

Enveiskjørt samarbeid?

En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter

Marianne Sundlisæter Skinner

Marianne Sundlisæter Skinner, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik

Abstract

Cooperation between Norwegian municipal acute bed units and hospitals: A one-way street?

The Norwegian Coordination Reform of 2012 transferred responsibilities from the state-run specialist health service to the municipality-run primary healthcare service, simultaneously aiming to improve coordination and cooperation between the two levels. This article investigates how managers and doctors in the municipalities have experienced cooperation with the hospitals on the service level since the reform was implemented. The study focuses on municipal emergency bed units, which are to be introduced in all 428 Norwegian municipalities by 2016. Qualitative interviews with representatives from eight emergency units were conducted in order to identify routines for hospital-municipality cooperation on the service level. The study indicates that there is a majority of cooperation-passive municipality/hospital constellations and a minority of cooperation-active constellations. Furthermore, it is unclear who has the responsibility for initiating and maintaining cooperation. It is argued that both parties have to be active to establish effective cooperation structures on the service level.

Nøkkelord/Key words

Cooperation; municipalities; hospitals; municipal emergency bed units
Samhandling; samarbeid; kommunehelsetjenesten; helseforetak, KAD, øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Referee*

Innledning¹

I Norge har kommunene ansvaret for primærhelsetjenester som allmennlegetjenester, legevakt, sykehjem og hjemmetjenester, mens staten, ved regionale helseforetak, siden sykehusreformen i 2002 har hatt ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene ved sykehusene. I tiden etter sykehusreformen ble det utviklet en rekke lokalt forankrede tiltak for å bedre samordningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

¹ Tusen takk til fagredaktør Gabriele Kitzmüller og to anonyme fagfeller for nyttige kommentarer og innspill til artikkelen. Studien er finansiert av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd.

Disse tiltakene ble i 2012 fulgt opp av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-09) som skulle «*bidra til å forbedre samordningen mellom de ulike leddene i helsevesenet*» (Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk 2014: 13). Primærhelsemeldingen som ble presentert til Stortinget i mai 2015 (Meld. St. 26 2014-15) signaliserer fornyet fokus på å bedre kommunehelsetjenestens forutsetninger for å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner. Utfordringene med arbeidsdeling og samordning, som den norske Samhandlingsreformen skulle imøtekomme, er ikke unike for Norge. Både Sverige og Danmark har gjennomført egne reformer og tiltak for å bedre samordningen og samarbeidet mellom de ulike forvaltnings- og tjenestenivåene (Grimsmo og Magnussen 2015; Rommetvedt et al. 2014), og i den internasjonale litteraturen er *integrated care* ett hett tema (Kodner og Spreeuwenberg 2002; Mur-Veeman, van Raak og Paulus 2008). Selv om denne artikkelen tar for seg samarbeid mellom *norske* kommuner og sykehus, strekker temaets relevans seg ut over Norges grenser.

Den norske Samhandlingsreformen hadde i tillegg til å bedre samhandlingen også som mål å tilby helsetjenester nærmere der folk bor og å redusere antallet sykehusinnleggelses. Det ble derfor fremsatt krav om at samtlige av landets 428 kommuner skal ha tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1. januar 2016. Kommunene skal tilby døgnopphold til «*de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til*» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold har etter hvert blitt bedre kjent som kommunale akutte døgnenheter, forkortet til KAD. Ved utgangen av 2014 var det 275 kommuner (64 prosent) som hadde fått tilskudd og etablert KAD (Helsedirektoratet 2015: 107).

Ett av formålene med KAD er at de skal avlaste akuttinnleggelses i sykehus. Kommunene skal med andre ord overta ansvaret for en gruppe pasienter som tidligere ble sendt til sykehus for behandling. I tillegg har kommunene etter Samhandlingsreformen fått betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, hvilket innebærer at kommunehelsetjenesten tar imot flere pasienter fra sykehus enn tidligere. Resultatene fra en delphi-studie gjennomført i 2012 av Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen og Slettebø (2013: 6-7) indikerer at helsetilstanden til pasientene som blir utskrevet fra sykehus etter Samhandlingsreformen er dårligere enn tidligere. Disse funnene understøttes også av en kvantitativ studie av sykepleieres erfaringer med Samhandlingsreformen gjennomført våren 2013 i et utvalg på 2372 sykepleiere. Her oppgav fem av ti sykepleiere at over 20 prosent av pasientene som skrives ut fra sykehus til kommunene fortsatt trenger sykehusbehandling (Gautun og Syse 2013: 26). Denne oppgaveoverføringen, som innebærer at kommunene overtar ansvaret for pasienter som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, fordrer at helseforetakene bidrar med kompetanse og kunnskapsoverføring til kommunene. Dette gjelder i høyeste grad for akuttenehetene, der det er stipulert at tilbudet i kommunen skal være «*like godt eller bedre*» enn innleggelse i sykehus (Helsedirektoratet 2014a: 6). Helseforetakene og kommunene fikk per 1. januar 2012 plikt til å inngå samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Reformen stipulerer at avtalene skal «*utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte*» (St.meld. nr. 47 2008-09: 77). Det er altså et krav fra myndighetene om at spesialisthelsetjenesten skal være delaktige i oppgaveutforming og -løsningen ute i kommunene.

Samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten i Norge var gjenstand for forskning forut for Samhandlingsreformen (Kalseth og Paulsen 2008; Møller og Flermoen 2010; Paulsen, Romøren og Grimsmo 2013), og det er studier som har tatt for seg innholdet i de

obligatoriske samarbeidsavtalene og forholdet partene i mellom på det overordnede nivået etter reformen (Martens og Veenstra 2015; Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015). Videre finnes det forskning på samarbeid i spesifikke samhandlingstiltak etter reformen (Håland og Osmundsen 2015), og samarbeidet rundt sykehusinnleggelse og/eller utskrivning av pasienter fra sykehus har også vært vært satt under lupen av flere forskere (f.eks. Gautun og Syse 2013; Hellesø og Melby 2013; Melby, Brattheim og Hellesø 2015). Foruten dette har vi imidlertid lite kunnskap om hvordan samhandlingen mellom sykehus og kommunene fungerer på tjenestenivået etter at reformen trådte i kraft. Videre er det utvilsomt viktig å evaluere i hvilken grad helseforetakene oppfyller sine forpliktelser når det gjelder *kompetanseoverføring* overfor kommunene i praksis, ikke bare på papiret.

