realisere målene om en mer helhetlig helsetjeneste. På den årlige helsekonferansen arrangert av Kommunenes organisasjon (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), pekte flere foredragsholdere på fastlegenes manglende integrering i kommunene som et problem (Nilsen, 2016). Samtidig reises en debatt om det er riktig at fastlegene skal motta penger for sykehjemspasienter de aldri ser (Askvik, 2016).

Vi ser denne type spørsmål som uttrykk for at det er behov for mer kunnskap om fastlegenes rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt og deres rolle i samhandlingsreformen spesielt. Det synes uklart hva som er reformskapte forventninger og erfaringer, og hva som er mer generelle trekk og styringsutfordringer knyttet til fastlegeordningen. Den nasjonale evalueringen av reformen (EVASAM) har i begrenset grad tatt opp spørsmål som direkte berører fastlegene, og i profesjonssammenheng er det utvilsomt sykepleierne og behovet for å øke sykepleiekompetansen i kommunene som har fått mest oppmerksomhet (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

Den velferdspolitiske tradisjon i Norge har vært preget av tillit til kunnskap og integrasjon mellom stat og profesjoner. Innen helsepolitikken har begrepet «profesjonsstaten» blitt brukt om den tette koblingen mellom legeprofesjonen og politikutforming på sentralt nivå (Erichsen, 1996a, s. 85). Fra 1980-tallet er det imidlertid desentraliseringsreformer med overføring av oppgaver og ansvar til kommunene som preger bildet. Kommunehelseloven i 1984 og kommunelovrevisjonen i 1994 inngår i en utviklingslinje der profesjoner frakobles statlige forvaltningsstrukturer og inngår i den «kommunale familie» med forventninger om horisontal koordinering og lokal tilpasning (Michelsen, Ramsdal & Aarseth, 2002, s.169; Ramsdal, Michelsen & Aarseth, 2002, s.185). Et annet sentralt utviklingstrekk er den kommunale friheten til å organisere og utvikle tjenestetilbudene. Denne friheten har også omfattet allmennlegetje-

nesten, som formelt sett ble et kommunalt ansvar i 1984. Den enkelte kommune kunne selv bestemme om den ville satse på fastlønnede leger eller leger med driftsavtale med kommunen.

Rammene for den kommunale styringen av allmennlegerressursen ble endret da fastlegeordningen ble innført i 2001. Ordningen var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, og selve innholdet fremgikk av forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2000-04-14-328). Forskriften regulerte pasientenes rettigheter, fastlegenes rettigheter og plikter, samt organiseringen i kommunen. Her ble det bl.a. åpnet for at kommunene kunne pålegge fastlegene offentlig legearbeid inntil 7,5 time per uke. Fastlegen var som hovedregel selvstendig næringsdrivende, og i 2008 gjaldt dette for 93 prosent av landets knapt 4000 fastleger (St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 89). I tillegg til reguleringer gjennom lov og forskrift inngikk et omfattende avtaleverk både i form av en rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening (DNLF) og en individuell avtale mellom kommunen og fastlegen. Når det gjelder finansieringsmodell for næringsdrivende fastlege, besto den i 2001 (på samme måte som i 2016) av et tilskudd fra kommunen for hver person på listen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og trygderefusjon for utført arbeid.

I en helsepolitisk styringstradisjon representerer fastlegeordningen en utvikling i retning av liberalisering og medikrativering (Berg, 2005, s 83). Liberaliseringen omhandler først og fremst legen som selvstendig næringsdrivende, men også visse elementer av valgfrihet gitt pasienters mulighet til å skifte lege to ganger i året. Samtidig bidrar henvisningsplikten og samarbeid på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten om undervisning og opplæring til å forsterke profesjonstilhørigheten (det medikratiske). Disse utviklingstrekkene gjorde fastlegene til private kontraktører i en avtalestyrt tjeneste – i god avstand fra de kommunale beslutningsprosesser. Sett på bakgrunn av 1984-reformens intensjoner om sterkere kommunalpolitisk styring av legetjenesten (Romøren, 1984, s 11), kan fastlegeordningen tolkes som et skritt i motsatt retning. Spørsmålet her er om samhandlingsreformen representerer nye veivalg?

Artikkelen har som mål å belyse fastlegenes rolle i samhandlingsreformen både utfra en helsepolitisk tradisjon og kommunen som kontekst for profesjonsutøvelse. Vi skiller mellom tre ulike perspektiver. *Policyperspektivet* plasserer fastlegene

i en styringstradisjon og omhandler hvilke forventninger samhandlingsreformen stiller til fastlegene. Kommuneperspektivet tar utgangspunkt i hvordan sentrale aktører i kommunene opplever fastlegenes rolle i reformarbeidet. Og endelig tar fastlegeperspektivet opp gruppens egne erfaringer med reformens utforming og iverksetting. Med basis i disse perspektivene har vi formulert to forskningsspørsmål:

1. Hvilke forventninger stilles til fastlegene i samhandlingsreformen?
2. Hva kjennetegner fastlegenes rolle og involvering i arbeidet med iverksetting av reformen?

### Metode og datagrunnlag

Artikkelens forskningsspørsmål belyses ved hjelp av «mixed methods» (Creswell, 2014), noe som innebærer at policy-, kommune- og fastlegeperspektivet forankres empirisk ved hjelp av forskjellige datakilder, metoder og tidsperioder (se tabell 1).

Policyperspektivet tar utgangspunkt i styringsdokument som beskriver fastlegenes tiltenkte rolle i samhandlingsreformen, og hvordan helsemyndigheter har koblet fastlegene til reformen gjennom lover, forskrifter og avtaler. Sentrale kilder er helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L, 2010–2011), samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), nasjonal veileder til kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og fastlegeforskriften (FOR-2012-08-29-842).