Hensikten med denne studien er å belyse kommunehelsetjenestens erfaringer fra samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med etableringen og driften av kommunalt akutt døgnopphold. Problemstillingene som belyses er: Hvilke samarbeidsrutiner finnes mellom kommunene og sykehusene i forbindelse med KAD? Bidrar helseforetakene med kompetanse til det lokale tilbudet?

Bakgrunn

Kommunene har valgt forskjellige måter å organisere KAD på. Om lag tre fjerdedeler av kommunene som har åpnet KAD så langt har valgt å samarbeide med omliggende kommuner om tilbudet, mens de resterende etablerer plasser i egen kommune kun for egne innbyggere (Skinner 2014; Deloitte 2013). Kommunene står også fritt til å selv velge lokalisering, hvilket har resultert i et bredt mangfold hva angår akuttenehetenes organisering. Noen akutteneheter består av kun én seng i en sykehjemsavdeling, mens andre har flere senger organisert i tilknytning til f.eks. legevakt eller lokal-/distriktsmedisinsk senter (LMS/DMS) (Skinner 2014). Akuttenehetene kan klassifiseres i åtte hovedmodeller: KAD ved sykehjem; helsehus; LMS/DMS; legevakt; sykehus; sykestue; sykehjem og annen lokalisering (legevakt/sykehus/LMS); og kommunal KAD kombinert med interkommunal KAD (Skinner 2015).

Alle norske kommuner har inngått samarbeidsavtaler som ligger til grunn for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket (Helsedirektoratet 2014b: 9). Disse samarbeidsavtalene er inngått mellom kommunestyret og helseforetaket, og skal blant annet inneholde en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I tillegg har samtlige norske kommuner opprettet diverse overordnede samarbeidsorganer med «sine» helseforetak. Disse betegnes i samarbeidsavtalene som strategiske og samarbeidsfremmende, og er fora der direktører og ledere fra helseforetaket og kommunene møtes for å ta prinsipielle avgjørelser og planlegge videre arbeid (Martens og Veenstra 2015: 36).

Rommetvedt et al. (2014: 22) skiller mellom strukturelle og relasjonelle aspekter ved samhandlingsutfordringene og virkemidlene som tas i bruk for å håndtere dem. Mens de strukturelle aspektene består av politiske og administrative styringsstrukturer, aktører (f.eks. regioner, kommuner, helseforetak og sykehus) og spilleregler, er de relasjonelle aspektene de direkte tiltakene som innføres for å bedre samhandlingen, som f.eks. etableringen av avtaler og samarbeidsfora. Denne artikkelen tar kun for seg sistnevnte – de relasjonelle aspektene ved samhandlingen.

Metode

En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig når forskningen er av en eksplorerende og empiri-drevet karakter (Tjora 2012: 18) og dens hensikt er å studere personers erfaringer med et fenomen. Kvalitative semi-strukturerte intervjuer med nøkkelpersoner i åtte kommuner/akuttenheter ble brukt som primær datainnsamlingsmetode. I tillegg ble kommunenes søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet, opplysninger om akuttenhetene fra en tidligere intervjustudie i 76 kommuner og søk på kommunenes nettsider benyttet i en kartlegging av akuttenhetene forut for intervjuene.

Utvalg og rekruttering av informanter

Det er et betydelig mangfold i hvordan kommunene har løst utfordringen med KAD. I tillegg til lokalisering og interkommunalt samarbeid er det mange andre faktorer som virker inn på hvordan samarbeidet med helseforetaket fungerer, som f.eks. kommunestørrelse og geografi. For å øke studiens representativitet ble det rekruttert ni informanter fra åtte akuttenheter til studien: Én eller to informanter fra forskjellige typer KAD-modeller (jf. Skinner 2015) og landsdeler. Åtte av de ni informantene kom fra kommuner som hadde åpnet KAD innen utgangen av 2013, mens den siste informanten representerte en akuttenhet som startet opp i 2014. Informantene representerte fem interkommunale og tre kommunale akuttenheter fra samtlige helseregioner.

Tabell 1 gir en oversikt over informantene og akuttenhetene de representerer. Hver informant har fått et nummer som knytter dem til deres respektive utsagn i resultatdelen.

Tabell 1: Utvalget

Informantnummer	Modell	Befolkningsgrunnlag	Kommunal/interkommunal
1	Sykehjem	< 5000	Kommunal
2	Flere sykehjem	20 000 – 49 999	Interkommunal
3a, 3b	Helsehus og legevakt	20 000 – 49 999	Kommunal
4	DMS	10 000 – 19 999	Interkommunal
5	Legevakt	20 000 – 49 999	Interkommunal
6	Sykestue	20 000 – 49 999	Interkommunal
7	Sykehus	5 000 – 9 999	Interkommunal
8	Kommunal og interkommunal	> 50 000	Begge

Forutsetningen for deltakelse i intervju var at informanten var nært involvert i det nåværende arbeidet med og driften av kommunens KAD og at vedkommende også hadde vært involvert i eller hadde nær kjennskap til arbeidet med etableringen av tilbudet. Rekrutteringen av informanter skjedde ved at kommunens kontaktperson for Senter for omsorgsforskning/kommuneutvalg² ble kontaktet via e-post og bedt om å hjelpe med rekruttering av en informant til studien. I noen tilfeller var navnet på den aktuelle informanten allerede kjent (fra ovennevnte kommunebesøk). I disse kommunene ble informanten kontaktet direkte via e-post.

Én av akuttenhetene stilte med to informanter på eget initiativ. Stillingene til informantene var enhetsleder, virksomhetsleder, lege ved KAD, kommuneoverlege og avdelingssykepleier. Der det var flere kommuner som hadde gått sammen om KAD, ble spørsmålene stilt om akuttenheten i sin helhet og om samtlige kommuner i samarbeidet. Unntaket var kommunen som hadde både et kommunalt og interkommunalt tilbud, hvor informanten kun ble intervjuet om «sin del» av KAD.

² Senter for omsorgsforskning/kommuneutvalg består av 50 «omsorgsforskningkommuner» og samtlige kommuner som har funksjonen utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Totalt er det 77 kommuner i kommuneutvalget, og de bistår de fem sentrene for omsorgsforskning i datainnsamling til forskningsprosjekter.

Gjennomføringen av intervjuene

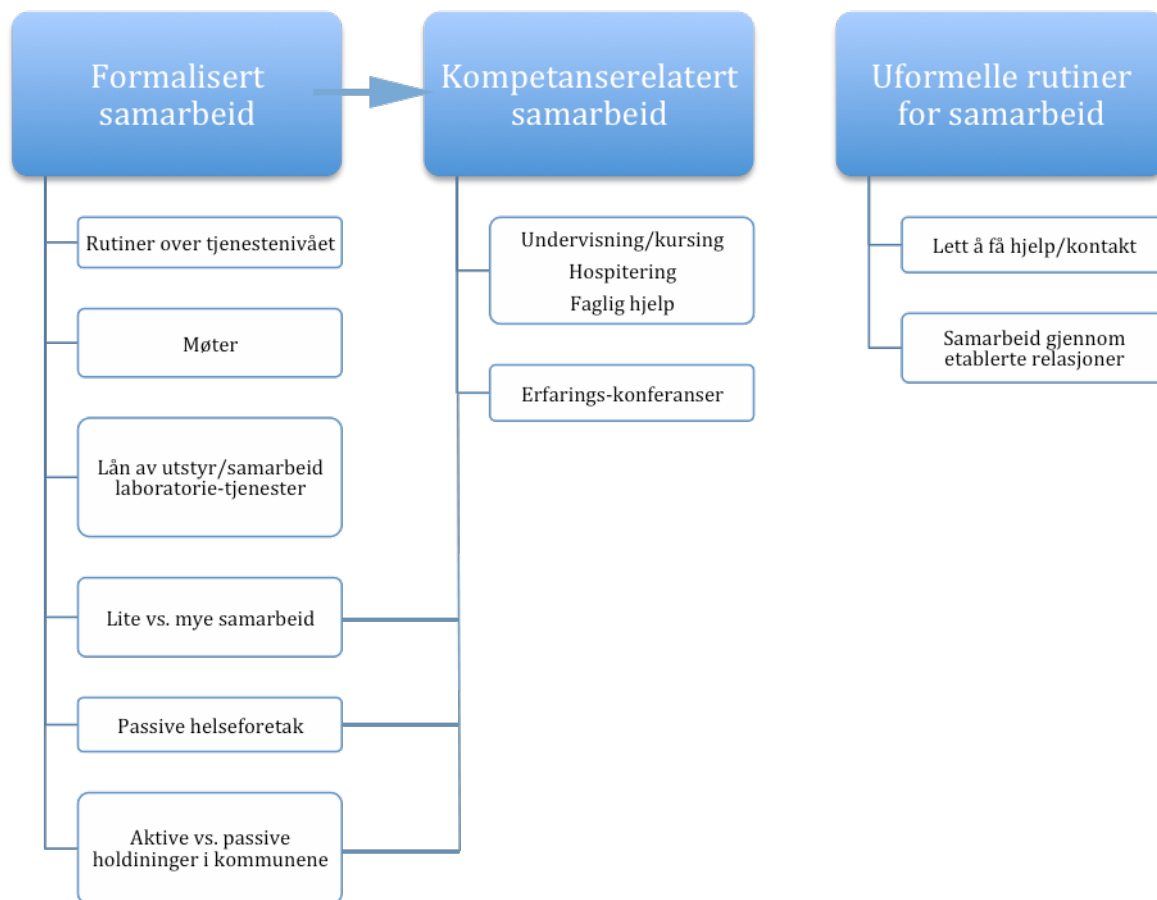
Forfatteren gjennomførte åtte intervjuer med ni informanter til studien: Ett personlig intervju og sju telefonintervju. Intervjuene ble gjennomført i en tidsperiode på 1 ½ måned ved årsskiftet 2014/2015. I intervjuene ble følgende spørsmål stilt: «*Kan du beskrive hvilke rutiner for samarbeid med helseforetaket dere har etablert i forbindelse med det kommunale akutte døgntilbudet?*» og «*i hvilken grad bidrar helseforetakene med faglig kompetanse til det lokale tilbudet?*» Oppfølgingsspørsmål ble benyttet for å utdype informantenes svar.

Analyse

Intervjuene ble tatt opp, transkribert verbatim og analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. Konvensjonell induktiv innholdsanalyse er spesielt egnet når teori og forskningslitteraturen om fenomenet som blir studert er begrenset (Hsieh og Shannon 2005). Dataanalysen ble gjennomført i flere stadier av forfatteren. Hele tekstmaterialet ble først lest flere ganger for å få en forståelse av helheten. Deretter ble hele datamaterialet lest ord for ord for å kode materialet (jf. Hsieh og Shannon 2005: 1279). Med en kode menes en forkortelse eller et symbol som brukes om en meningsenhet for å klassifisere innholdet. En meningsenhet kunne være ett enkelt ord, en setning eller et avsnitt. Etter den første runden med koding, tok jeg igjen for meg teksten ved å notere ned mine første inntrykk, tanker og den innledende analysen. Kodene og deres definisjoner fortsatte å utvikle seg i denne delen av analyseprosessen og resulterte i det første kodeskjemaet. Kodene ble sortert i kategorier basert på hvordan de hang sammen (jf. Hsieh og Shannon 2005: 1279), først i ti kategorier som igjen ble samlet inn under tre hovedtemaer.

Figur 1 viser de ti kategoriene og deres overordnede temaer *formalisert samarbeid*, *kompetanserelatert samarbeid* og *uformelle rutiner for samarbeid*. Siden det kompetanserelaterte samarbeidet i stor grad er formalisert samarbeid, er temaet *kompetanserelatert samarbeid* knyttet til temaet *formalisert samarbeid*. Dette indikeres av pilen i figuren. De to temaene har tre kategorier til felles.