Kommuneperspektivet retter søkelyset mot hvordan sentrale aktører i kommunene opplever fastlegenes rolle i iverksettingen av samhandlingsreformen. Her bruker vi data fra 41 telefonintervjuer med rådmenn (i noen tilfeller assisterende rådmenn/kommunalsjefer) i 36 kommuner (ano-

nymisert). Intervjuene ble gjennomført i perioden 1.1 2013 til 31.10 2013. Videre inngår 31 dybdeintervjuer i 6 kommuner (anonymisert). I hver kommune ble det vår/høst 2014 gjennomført individuelle intervju med 4–7 strategisk valgte respondenter (se tabell 1).

Kommuneperspektivet omfatter i tillegg til intervjumaterialet, resultater fra en nasjonal survey (Ljunggren & Haugstvedt, 2014). Populasjonen er ledere innen helse- og omsorgstjenester i 428 kommuner samt 15 bydeler i Oslo. Surveyen ble gjennomført elektronisk i perioden 26. 11.–18.12. 2013. Responsraten var samlet sett 58 prosent (N=253), og frafallsanalysene avdekket ikke systematiske skjevheter (Ljunggren & Haugstvedt, 2014, s.11). To variabler er særlig relevante i vår sammenheng. De omhandler fastlegenes involvering i avtaleutforming, og om samarbeidsrutinene mellom helse- og omsorg og fastlegene har blitt bedre etter reformen. Resultatene er i analysen sammenholdt med kommunestørrelse (innbyggertall pr. 31.12.2013). Analysene av surveydataene<sup>2</sup> er gjennomført ved hjelp av dataprogrammet SPSS Statistics 22.

Datakilde for fastlegeperspektivet er i første rekke Helsetilsynets rapporter og tilsyn i 32 kommuner (inkludert to bydeler i Oslo kommune). Dataene dekker perioden høsten 2014 til og med 2015. Tilsynene omfattet i alt 423 fastleger, og av disse responderte 347, dvs. 82 prosent. Fastlegenes svar i tilsynsrapportene er ekstrahert og analysert ved hjelp av tekst-/innholdsanalyse (Neuendorf, 2002) og dataprogrammet NVivo 11. Svarene i tilsynsrapportene er sammenholdt med resultatene i Riksrevisjonens spørreundersøkelse om kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016).

Følgende oppstilling gir en samlet oversikt over datakilder som er brukt:

**Tabell 1.** Datagrunnlag sortert etter perspektiv og tidslinje.

Dekker perioden	Type perspektiv og datagrunnlag
2011–2012	Policyperspektiv. Dokumenter: Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), Lovproposisjon (Prop. 91 L (2010–2011)), nasjonal veileder til kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og fastlegeforskriften (FOR-2000-04-14-328 og FOR-2012-08-29-842).
2013	Kommuneperspektiv. Nasjonal survey blant kommunale helseledere (N=248). 41 telefonintervjuer på rådmannsnivå i 36 kommuner.
2014	Kommuneperspektiv. 31 dybdeintervjuer i 6 kommuner. Respondentene er enhetsledere for hjemmetjeneste og sykehjem, kommunelege, tildelingstjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut, kommunalsjef/ helsesjef/helse- og sosialsjef.
2014–2015	Fastlegeperspektiv. Rapporter fra tilsyn i 32 kommuner. Svar fra 347 fastleger (Lastet ned fra Helsetilsynets webportal januar 2016).

I Tabell 1 har vi lagt vekt på å sortere empirien i forhold til de tre analytiske perspektivene, men vi vil avslutningsvis peke på at flere av de samme empiriske observasjonene har relevans på tvers av perspektivene.

### Samhandlingsreformens forventninger til fastlegene

Det gikk 11 år fra fastlegeordningen ble iverksatt i 2001 til samhandlingsreformen ble innført i 2012. Fastlegeordningen er i hovedsak blitt vurdert som vellykket (Norges forskningsråd, 2006), og i forarbeider til den nye helse- og omsorgstjenesteloven legges det opp til å videreføre de grunnleggende strukturene ordningen bygger på (Prop. 91 (2010–2011), s. 248). De positive evalueringene synes imidlertid i større grad å være knyttet til argumentet om kvalitet og tilgjengelighet i legetjenesten enn til argumentet om kommunal styring og helhetlig tjenestetilbud. I arbeidet med samhandlingsreformen understrekes behovet for en reell kommunalisering av helsepolitikken – kommunene er pliktsubjektet – og en tydeliggjøring av at fastlegene er et kommunalt forankret tjenestetilbud. Målet blir å sikre mer aktiv kommunal styring av allmennlegetjenesten og en integrering av fastlegefunksjonen i det øvrige tjenestetilbudet i kommunen.

Regjeringen foreslo ulike tiltak for å styrke styringsmulighetene overfor fastlegene gjennom endring av forskrift og avtaleverk (St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 30). Samtidig ble det understreket at fastlegene har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter i forhold til forsvarlighetsprinsippet, og det har ikke vært et ønske at kommunen skal overstyre de medisinskfaglige vurderingene (Prop. 91 L (2010–2011), s. 249–250).

Det ble innført ny helse- og omsorgstjenestelov 1. januar 2012. Denne hjemler fastlegeordningen. Den tidligere fastlegeforskriften ble opphevet 1. januar 2013 og erstattet av en mer omfattende fastlegeforskrift (FOR-2012-08-29-842). Forskriften regulerer en del av det som tidligere ble omfattet av avtaleverket. Kommunens ansvar er tydeliggjort i forskriftens § 8. Det er kommunens ansvar både å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegen, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Listeansvaret fremgår klart i den nye forskriften. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig

koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Ved behov skal fastlegen kunne henvise listeinnbyggerne ikke bare til spesialisthelsetjeneste, men også til andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Fastlegene dekker som hovedregel alle allmennlegeoppgavene for innbyggerne.