Figur 1: Tema og kategorier



Etikk

Samtlige informanter som deltok i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv i forkant av deltakelse i intervju, som opplyste om at deltakelse i studien var frivillig og at deres identitet ville behandles konfidensielt. I tilfeller i resultatrapporteringen der det var en mulighet for at informantene kunne bli gjenkjent til tross for anonymisering, ble informantene tilbudt å få sitatene til gjennomlesning og godkjenning før publisering. Intervjustudien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Resultater

Formalisert samarbeid: «Samarbeidsaktive» konstellasjoner

Informantene fra tre av tilbudene forteller at de har flere konkrete samarbeidstiltak og –rutiner som relaterer direkte til KAD. Den ene, akutenheten ved sykestue, kjøper sine plasser fra helseforetaket og har dermed en helt annen struktur på kontakten med helseforetaket enn de andre kommunene i undersøkelsen. Dette er fordi tjenesten er integrert i spesialisthelsetjenesten. Informanten fra tilbudet forteller at KAD-sengene er lokalisert i en desentralisert sykehusavdeling som ligger to timer fra modersykehuset. KAD-sengene er bemannet med sykehusets leger og sykepleiere og bruker helseforetakets kvalitetssystem og IKT-verktøy (6). Både legene og sykepleierne ved avdelingen konfererer daglig med annet

helsepersonell ved sykehuset, via telefonisk kontakt, videokonferanse eller at spesialister kommer innom avdelingen. Dette kan imidlertid ikke betegnes som samhandlingsrutiner mellom kommune og helseforetak. Selv om det i aller høyeste grad er snakk om innarbeidede rutiner for kontakt mellom avdelingen og helseforetaket for øvrig, foregår samarbeidet *innad i helseforetaket*, mellom helseforetakets ansatte.

Det første samarbeidsaktive tilbudet (når man ser bort fra sykestuen) er akuttenheten ved helsehus. Informantene fra helsehusenheten oppgir at de har opparbeidet rutiner rundt røntgen og laboratorietjenester på sykehuset (3a, 3b). De leverer blodprøver daglig på pasientene ved KAD, og har av og til pasienter som fra legevakten tar en *«sløyfe nedom sykehuset»* for å ta røntgen og blodprøver før de sendes til KAD-avdelingen. Videre har sykehuset laget et opplæringsopplegg for sykepleiere ved helsehuset som omfatter taking av blodkultur og blodtransfusjoner. Den ene informanten forklarer: *«Så hvis vi har pasienter som trenger å ta blodkultur nå, så kjører vi ned og henter utstyr, tar [...] blodkulturen her, og kjører ned med utstyret»*. Informantene ved tilbudet forteller at de også har rutiner for å låne spesialutstyr, for eksempel ståser og liknende utstyr (3a). Det er kun informantene fra helsehusenheten som beskriver så innarbeidede samarbeidsrutiner rundt laboratorietjenester.

Akuttenheten ved interkommunal legevakt er det andre samarbeidsaktive tilbudet. Ved denne akuttenheten har de hatt regelmessige møter med sykehuset på tjenestenivået helt siden før oppstart, der både samhandlingssjef fra sykehuset og en medisinsk overlege deltar i møtene. Sykehuset var med på utformingen av akuttenhetens prosedyrehåndbok før tilbudet åpnet, og partene møtes fortsatt jevnlig. Informanten forklarer at hyppigheten på møtene kan være fra *«en gang per måned til annenhver måned. Det er avhengig av hva slags saker som er»* (5). Til og med veiledningsfunksjonen sykehuset har mot tjenesten er formalisert gjennom en egen vaktordning. Informanten forteller at de har et eget telefonnummer som de ringer ved henvendelser til sykehuset: *«Vi har et eget telefonnummer vi ringer der det er tre overleger i vakt som besvarer vår telefon. Altså [...] mellom 08 og 20 hverdager, der vi kan diskutere pasienter vi har inne og forslag til behandling»* (5).

Informantene fra helsehuset og legevakten er også de eneste som oppgir at de gjennomfører konkrete kompetanseaktiviteter og -tiltak i samarbeid med helseforetaket (når man ser bort fra informant 6 fra sykestuenheten som kjøper hele tjenesten fra helseforetaket). I tillegg til opplæringsopplegget rundt laboratorietjenester som er beskrevet ovenfor, forteller informanten ved helsehusenheten at de ved oppstart av det akutte døgntilbudet laget et eget *«kompetansehevingsopplegg sammen med [helseforetaket] som gikk på å utvikle den kompetansen som gikk spesielt imot observasjon på endring i pasientene»* (3a). Den samme informanten beretter at sykehuset stilte med spesialister som foreleste om bl.a. lunge/KOLS, mens kommunen selv dekket andre deler av undervisningen. Opplegget omfattet de fire hovedgruppene KOLS, diabetes, infeksjon og hjerte, og alle sykepleierne ved KAD fikk to dagers opplæring. Videre hadde de ansatte ved KAD-sengene to dagers hospitering i mottakelsen og observasjonsposten på sykehuset ved oppstarten av tilbudet, og legen ved KAD hospiterte i tillegg på geriatrik avdeling. Informanten forteller også at noen måneder etter at de åpnet KAD, fikk sykepleierne ved avdelingen også hospitere et par dager på en infeksjonspost eller medisinsk avdeling på sykehuset – avdelinger med mange av de samme pasientene som de har ved KAD (3a).

På akuttenheten ved den interkommunale legevakten sier informanten at sykehuset har bidratt med kompetanse ved å være med på å utvikle tilbudets prosedyrehåndbok og arrangere kurs for kommunene spesielt rettet mot KAD. I tillegg har alle sykepleierne fått tilbud om, og de

fleste har gjennomført, hospitering ved sykehuset, og flere av de fast ansatte legene hospiterte på sykehuset drøyt ett år etter oppstart (5).

Formalisert samarbeid: «Samarbeidspassive» konstellasjoner

Alle kommunene har inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket i henhold til lovkravet, men informanter fra tre av de åtte akuttenehetene oppgir i intervjuene samarbeidsavtalen som den eneste «rutinen» de har for samarbeid med sykehuset. En av informantene sier: «*Vi inngikk en avtale, og that's it*» (1). Dette sitatet er representativt for flere av tilbudene; flere informanter forteller at inngåelse av samarbeidsavtalen utgjør totaliteten av samarbeidet med helseforetaket. To informanter sier at de har diverse fora for samarbeid, altså samarbeidsorganer eller samarbeidsutvalg der både kommunen(e) og helseforetaket er representert (8, 2). I den ene kommunen forklarer informanten at de samhandler mye med sykehuset på generell basis, men det er uklart hvor hyppig møtene forekommer og hvor fremtredende KAD-plassene er som tema på disse møtene (8). I den andre kommunen er det samhandlingskoordinator og kommuneoverlegen som representerer kommunen i møtene (2). I begge disse kommunene er foraene av en overordnet eller administrativ karakter (jf. modellene i den nasjonale veilederen - Helse- og omsorgsdepartementet 2011: 36-7). I sum er det med andre ord lite eller manglende konkret formelt samarbeid om KAD-plassene mellom de fleste av kommunene og sykehusene i studien.

Ingen av de samarbeidspassive samarbeidene har etablert hospiteringsordninger på KAD-feltet. En informant viser til erfaringskonferanser som eneste fellesarena der KAD og kompetanse er i fokus (8). På det interkommunale tilbudet lokalisert til sykehus har det heller ikke vært noen hospiteringsordninger eller kurs i regi av helseforetaket, men her skal det nevnes at det kun er legeressursen ved tilbudet som er kommunal mens de øvrige personellressursene kjøpes av sykehuset. Bidraget fra helseforetaket har ifølge informanten så langt begrenset seg til «*rådføring om den enkelte problemstilling*» (7).

Et tema som går igjen i intervjuene er helseforetakenes *passivitet*. Helseforetakene sender ut kurstilbud «*i ny og ne*», og da er ikke kursene bare for KAD, men for kommunehelsetjenesten på mer generell basis. Ett eksempel fra intervjuene var et tilsendt tilbud om et kompetansehevingsprogram i geriatri, men, som informanten påpekte: «*det var jo sendt ut som et tilbud til ikke bare ø-hjelpssengene, men kommunene*» (4). En annen informant forteller: «*Vi får jo ett og annet kurstilbud fra dem der vi kan delta. Men det er ganske lenge mellom hver gang. [...] Jeg føler vel at helseforetaket har vært ganske fraværende i forhold til undervisningsansvaret sitt*» (1). Informanten påpeker videre at alle initiativ om hospitering eller andre kompetansetiltak har kommet fra kommunen, og at sykehuset først har sett ansvaret sitt når de har fått en konkret henvendelse fra sykehjemmet:

Jeg har sendt folk på hospitering på sykehuset fordi [...] det har vært noen som har trengt påfyll av ett eller annet. Så da har henvendelsen kommet fra meg. Den har ikke kommet som et tilbud fra et helseforetak. Så de er liksom ikke på tilbudssida, kan du si. De ser ansvaret sitt når henvendelsen kommer fra meg. (Informant 1)

Dette gjelder kompetanseheving generelt i de fleste kommunene. De må selv ta initiativ og spørre sykehuset om kurs eller hospitering, og spør de, får de som oftest positivt svar. En av informantene slår fast at «*hvis vi spør helseforetaket om å komme i forhold til kompetanseheving, så er de veldig velvillig*» (4). En annen påpeker at sykehusets holdning til å tilrettelegge for hospitering er positiv såfremt det er kommunens ansatte som skal hospitere

på sykehuset og ikke motsatt: «*Det er enklere å få anledning til å komme inn på sykehuset og få hospitert enn at det er like stor interesse for å komme ut, for å si det sånn*» (8). Ansatte fra sykehuset har ikke hospitert ved noen av akuttenhetene.

Uformelle rutiner for samarbeid

Selv om intervjuene vitner om svært begrensede formelle samarbeidsstrukturer i fem av sju tilbud (vi ser bort ifra kommunen som kjøper tjenesten fra helseforetaket), betyr ikke det at samarbeid og kontakt nivåene i mellom er fraværende. I de samarbeidspassive konstellasjonene dominerer de uformelle rutinene; kommunikasjonen og samarbeidet kommunene og helseforetakene i mellom er tuftet på *ad hoc*-henvendelser fra kommune til helseforetak. Samtlige informanter i undersøkelsen forteller at det er lett å ta og få kontakt med helseforetaket for å få veiledning f.eks. i forbindelse med innleggelse og at samarbeidet på dette området er godt. En informant forteller at legen ved tilbudet har daglig dialog med sykehuset om pasienter eller henvisninger (3a), og en annen opplever at sykehuset stort sett er «*veldig samarbeidsvillige*» når det er noe de står fast i (1).

Ved tilbudet som er lokalisert ved interkommunal legevakt er det, som beskrevet ovenfor, en egen «*hotline*» som legene kan bruke for å få kontakt med overlege på sykehuset (5). Ved denne akuttenheten er *ad hoc*-kommunikasjonen med sykehuset med andre ord formalisert i en mye større grad enn ved de andre tilbudene. I de fleste kommunene ser det nemlig ut til at det ikke er lagt opp noe annet system for kommunikasjon mellom akuttenheten og sykehuset enn det som finnes for enhver som trenger å rådføre seg med den medisinske ekspertisen på sykehuset. Én informant understreker eksplisitt at det ikke er noe annerledes for KAD-legene «*enn for andre som skal ha kontakt med og veiledning fra sykehuset. Da ringer man jo vakthavende lege*» (8).

Hovedsakelig går den uformelle kommunikasjonen via telefon; det er ingen av informantene som forteller at de bruker videokonferanse som verktøy, bortsett fra den kommunen som har KAD-plasser som driftes helt og fullt av helseforetaket (6). Det er også et personlig aspekt i den uformelle kommunikasjonen. Det er tydelig at det i flere kommuner er personavhengig hvordan relasjonene er og hvordan kommunikasjonen foregår. På tilbudet som er lokalisert til legevakt forteller informanten at mange av legene har en hovedstilling på sykehuset og vil kunne ta med seg personlige kontaktnett inn i arbeidet ved KAD (5). Uformelle kanaler for kommunikasjon og personlige nettverk er også fremtredende blant de kommunene som førut for etableringen av KAD hadde etablerte samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom DMS eller desentraliserte spesialisthelsetjenester som f.eks. sykestue. Informanten ved DMS mener f.eks. at det er mye enklere å ta kontakt både på avdelingsnivå og på et overordnet nivå hvis det er noe som ikke fungerer, på grunn av det etablerte samarbeidet (4). Tillit og god kjennskap til hverandre fremheves av både informant 4 og 6 som fordeler som de har dratt nytte av i forbindelse med etableringen av KAD.