Vurdert i et policyperspektiv vektlegger samhandlingsreformen fastlegenes viktige rolle i å sikre en mer helhetlig helsetjeneste. Tyngdepunktet er flyttet fra avtaleregulering til forskrift for å nå dette målet. Høringsinstansene var i hovedsak enige i de foreslåtte endringene, men DNLF var kritisk til en sterkere regulering gjennom lov/forskrift og mer ensidig kommunal styring (DNLF, 2011).

Et annet område der det stilles forventninger til fastlegenes rolle i samhandlingsreformen, gjelder utarbeidelse av retningslinjer for samarbeid mellom helseforetak og kommuner, slik det er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30). Fastleger har en sentral rolle ved henvisning og utskrivning av pasienter til og fra sykehus. Fra nasjonale helsemyndigheter har det vært et uttalt ønske at fastleger skulle involveres i arbeidet med lokale tjenesteavtaler mellom kommuner og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 s. 19).

Studier av innholdet i avtalene viser at kommuner og helseforetak brukte veilederen som rådgivende mal da de fremforhandlet tjenesteavtalene (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015). Samtidig er det funn som tyder på at en har vært mindre lydhøre når det gjelder involvering av fastlegene. En rapport bestilt av KS indikerer at bare noen få kommuner inkluderte fastlegene i arbeidet med tjenesteavtaler (Hals, 2012). Hvorvidt kommunene prøvde å få fastlegene involvert, fremgår ikke av denne rapporten, men en annen KS-finansiert forskningsrapport indikerer at man har prøvd, men ikke lykkes (Williksen, Bringedal, Snåre & Hall, 2014). Her ble det særlig pekt på viktigheten av at legene ikke skal føle at de taper på å være involvert (ibid., s. 35).

Samlet sett tyder policyanalysen på at helsemyndighetene har vektlagt den horisontale koblingen av fastlegene til samhandlingsreformen, det vil si integrasjon av fastlegene i den kommunale allmennlegetjenesten. Dette synliggjøres gjennom endringene i fastlegeforskriften (FOR-

2012-08-29-842) og de uttalte politiske ambisjonene (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Den vertikale integrasjonen, det vil si koblingen mellom helseforetak og fastlegen, er utydelig og indirekte, og mer som et ønske enn et krav om involvering. I noen kommuner synes økonomiske forhold å ha hatt betydning for manglende involvering av fastlegene i arbeidet med å utarbeide lokale tjensteavtaler (Williksen, Bringedal, Snåre, & Hall, 2014).

**Fastlegene som del av samhandlingskommunen?** Samhandlingsreformen uttrykker forventninger om at kommunene skal bli bedre i stand til å gi pasientene tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold (St.meld. 47 (2008-2009)). Uttrykket

«samhandlingskommunen» er brukt som en oppsummering og rendyrking av reformens forventninger til kommunene om å skape mer helhet i pasientomsorgen (Aarseth, Bachmann, Gjerde & Skrove, 2015, s. 110). Vi vil her belyse hvordan ulike kommunale aktører vurderer fastlegenes bidrag i arbeidet med å realisere samhandlingskommunen, og starter med funn fra en nasjonal survey blant kommunale helseledere.

#### *Samarbeidsrutiner og avtaleutforming*

På spørsmål om de opplevde at samarbeidsrutinene mellom fastlegene og helse- og omsorgstjenestene hadde blitt bedre som følge av samhandlingsreformen, svarer de kommunale helselederne slik:

**Tabell 2.** I hvor stor grad\* opplever du at samhandlingsreformen har ført til: Samarbeidsrutinene mellom helse- og omsorg og fastlegene i kommunen har blitt bedre. Etter innbyggertall. Prosent.

		Kommuner etter innbyggertall pr. 31.12.2013			Totalt
		små kommuner (0-4999)	mellomstore kommuner (5000-19 999)	store kommuner (20 000 og flere)	
	I liten grad	21	23	38	24
	Til en viss grad	32	39	34	35
	I stor grad	46	39	28	41
Totalt		100 %	100 %	100 %	100 %
N=		121	88	32	241

\*Verdiene på den opprinnelige Likert-skalaen gikk fra 1-5 og er omkodet til 3 verdier. Svaralternativene 1 og 2 er slått sammen («i liten grad»), 3 («til en viss grad») er beholdt, og 4 og 5 er slått sammen til «i stor grad». Samme omkodning gjelder Tabell 3.

Tabell 2 viser at 41 prosent av helselederne opplever stor grad av bedring i samarbeidsrutinene knappe to år etter at reformen ble innført. Samtidig viser svarene at det er forskjell mellom erfaringene i små og store kommuner: 46 prosent i de små kommunene mot 28 prosent i de store opplever stor grad av bedring. En toveis samvariasjonsanalyse (bivariat) mellom kommunestørrelse og hvordan samarbeidsrutinene mellom helse- og omsorg og fastlegene i kommunen oppleves av våre respondenter, viser en svak negativ korrelasjon ( $r = -.126$ ,  $p < .026$ ,  $N=241$ ), m.a.o. at situasjonen vurderes noe bedre i små kommuner.

Om en slår sammen «i liten grad» og «til en viss grad», opplever 59 prosent ingen store endringer når det gjelder rutiner for samarbeid. Slik sett teg-

ner svarene totalt sett et bilde av stabilitet eller bedring når det gjelder samarbeidsrutiner der fastlegene er involvert.

Her er det imidlertid på sin plass med en kritisk merknad til responskalaen som ble brukt. En skala med kun positive graderinger ga ikke respondentene mulighet til å svare negativt. Skalaen mangler også et nøytralt midtpunkt. Samtidig er det lite frafall i svar på dette spørsmålet, og det er heller ikke kommet tilbakemeldinger om at respondentene hadde problemer med å plassere sine erfaringer i de gitte svarkategoriene.

De kommunale helselederne fikk også spørsmål om fastlegenes deltakelse i utformingen av samarbeidsavtalene:

**Tabell 3.** I hvilken grad gjaldt følgende i avtaleforhandlingene i forbindelse med samhandlingsreformen: Fastlegene ble inkludert i utformingen av avtalene. Etter innbyggertall. Prosent.

		Kommuner etter innbyggertall pr. 31.12.2013			Totalt
		små kommuner (0–4999)	mellomstore kommuner (5000–19 999)	store kommuner (20 000 og flere)	
	I liten grad	34	48	40	40
	Til en viss grad	41	37	48	40
	I stor grad	25	15	12	19
Totalt		100 %	100 %	100 %	100 %
N=		71	60	25	156

Tabell 3 viser at 80 prosent av helselederne mener at fastlegene i begrenset grad (svaralternativene 1 og 2 slått sammen) ble inkludert i utformingen av avtalene. Også her er det en viss forskjell med bakgrunn i kommunestørrelse. Mens 25 prosent av respondentene i små kommuner i stor grad har inkludert fastlegene i utformingen av avtalene, er tilsvarende andel 12 prosent i store kommuner. Også her finner vi en svak negativ korrelasjon mellom variablene ( $r = -.133, p < .049, N=156$ ). Det vil si at det er en svak sammenheng mellom kommunestørrelse og graden av fastlegenes inkludering i utformingen av lokale avtaler, m.a.o. små kommuner har en tendens til å inkludere fastleger i noe større grad enn store kommuner.

Nærmere 100 av respondentene har latt være å svare på dette spørsmålet, noe som kan tolkes som en viss distanse til spørsmål om involvering av fastleger i avtaleutforming.

#### *Fastlegene – en integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten?*

Fastlegereformen i 2001 kan sies å ha koblet legetjenesten til pasientene (gjennom lister) og ellers styrket legenes frie stilling i kommunen innen rammen av sentrale avtaler og privat næringsvirksomhet. Samhandlingsreformen og den nye forskriften åpner for å flytte beslutningsmakt fra sentrale forhandlinger til den enkelte kommune. I dette avsnittet vil vi med utgangspunkt i telefon- og dybdeintervjuer blant ledere og potensielle samarbeidspartnere på kommunenivå belyse hvordan fastlegene fremstår innad i det vi omtaler som samhandlingskommunen: Bidrar fastlegene til å realisere samhandlingsreformens ambisjoner når det gjelder internt samarbeid?

Legetjenesten omtales gjennomgående som helt sentral i iverksettingen av samhandlingsreformen, og mange beskriver samarbeidet med fastlegene som godt: «Vi er heldige som har et bra legekontor (...) De er lette å samarbeide med» (enhetsleder i

hjemmetjenesten). Men samarbeidet er individuelt basert. Strukturelt er det mer problematisk: «Legetjenesten er ikke så tett koblet, men de er flinke til å samarbeide» (soneleder i hjemmetjenesten). «Bra interesse fra legenes side, selv om det alltid er en utfordring med den private og offentlige mixen i slike stillinger» (rådmann).

Det oppleves som et problem at fastlegene ikke definerer seg som en del av den kommunale organisasjonen. Deres fokus er i hovedsak rettet mot enkeltpasienter, slik det kommer til uttrykk i følgende sitater: «Legene oppfatter seg ikke som en del av kommunen. De har ikke endret praksis. De tenker bare ut fra pasientens ståsted. Kommunen har ikke innflytelse over deres beslutninger, som innleggelse f.eks.» (leder for tildelingsenhet). «Det samarbeides godt internt i kommunen, men samarbeidet med fastlegene varierer. Det fungerer best i forhold til enkeltpasienter. Har prøvd å etablere et samarbeid om å lage faste rutiner (...), men det har vært vanskelig å få til» (rådmann). Flere respondenter trekker inn betydning av kommunestørrelse. Det ser ut til at samarbeidet fungerer best i de mindre kommunene, der en kjenner hverandre og vet hvem en skal ta kontakt med.

Sett fra legenes side er pasientfokus naturlig og nødvendig: «Må ha fokus på pasienten, synes det formelle kan gå litt for langt» (kommunelege). «Opplever at samarbeidet internt i kommunen er godt, men er ikke så opptatt av prosedyrer» (kommunelege). En lege i kombinasjonsstilling uttrykte en viss distanse til kommunen som organisasjon: «Vi er private, vi føler oss ikke som en del av kommunens organisasjon. Vi forholder oss selvsagt til den, men har ikke noen særlige synspunkt på den» (kommunelege/fastlege).

Kommunene er avhengige av en god dialog med legetjenestene: «Både makten og fagligheten ligger hos legetjenesten» (rådmann). Noen gir uttrykk for visse ambisjoner om styring og kontroll på kommunens vegne: «Vi har et godt samarbeid med

legene, men lar dem ikke bestemme for mye (helse- og sosialsjef). Men mulighetene for innordning av legene i «den kommunale familie» er begrenset, og man innser at det er vanskelig å få til: «Vi kan styre fastlegene gjennom den helsetjenesten de er pålagt. Vanskelig å administrere dette. Vanskelig for kommunen å komme inn med initiativ» (rådmann).

Å få legene med på møter og i planleggingsprosesser oppleves som problematisk: «Legetjenesten er sentral, men det er vanskelig å få møtetid hos fastlegene. Dette er en begrensende faktor» (rådmann). «Vi vil ha legene involvert i kommunens virksomhetsplan (...) Må få fastlegene mer med i arbeidet» (rådmann). I noen kommuner preges situasjonen av rekrutteringsproblemer og manglende stabilitet: «Helt fraværende fastlegesarbeid fordi man bare har hatt vikarer, og de må bruke den tiden de har på pasientene» (rådmann).