Diskusjon

Hensikten med studien var å belyse kommunehelsetjenestens erfaringer med samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med etableringen og driften av kommunalt akutt døgnopphold. Det var bare informanter fra to av de sju tilbudene som er relevante for problemstillingen som oppgav å ha flere konkrete rutiner for samarbeid med sykehuset.

Informantene fra fem av sju akuttenheter identifiserte ingen formelle rutiner for samarbeid med helseforetaket utenom de relasjonelle tiltakene som var innført på overordnet nivå i kommunene. I og med at alle kommunene som har åpnet KAD *må* ha det formelle avtaleverket med helseforetaket i orden for å få tilskudd fra Helsedirektoratet, er det ikke overraskende at kommunene forteller at de har samarbeidsavtaler som ligger til grunn for samarbeidet med helseforetaket. Det er heller ikke overraskende at det finnes samarbeidsorganer på høyere nivå, ettersom kommunene og helseforetaket som et minimum må ha et organ som står for opprettelsen og vedlikeholdet av den obligatoriske samarbeidsavtalen. Det som er interessant er imidlertid at flertallet av informantene forteller at det formelle samarbeidet mellom akuttenehetene og helseforetaket i praksis begrenser seg til den lovpålagte samarbeidsavtalen, som er inngått på kommunestyrenivå, og møtene i samarbeidsutvalgene som også er organisert på overordnet eller administrativt nivå. I sin kartleggingsstudie av samarbeidsavtaler og –fora mellom kommuner og helseforetak fra 2008, fant også Kalseth og Paulsen (2008: 30) at samarbeidet var forankret på et høyt organisatorisk nivå og at det var vanskelig å implementere samarbeidsløsninger på tjenestenivået. Fra dette kan det se ut som at samarbeidsstrukturene mellom kommuner og helseforetak har endret seg lite siden Samhandlingsreformen ble innført.

Det kan imidlertid være en bias i intervjudataene siden informantene fra de to samarbeidsaktive akuttenehetene jobbet tett på tjenesten og kan ha hatt mer detaljert kunnskap om, og et nærmere forhold til, samarbeidstiltakene på tjenestenivået. På den annen side arbeidet av de fem informantene fra de samarbeidspassive akuttenehetene like tett på tjenestenivået. Videre var det i intervjuene med representantene fra de samarbeidsaktive enhetene, i motsetning til de andre intervjuene, en rød tråd om at de hadde et spesielt nært forhold til sykehuset både med tanke på kontakt, kommunikasjonsrutiner og kompetanseheving. De fem samarbeidspassive akuttenehetene hadde lite eller diffust samarbeid med helseforetaket som i liten grad gikk konkret på KAD.

Det kan være flere forklaringer på at de to samarbeidsaktive akuttenehetene har mer omfattende samarbeid. Det kan for eksempel være et resultat av mer aktivt oppsøkende fagmiljøer på disse to stedene. De ansatte ved akuttenehetene kan ha vært mer aktive i arbeidet med å involvere helseforetakene i forskjellige aspekter av arbeidet med KAD, ved oppstarten og i driften. Dette kan i og for seg være et uttrykk for en type fagkultur som er gjeldende for institusjonen som helhet, som KAD bare er en del av. I den forbindelse er det relevant å påpeke hva slags institusjoner de to samarbeidsaktive akuttenehetene er lokalisert til. Begge akuttenehetene er lokalisert til mer behandlingsrettede institusjoner: den ene er en interkommunal legevakt og den andre et helsehus med høy grad av spesialiserte korttidsplasser og god legedekning.

Fysisk nærhet til sykehuset er også et forhold som kan virke inn på samarbeidet, da det er mye enklere å ha daglig samarbeid om for eksempel laboratorietjenester hvis sykehuset kun ligger noen minutter unna. Nærhet til sykehuset kan imidlertid ikke forklare hvorfor legevaktenheten har fått til mer aktivt samarbeid med helseforetaket enn andre, da den ikke ligger i umiddelbar nærhet til sykehuset, men ca. én times reise unna.

Det ser ikke ut til at områdene med etablerte samarbeidsstrukturer gjennom DMS eller sykestue har hatt noen klare fordeler med KAD-samhandlingen sammenliknet med andre områder. Både informanter fra akutteneheter i områder med og uten desentraliserte spesialisthelsetjenester forteller at eksisterende personlige relasjoner og etablerte samarbeids- og tillitsforhold gjør at den uformelle kontakten med helseforetaket er god. Spørsmålet ser

heller ut til å være om det er forskjeller mellom områder med eller uten *fysisk nærhet til spesialisthelsetjenesten*, det være seg regionsykehus, lokalsykehus, DMS eller sykestue. Mulig overlapp i personellressurser er én fordel ved å være nær spesialisthelsetjenesten ved at man da automatisk får «en fot innenfor døra» på sykehuset. Økte muligheter for samarbeid som forutsetter kort avstand er en annen, som nevnt ovenfor. Eksempler på dette er regelmessig opplæring/mengdetrening ved laben på sykehuset, daglig levering av blodprøver og avtale om visitt fra spesialister fra sykehuset.