#### **Fastlegenes rolle i samarbeid om pasientforløp**

Utvikling av helhetlige pasientforløp er et sentralt grep i samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008–2009)). Begrepet pasientforløp stammer opprinnelig fra spesialisthelsetjenesten, ofte benevnt som behandlingslinjer. Helhetlige pasientforløp, slik det er brukt i reformen, dukket opp i 2003 da man erkjente at god koordinering av tjenestene også måtte omfatte primærhelsetjenesten (Røsstad, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013).

Helhetlige pasientforløp kan utformes på ulike måter, både diagnosebaserte og generelle (Grimsmo, Løhre, Røsstad, Gjerde, Heiberg & Steinsbekk, 2016). I våre case-kommuner var det erfaringer med begge deler. Respondentenes erfaringer tyder på at grad av fastlegeinvolvering avhenger av type forløp. Særlig oppleves det som vanskelig å få engasjert fastlegene i forløp som ikke har noe eksakt start- og slutt punkt. Her ligger initiativet hos fastlegene til å koble pasientene på forløpet. Fastlegene skulle ta det opp med sine pasienter om det var greit at det ble utvekslet informasjon og at det ble utarbeidet en behandlingsplan. Flere respondenter uttrykker skuffelse over legenes manglende involvering: «Synes ikke legene er gode nok til å følge opp forløpene. Er skuffet over legene, f.eks. når de får KOLS-pasienter, blir de ikke koblet på forløpet. Vi kunne ha fanget dem opp tidligere, gjort mer forebygging om de var koblet på forløpet» (leder av tildelingsenhet). «KOLS-forløpet bestemte vi å ta i bruk, men

der har vi ikke lykket med å få med legene, og det er gjengs for de fleste kommuner egentlig» (avdelingsleder sykehjem).

Generelle forløp ser ut til å fungere bedre. Her er utgangspunktet hva pasientene har behov for av tjenester når de kommer hjem fra sykehus. Legetjenesten blir påkoblet ved at pasientene f.eks. skal ha legetime innen 14 dager etter hjemkomst. Denne type sammenbinding av deltjenester krever ikke at legen tar initiativ, men får en avgrenset og tidsspesifikk bestilling. Selv om samarbeidet her synes beskjedent i omfang, er det tydelig at det verdsettes:

«Samhandlingen mellom legetjenesten og hjemmesykepleien har blitt annerledes. Regner med at det handler om helhetlige pasientforløp, at vi er blitt mer koordinert» (enhetsleder helse- og familieenhet). «Jeg tror det er blitt enklere for pasienten, får mer systematisk oppfølging. Det er noen som holder en rød tråd, bl.a. med legebesøk etter sykehus osv. Her var det ikke automatikk før, men nå sørger systemet for at alle får det samme tilbudet» (rådmann).

#### **Mer eller mindre distansert**

Materialet fra telefon- og dybdeintervjuer tyder samlet sett på at samhandlingsreformens intensjoner om økt kommunal integrering og styring av fastlegene, i liten grad er realisert. Slik sett synes situasjonsbeskrivelsene stort sett å være i samsvar med den som begrunnet endringene i fastlegeforskriften som ledd i arbeidet med samhandlingsreformen. Det samme bildet bekreftes i primærhelsemeldingen som ble lagt frem i 2014 (Meld. St. 26 (2014–2015)). Meldingen peker på at fastlegene i varierende grad ser seg selv som ytere av kommunale tjenester, og at kommunene heller ikke regner fastlegene som innsatsfaktorer i den kommunale tjenesteytelsen (ibid., s.31). Samtidig vil vi hevde at det er grunn til å nyansere bildet, da intervjumaterialet både viser variasjon mellom kommuner og mellom ulike måter å organisere samarbeid (f.eks. ulike pasientforløp). Særlig finner vi flere eksempler på at det samarbeides godt og fleksibelt i små kommuner, noe som også er i overensstemmelse med funn i den nasjonale surveyen.

Svarene viser at det er vanskelig å etablere forpliktende systemer, men der en har små, stabile og

oversiktlige forhold, fungerer samarbeidet godt på flere områder. Trekk ved arbeidshverdagen kan være en nøkkel til å forstå både hvorfor det er vanskelig å integrere fastlegene i samhandlingskommunen, og hvorfor en likevel et stykke på veg lykkes i små kommuner. Hverdagen består i å håndtere en strøm av pasienter med ulike helsemessige behov innen rammen av en åtte timers arbeidsdag. Møter, særlig hvis en må dra fra kontoret, river opp flyten i arbeidsdagen, og som regel fører slike avbrudd også til økonomisk tap. Det er grunn til å anta at tidstapet er mindre i små kommuner der legene gjerne er samlokalisert med annet kjernepersonell i kommunenes helse- og omsorgstjenester. I tillegg vil oversikt og kjennskap til hverandre kunne redusere behovet for formelle møter og fastlagte rutiner.

Men på tross av nyanseringer med bakgrunn i kommunestørrelse, er totalbildet like fullt at fastlegene fremstår som distanserte og reaktive i arbeidet med å realisere intensjonene om horisontal integrering og koordinering av helsetjenester.