Flere studier av samarbeid mellom norske kommuner og helseforetak skiller mellom det formelle og uformelle i samarbeidet dem i mellom. Møller og Flermoen (2010) fant i sin intervjustudie blant kommuner og helseforetak i Midt-Telemark at kommunikasjonen kommunene og sykehuset i mellom foregikk i både formelle og uformelle informasjonssystemer. I Kalseth og Paulsens (2008: 22) kartleggingsstudie av det formelle rammeverket for samhandling fant de at rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning i liten grad var formalisert. Denne studien bekrefter disse funnene. Møller og Flermoen (2010: 44) fant videre at «*mye av kommunikasjonen mellom kommune og sykehus foregår uformelt via personlige samtaler*». Deres funn gjaldt i all hovedsak kommunikasjon om innskrivning og utskrivning av pasienter, men funnene fra min studie viser at dette også i stor grad gjelder for KAD-samarbeidet. Den uformelle kommunikasjonen om konkrete caser eller pasienter er hovedformen for kontakt akutenhetene og sykehusene i mellom. I de fleste akutenhetene er det, som nevnt, lite samarbeid på tjenestenivået bortsett fra den uformelle kontakten. Kun ved én KAD er denne kontakten i en viss grad formalisert i form av en vaktordning og et eget telefonnummer som legene ved KAD skal ringe ved behov for konferering. I de andre kommunene har de ikke etablert spesielle rutiner rundt kontakten, men samtlige informanter gir likevel uttrykk for at den uformelle konfererings- og veiledningspraksisen er uproblematisk. Møller og Flermoen (2010: 44-5) problematiserer informasjonsflyten i de uformelle kanalene fordi den krever mye tid. Flere kontaktpunkter kan gi bedre tilgjengelighet, men det gir samtidig et økt behov for koordinering av informasjonen. Dette ser imidlertid ikke ut til å være noe stort problem i de kommunale akutenhetene, da informantene opplyser at det er lett å få kontakt med sykehuset for å få veiledning. Grunnen til at den uformelle kommunikasjonen ved KAD ikke møter de samme utfordringene som Møller og Flermoen (2010) beskriver, er antagelig at henvendelsene som beskrives av mine informanter utelukkende er fra kommune til helseforetak, i motsetning til i Midt-Telemark-studien der kommunikasjonen ble initiert av helseforetaket.

Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove (2015) finner at kommunenes kontakt med helseforetaket tvert imot er preget av økt formalisering. Flere av deres informanter uttrykte et ønske om mer uformell kontakt med sykehusets forskjellige avdelinger på tjenestenivået, og noen informanter mente også at det uformelle samarbeidet var bedre tidligere (Aarseth et al. 2015: 120). Grunnen til at funnene fra denne studien avviker fra mine funn kan være at kontakten på KAD-området skiller seg fra kontakten mellom kommune og helseforetak på andre områder. På andre tjenesteområder vil samarbeidet med helseforetaket ofte bestå av informasjonsutveksling rundt utskrivning av pasienter, mens ved KAD består den uformelle kontakten stort sett av veiledning i forbindelse med innleggelse. Det at Aarseth et al (2015) peker på elektronisk meldingsutveksling som en mulig syndebukk for at den uformelle telefoniske kontakten har svunnet hen, støtter denne forklaringen.

Kommunikasjonen mellom helseforetakene og kommunene på KAD-området er svært ensidig. Dette kommer tydelig fram i samtlige intervjuer. Det er kommunene som tar kontakt med helseforetaket, ikke motsatt. Dette er kanskje naturlig siden spesialisthelsetjenesten har

veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det da blir opp til de kommunale tjenestene å etterspørre veiledningen. I praksis skjer samarbeidet fra case til case på telefonisk basis ved at kommunene tar kontakt med spesialister på sykehuset for å få de rådene, veiledningen og opplysningene sykehusene er pålagt å gi etter loven. Denne tolkningen av veiledningsplikten er det imidlertid ikke alle som er enige i. Én informant uttrykte misnøye med at helseforetaket har vært fraværende i forhold til det hun refererte til som «*undervisningsansvaret*» deres (1). På den annen side uttrykte samtlige informanter at sykehusene velvillig gir veiledning på case til case-basis og er imøtekommende når hospitering etterspørres. Ensidigheten ved kontakten er imidlertid påfallende ikke bare når det gjelder veiledningen om konkrete pasienter, men også når det gjelder hospiteringsordninger. Flere studier fremhever gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og den kommunale omsorgstjenesten som et ideal (Kalseth og Paulsen 2008; Håland og Osmundsen 2015), da «*tanken er at en bedre kjennskap til og forståelse av hverandres hverdag skal kunne utvikle mer smidige samarbeidsformer*» (Kalseth og Paulsen 2008: 30). Kommunene og helseforetakene har ikke kommet nært dette idealet på KAD-fronten, da informantene rapporterer mangel på interesse blant sykehuspersonell for å hospitere ved KAD-sengene. De eneste av de sykehusansatte som har erfaring med å jobbe ved KAD er de som har todelt stillinger på sykehuset og i kommunen.

Hensikten med relasjonelle tiltak som samarbeidsavtaler og –fora er ifølge Rommetvedt et al. (2014: 22) å legge til rette for «*selvkoordinering*» og «*selvledelse*» og «*å fremme en felles erfaringsdannelse og utvikling av tillit og normer for samarbeid*». Sistnevnte mål er spesielt viktig å få til på tjenestenivået generelt, og i arbeidet med KAD spesielt. Likevel vil dette målet være vanskelig å nå ved hjelp av formelle relasjonelle tiltak så lenge tiltakene gjennomføres uten involvering av representanter på tjenestenivået. Kalseth og Paulsen (2008: 32) påpeker at «*implementering på tjenesteplanet av gode intensjoner i et overordnet avtaleverk krever gjerne en betydelig organisatorisk innsats, og betingelsene for å lykkes vil variere både med trekk ved de enkelte sykehus og i den enkelte kommune*». Det er nærliggende å konkludere at dette også gjelder akuttenhetene. Trekk ved den enkelte kommune/akuttenhet og det enkelte sykehus vil påvirke hvordan samarbeidet er i de forskjellige konstellasjonene. Videre har det kanskje vært mer omfattende organisatorisk innsats rundt samarbeidet i de akuttenhetene som har lykkes godt med å integrere tjenestenivået i de formelle samarbeidsstrukturene.

Metodediskusjon

Informantene i studien beskrev samhandlingen mellom den kommunale akuttenheten og helseforetaket basert på egne erfaringer som aktive deltakere i etableringen og driften av KAD i sin kommune. Studien fulgte hovedregelen for utvalg i kvalitativ forskning og rekrutterte nøkkelpersoner som informanter, personer som hadde forutsetninger for å «*uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet*» (Tjora 2012: 145). Styrkene ved utvalget var at informantene representerte flere forskjellige modeller for organisering av KAD og at samtlige informanter hadde god kjennskap til KAD-driften helt fra oppstart. Begrensningen var at informantene hadde ulike roller og dermed også ulik grad av nærhet til KAD.