#### *Fastlegenes vurderinger av egen rolle og involvering - horisontalt og vertikalt*

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn høsten 2014 og 2015 tok utgangspunkt i samhandlingsproblematikk ved utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenestene til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilsynene var hovedsakelig rettet mot mellomstore og store kommuner, og de inngår som en del av planlagt tilsynsvirksomhet i regi av fylkesmannen etter oppdrag fra Statens helsetilsyn. Tilsynet har omfattet spesialisthelsetjenestens og helse- og omsorgstjenestens samhandling med fastlegene. Det har imidlertid ikke vært ført tilsyn med virksomheten til den enkelte fastlege som sådan. Som en del av dette arbeidet har Helsetilsynet representert ved fylkesmennene undersøkt hvilke erfaringer pasienter og deres fastleger har med informasjon og medvirkning knyttet til utskrivning fra sykehuset og mottak i hjemmet. Fastlegenes vurderinger slik de er gjengitt i tilsynsrapportene, danner utgangspunkt for vår analyse. I presentasjonen har vi lagt vekt på å gjengi kun de funn som fremkommer oftest i tilsynsrapportene, og som er relevante for våre forskningsspørsmål.

**Tabell 4.** Fastlegers vurdering av samhandlingsproblematikk mellom kommune, sykehus og fastlege\*.

<p>Tilbakemeldingene fra fastlegene var i stor grad positive hva gjelder samhandling med kommunen.</p> <p>Flere fastleger opplever forsinket/mangelfull informasjon fra sykehuset i forbindelse med utskrivning som et særlig risikoområde.</p> <p>Relativt få fastleger har vært involvert i etableringen/ utviklingen/gjennomgangen av retningslinjene for samarbeid ved innleggelse og utskrivning av pasienter.</p> <p>Mange fastleger opplyser at de ikke hadde fått informasjon fra kommunen om samarbeidsavtalene og retningslinjene for samarbeid mellom sykehus og kommune for innleggelse/utskrivning.</p>
--

\*Se [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) for fullstendige rapporter.

Hovedbildet i rapportene er at de fleste fastleger opplever samarbeidet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene som positivt. Imidlertid skorter det på informasjon fra kommunene om endringer i nye samarbeidsrutiner, og kun et fåtall fastleger har vært involvert i utarbeidelse eller revisjon av tjenesteavtaler. Slik sett bekrefter tilsynsrapportene i stor grad funn i den nasjonale surveyen og intervju materialet.

Tilsynet omfattet kun 7 prosent av landets kommuner, noe som innebærer at man må være varsom i tolkningen og generaliseringen av resultatene. I tillegg til usikkerhet rundt representativitet kan det også stilles spørsmål ved om datamaterialet er påvirket av selve tilsynskonteksten. Det er vanske-

lig å vurdere om og eventuelt hvordan dette har påvirket innholdet i svarene. Samtidig vil vi hevde at validiteten styrkes av forankringen i konkrete pasienthistorier.

Samlet sett er det et tidsspenn på vel 1 ½ års mellom de ulike og uavhengige datainnsamlingene. Det er lite som tyder på at integrasjonen av fastlegene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt særlig bedre i løpet av denne perioden. Også Riksrevisjonens spørreundersøkelse, som ble gjennomført blant et utvalg fastleger i perioden mai-juni 2015, viser at fastlegene i liten grad eller ikke i det hele tatt (70 prosent) var involvert i arbeidet med samarbeidsavtalene (Riksrevisjonen, 2016, s. 73).



### Drøfting og konklusjon

Samhandlingsreformen innebar både forventninger om økt kommunal styring og integrasjon av fastlegene, samt forventninger om å styrke fastlegenes vertikale relasjon til spesialisthelsetjenesten.

Sett i lys av *policyperspektivet* kan det synes som om virkemidlene i reformen i liten grad har utfordret fastlegens rolle som fristilt privat kontraktør, slik ordningen fra 2001 la grunnlaget for. Nasjonale helsemyndigheter har uttrykt et ønske om at fastleger burde involveres i utviklingen av lokale samarbeids-/tjenesteavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), men det er lite som tyder på at fastlegene i vesentlig grad er blitt trukket inn i dette arbeidet (jfr. tabell 2 og 3). Mange fastleger har heller ikke kjennskap til disse avtalene (jfr. tabell 4), noe som også bekreftes av Riksrevisjonens funn (Riksrevisjonen, 2016).

Samlet sett kan det synes som om selve tjeneste- og samarbeidsavtalesystemet har vært lite egnet når det gjelder å integrere fastlegene. Det nåværende avtalesystem rommer i liten grad strukturer og mekanismer som sikrer vertikal og horisontal integrasjon. Fastlegene er ikke part i dette avtalesystemet, og det er grunn til å anta at involvering er en forutsetning for at fastleger kan få et eierskap til samarbeidsrutinene mellom helseforetak og kommune.

*Kommuneperspektivet* representerer en forlengelse av *policyperspektivet* ved at en her får synliggjort begrensninger i lokal styring av legeressursene. Siden fastlegetjenesten stort sett består av selvstendig næringsdrivende leger, kan det være krevende for den enkelte kommune å styre via avtaleverket og forskrift. Dette fordrer at kommunen har kompetanse til å styre fastlegene i egen kommune, samt har avklart behovet for fastlegenes involvering i det kommunale helse-systemet. Det er kommunen som er nærmest til å vurdere hvilke allmennlegeoppgaver kommunen til enhver tid har behov for å få løst. En arbeidshypotese vil være at mange kommuner, før og etter reformen, ikke har foretatt en slik behovsanalyse. En annen mulig forklaring kan være den økonomiske situasjonen i den enkelte kommune, gitt at kommunen må dekke fastlegens kostnader i forbindelse med møter som ikke inngår i 7,5 timersregelen (jfr. FOR-2012-08-29-842).