Av praktiske og økonomiske grunner ble det besluttet å gjennomføre de fleste intervjuene per telefon. En av svakhetene ved telefonintervju som metode er at både intervjuer og informant mister muligheten til å bruke kroppsspråk i kommunikasjonen som finner sted. Tjora påpeker at dette gjør at «*noe av samtaleaspektet som det gode intervjuet er avhengig av*» forsvinner

(2012: 140). Samtidig kan bruk av telefon bidra til at informantene får en større følelse av anonymitet, og det at informantene ikke ser opptakeren kan bidra til at de taler mer fritt siden de i større grad unngår å bli minnet på at intervjuet blir tatt opp (Tjora 2012). Siden intervjuene ble gjennomført på telefon, var det i forkant av intervjuene viktig å formidle hvilke temaer som skulle tas opp for å unngå misforståelser og andre negative effekter under intervjuene (jf. Pettersen 2009, sitert av Tjora 2012: 140). Jeg ville også forsikre meg om at informantene hadde muligheten til å si det de ville si om de forskjellige temaene, på tross av at jeg ikke kunne se om/når de var ferdige med å snakke. Derfor lot jeg det være noen sekunders stillhet etter informantene hadde sluttet å snakke for å unngå å avbryte eventuelle tilleggskommentarer.

Det styrker analysens pålitelighet at det transkriberte datamaterialet først ble lest flere ganger for å oppnå en forståelse av helheten, før det ble kodet. Bruk av sitater og henvisning til de forskjellige informantenes spesifikke utsagn bidrar til å videre sikre studiens pålitelighet. Begrensningen ved analysen er at det er kun én person som har foretatt analysen. Betydningen av dette ble forsøkt redusert ved hjelp av gjentatt lesning av datamaterialet på leting etter nye koder og flere gjennomganger av kategoriene og deres tilknytning til hverandre.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at kommunene og helseforetakene deler seg i to når det gjelder samarbeidet om kommunalt akutt døgnoophold: Det er et flertall samarbeidspassive kommuner og helseforetak, og et mindretall samarbeidsaktive kommuner og helseforetak. De samarbeidspassive kommunene/helseforetak-konstellasjonene har svært lite eller ikke noe formalisert samarbeid på tjenestenivået, mens de samarbeidsaktive konstellasjonene har forholdsvis omfattende samarbeid både når det gjelder kompetansetiltak og øvrige rutiner. De obligatoriske samarbeidsavtalene ser *ikke* ut til å ha bidratt til å bedre kommunenes og helseforetakenes samarbeid om kommunalt akutt døgnoophold.

Et velfungerende samarbeid krever to aktive parter, og det fremkommer tydelig fra studien at det er mange av helseforetakene som har inntatt en passiv holdning til samarbeidet rundt KAD i det daglige arbeidet. Dette gjelder også deres plikt til å tilby kommunen nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring, som er nedfelt i Samhandlingsreformen. På den annen side er det viktig å understreke at også kommunene må ta sin del av ansvaret for at samarbeidet skal fungere. De samarbeidspassive kommunene kjennetegnes også av en avventende holdning og en stilltiende forventning om at helseforetaket skal ta initiativ til kompetansehevede tiltak og annet samarbeid. Kommunene og helseforetakene må *sammen* sørge for at tiltak blir iverksatt, ikke bare i teorien (på avtalenivå), men også i praksis (på tjenestenivå). To aktive parter gir gevinst i form av godt samarbeid, mens to passive parter har dårlige forutsetninger for å lykkes; minus og minus blir ikke pluss i dette tilfellet.

At partene kjenner hverandre og ser fordelene ved et samarbeid er viktige forutsetninger for å etablere vellykkede og varige samarbeid på tjenestenivået. Kommunene og helseforetakene må dermed forpliktes til å etablere reelle møteplasser for sine ansatte, så de som jobber der det skal samhandles kan bli bedre kjent med hverandre og hverandres hverdag. Obligatoriske, gjensidige hospiteringsordninger er én måte å oppnå dette på. Bedre kunnskap om hverandre og fordelene ved samarbeid gjør det mulig å sammen finne frem til hensiktsmessige samarbeidsformer som gagnar både de ansatte på sykehuset og de kommunalt ansatte – og, i sin tur, pasienten.

Det er tenkelig at funnene fra denne studien også gjelder andre tjenesteområder enn KAD og også samarbeid på tvers av tjenestenivåer andre steder enn i Norge. Det er behov for videre forskning på hvilke forhold som hemmer og fremmer samarbeid på tvers av grenser i helsetjenesten, og ikke minst hvordan forskjellige aktører i helsetjenesten ser egen rolle i, og eget ansvar for, å etablere og vedlikeholde gode samarbeid på tjenestenivået.

Litteratur

Deloitte 2013. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.

Gautun, H. & Syse, A. 2013. Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? . *NOVA Rapport 8/2013*. Oslo: NOVA.

Grimsmo, A. & Magnussen, J. 2015. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

Hellesø, R. & Melby, L. 2013. Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I: TJORA, A. & MELBY, L. (red.) *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet 2011. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.

Helse- og omsorgstjenesteloven 2012. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.

Helsedirektoratet 2014a. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Revidert 2/2014. . Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2014b. Status for samhandlingsreformen: Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014. Oslo.

Helsedirektoratet 2015. Samhandlingsstatistikk 2013-14. *Rapport IS-2245*. Oslo: Helsedirektoratet.

Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, Å. 2013. Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 13, 1-12.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

Håland, E. & Osmundsen, T. 2015. Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: Samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17, 63-85.

- Kalseth, B. & Paulsen, B. 2008. Strategisk samarbeid - på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Trondheim: SINTEF Helse.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. 2015. Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18, 125-141.
- Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-6.
- Martens, C. T. & Veenstra, M. 2015. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: Fra dialog til avviksmelding? . *NOVA-rapport 9/2015*. . Oslo: NOVA.
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. 2015. Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, Under utgivelse.
- Meld. st. 26 2014-15. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mur-Veeman, I., Van Raak, A. & Paulus, A. 2008. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? . *Health Policy*, 85, 172-183.
- Møller, G. & Flermoen, S. 2010. Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra Midt-Telemark. *TF-rapport nr. 266*.
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. 2013. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*, 13, e008.
- Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M. & Vrangbæk, K. 2014. *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skinner, M. S. 2014. Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012/2013. *SOF Rapportserie nr. 5/2014*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Skinner, M. S. 2015. Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1.
- St.Meld. nr. 47 2008-09. Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tjora, A. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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, 109-133.