I intervjuene med fastlegenes lokale samarbeidspartnere kommer det frem både mye velvilje og interesse for å utvikle samarbeidet med legetjenesten i tråd med samhandlingsreformens ambi-

sjoner. Samtidig uttrykkes skuffelse over legenes manglende involvering, og det synes langt på vei å være akseptert at legene står utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, her omtalt som «den kommunale familie». Men likevel, særlig i de små kommunene, gis det eksempler på godt samarbeid med fastlegene. Vi har trukket frem betydningen av fysisk nærhet og personlig kjennskap som en mulig forklaring på at samarbeidsforventninger kan forenes med legenes individorienterte arbeidshverdag. En slik tolkning har støtte i en forskningsrapport, som viser at tradisjoner for samarbeid er ulik i småkommuner, sammenlignet med store bykommuner (Paulsen, Lippestad & Johnsen, 2010). Eksempelvis kan faste samarbeidsmøter som involverer alle fastlegene, være enklere å få til i småkommunene, hvor fagfolk er tettere på hverandre og det kan være lettere å holde oversikt (Gaski & Abelsen, 2013).

På tross av en viss nyansering med bakgrunn i kommunestørrelse, er hovedbildet preget av at den stramme tidsstyringen kombinert med en reaktiv og individuelt orientert arbeidsform, hindrer mer kontinuerlig samarbeid om felles pasienter og oppgaver.

*Fastlegeperspektivet* er samlet sett det som er svakest representert i vårt materiale, og her etterlyser vi flere studier av fastlegenes egne erfaringer og vurderinger av sin rolle i samhandlingsreformen. Svarene i forbindelse med tilsynsrapportene samsvarer imidlertid godt med bildet av en legerolle med en viss avstand til samhandlingsreformen, slik vi har fått det bekreftet gjennom de to andre perspektivene. Også sett fra dette perspektivet, fremstår kapasitetsspørsmål som en sentral variabel. Mange fastleger opplever å ha stor og økende arbeidsbelastning, og må i en hektisk arbeidshverdag prioritere mellom pasientnære og administrative oppgaver (Aasland & Rosta, 2011). De kan ha arbeidsgiveransvar for andre enn seg selv, og må ivareta personal- og forvaltningsmessige oppgaver i tillegg til å holde tritt med ny teknologi, behandlingsmetoder og krav til dokumentasjon. Slik sett påhviler det også et ansvar på myndighetene og den enkelte kommune når det gjelder å forvalte en formålsrasjonell bruk av fastlegenes kompetanse og ressurser i allmennlegetjenesten.

Det samlede bildet er rimelig konsistent på tvers av våre tre perspektiver og ulike datakilder: mangel på samsvar mellom forventninger og erfaringer både når det gjelder horisontal og vertikal

integrasjon av fastlegene i arbeidet med samhandlingsreformen. Det kan være på sin plass å minne om ambisjonene i kommunehelseoven fra 1984. Romøren sier følgende: «Den er et radikalt og dristig forsøk på å gi lokalforvaltningen hovedansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon. Den gir mulighet til å samordne helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnene bedre. Og den gir mulighet til å skape en bedre balanse i hele vårt helsevesen» (Romøren, 1984, s. 12). Vår policyanalyse tyder på at disse ambisjonene ble kraftig dempet gjennom fastlegeordningen fra 2001. Riktignok har det skjedd en desentralisering gjennom det Erichsen omtaler som «profesjonsstatens sammenbrudd» (Erichsen, 1996b, s. 86). Men selv om legene har flyttet ut av staten, er det lite i vårt materiale som tyder på at allmennlegene har flyttet inn i kommunen. Primærhelsemeldingens forslag om å etablere primærhelseteam kan i denne sammenheng tolkes som en strategi for å skaffe fastlegen sin egen lokale familie (Meld. St. 26 (2014–2015), s. 50–55).

### *Veien videre*

Gitt den demografiske utviklingen med vekst i antall eldre med flere kroniske sykdommer, er det grunn til å tro at presset på å kunne koordinere og integrere tjenester til pasienter med sammensatte behov for helsetjenester, vil øke. Fastlegene kan neppe unndra seg dette presset. Deres «trumfkort» knyttet til fornøyde pasienter og effektiv ressursbruk, kan vise seg å bli mer diskutabelt i tiden som kommer. I noen fylker registrerer pasientombudet at flere pasienter klager på sin fastlege (Pettersen & Njåstad, 2016). Diskusjonen rundt finansiering av sykehjemsleger tyder også på at fastlegenes autonomi problematiseres på nye måter.

Hva vil kunne skje om styringspresset på fastleger og krav om involvering skrues opp? Erfaringer fra Danmark, som har vært gjennom en lignende reform (strukturen i 2007) som Norge, viser en økende misnøye blant fastleger (leger som er tilknyttet «almen praksis» i Danmark, benevnes «praktiserende læger»). Praktiserende leger i Danmark har siden 2012 vært utsatt for et sterkt styringspress gjennom økt lovstyring, som igjen har resultert i en rekke konflikter mellom leger og myndigheter på regionsnivå (de Boer, 2015). Konfliktene i Danmark har påvirket søkningen til utdanningsstillinger i negativ retning, og det er blitt en del ubesatte stillinger (ibid., s. 13).

Relativt nye løsningsalternativer for å håndtere fastlegenes vertikale og horisontale integrasjons-

utfordringer, kan man finne i primærhelsemeldingen (Meld.St. 26 (2014–2015)). Her er fokuset blant annet på organisering i tverrfaglige team, ledelse, endring i finansiering, kompetanse, behandlingslinjer og digitale verktøy. Forslagene i primærhelsemeldingen følger i stor grad utviklingstrenden i andre land som f.eks. Danmark og Sverige (Kjellberg, Sørensen, Hansen, Andersen, Avnstrøm & Borgstrøm, 2007). Sett på bakgrunn av norske fastlegers distanserte forhold til samhandlingsreformen, kan det stilles flere spørsmål om hvordan de nye forslagene vil påvirke vilkårene for fastlegenes profesjonsutøvelse. Etablering av primærhelseteam, som foreslås i primærhelsemeldingen (Meld.St. 26 (2014–2015), s. 50–55), må antas å øke bredden i kompetanse og evnen til å ivareta sammensatte behov i pasientgruppene. Samtidig vil en slik endring kunne føre til at den interne kompleksiteten og samordningskostnadene vil øke. Det synes også uklart om en vil bli bedre i stand til å ivareta eksterne samarbeidsutfordringer, f.eks. med pleie- og omsorgssektoren. I Danmark er det kommet forslag om å bruke finansielle virkemidler for å få legene til å ta koordineringsansvar (være «tovholder») overfor kronikere med sammensatte behov (Bjerg, 2007). «Lægerne skal føle at de får noget ut av det» (ibid., s. 6). Denne type honorering kan passe godt til privat næringsvirksomhet som er grunnmodellen i den norske fastlegeordningen. Samtidig vil en differensiering og ulik prissetting av pasientgrupper sette ordningen med listeansvar og valgfrihet blant pasientene i spill.

I tillegg til de spørsmål som her er nevnt, vil vi anta at ulikheter i fastlegers henvisningspraksis og økning i antall flyktningpasienter vil prege debatten om primærhelsetjenesten i tiden fremover. Som forskere er vi nok noe overrasket over hvor liten oppmerksomhet fastlegeordningen har vært viet både i utforming og iverksetting av samhandlingsreformen. Det gjelder også den nasjonale evalueringen av reformen.

### **NOTER**

1. Vi vil takke fagfeller og kollegaer fra SPIS-prosjektet (Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen) for konstruktive kommentarer.
2. Både den nasjonale surveyen og intervjuundersøkelsen inngår i forskningsprosjektet SPIS som er en del av EVASAM, se Grimsmo, Kirchoff & Aarseth, 2015.

**LITTERATUR**

- Askvik, K. (2016, 4. februar). Vil ha fastlegepenger over til sykehjemmene. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/04/vil-ha-fastlege-penger-over-til-sykehjemmene/>
- Berg, O. (2005). *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Den norske lægeforening. Tidsskriftets skriftserie.
- Bjerg, T. (2007). Fremtidens Almen Praksis. Hentet fra: [http://www.regioner.dk/publikationer/sundhed+og+sygehuse/~/\\_/media/B017D53CoF974FC88A367DD3DB3B95A4.ashx](http://www.regioner.dk/publikationer/sundhed+og+sygehuse/~/_/media/B017D53CoF974FC88A367DD3DB3B95A4.ashx)
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design* (4. utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Den norske legeforening. (2011, 18. januar). Legeforeningens høringsuttalelse om gjennomføring av samhandlingsreformen. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/Legeforeningens-horingsuttalelser/2011/legeforeningens-horingsuttalelse-om-gjennomforing-av-samhandlingsreformen/>
- de Boer, Y. K. (2015). Dansk almen praksis 2015: Levedygtig og i krise. *Tidsskrift för svensk förening för allmänmedicin*, 36(2), 12-13.
- Erichsen, V. (1996a). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Erichsen, V. (1996b). Reformen i helsetjenesten: «Profesjonsstatens» sammenbrudd? I Lian, O.L.(red.) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>.
- FOR-2000-04-14-328 Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Opphevet.
- Gabrielsen, B. (2006). *Hos legen. Primærhelsetjenesten 1986–2005*. Statistisk sentralbyrå: Oslo.
- Gaski, M. & Abelsen, B. (2013). Kartlegging av samarbeidsmodeller i legetjenesten. Alta: Norut Alta Rapport 2013:5.
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp - gjennomføring i primærhelsetjenesten, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2).
- Grimsmo, A., Kirchoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12.
- Hals, K. (2012). Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase. Kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/foretak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A., & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125-141.
- Kjellberg, J., Sørensen, J., Hansen, J., Andersen, S., Avnstrøm, L., & Borgstrøm, L. (2007). Almen praksis som koordinator – en international belysning. Dansk Sundhedsinstitut: DSI rapport 2007.02.
- Ljunggren, B., & Haugset, A. S. (2014). Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013. Trondheim: Trøndelag Forskning og Utvikling. LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Meld.St.26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet
- Michelsen, S., Ramsdal, H. & Aarseth, T. (2002). «Kommunal organisering og posisjonering av profesjonane». I Offerdal og Bukve (red.): *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*, s. 169-184. Oslo: Samlaget.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nilsen, L. (2016, 25. januar). Samhandlingsreformen - må integrere fastlegene mer. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/25/-ma-integrere-fastlegene-mer/>
- Norges Forskningsråd (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Paulsen, B., Lippestad, J. & Johnsen, R. (2010). Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Trondheim: SINTEF Rapport A16806.
- Pettersen, E., & Njåstad, M. (2016, 15.02). Fleire pasienter klagar på fastlegen sin. NRK Hordaland. Hentet fra: <http://www.nrk.no/hordaland/fleire-pasienter-klagar-pa-fastlegen-sin-1.12803881>

- Prop.91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Ramsdal, H., Michelsen, S. & Aarseth, T. (2002). «Profesjonar, stat og lokalstyre. Om kommunen som iverksetter av statlege velferdsreformer». I Offerdal og Bukve (red.): *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*, s. 185–209. Oslo: Samlaget.
- Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helse-tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Riksrevisjonen.
- Romøren, T. I. (1984). *Legemakt og samfunnstyring. Artikler om helsevesen og helsepolitikk*. Oslo: Pax Forlag A.S.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (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. 47. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett tid - til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., Snåre, M., & Hall, T. A. S. (2014). Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak. Oslo: Deloitte AS.
- Aarseth, T., Bachmann, K.E., Gjerde, I. & Skrove, G.K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133.
- Aasland, O. G. & Rosta, J. (2011). Fastlegenes arbeidstid 2000–08. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 11(131), 1076–1079. doi: 10.4045/tidskr.10.0533.