



# Organisasjonsstruktur og informasjonsutveksling

*Tjenestetildeling i overgangen fra rehabilitering i sykehus til kommunal rehabilitering*

## Organisational structure and information exchange

*Service allocation in the transition from hospital rehabilitation to municipal rehabilitation*

Maren Ekenes

*Stipendiat, Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking*

[maren.beate.holck.ekenes@hvl.no](mailto:maren.beate.holck.ekenes@hvl.no)

Anne-Mette Magnussen

*Professor, Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking*

[anne-mette.magnussen@hvl.no](mailto:anne-mette.magnussen@hvl.no)

### Sammendrag

I denne artikkelen retter vi søkelyset mot hvilken betydning formelle myndighetslinjer har for informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i kommunene ved tildeling av rehabiliteringstjenester. Videre rettes søkelyset mot omfanget av informasjonsutvekslingen og hvilken betydning den har for faktisk tjenestetildeling. Intervju, observasjon og dokumentanalyse av ti pasientforløp utgjør datagrunnlaget for studien. Funnene viser at informasjonsutvekslingen var omfattende og i hovedsak fulgte formell organisasjonsstruktur. Lokale retningslinjer og elektroniske verktøy underbygget dette. Beslutninger om tjenestetildeling ble fattet i den enkelte myndighetslinje og synes å være lite preget av felles vurderinger. Funnene indikerer at manglende informasjon ikke er problemet når rehabiliteringstjenester skal tildeles mennesker med moderate og alvorlige hodeskader. Det synes å være mer relevant å se på føringer som formell organisasjonsstruktur legger for informasjonsutveksling og beslutningsfatting.

Nøkkelord

myndighetslinjer, kommuner, sykehus, rehabilitering

### Abstract

In this article, we focus on the significance of formal organisational structure on information exchange between hospitals and municipal health services as well as internal information exchange in the municipalities when allocating rehabilitation services. Further, the scope of the article is the significance of information exchange for actual service allocation. Interview, observation and document analysis of ten transition processes form the basis of this study. The findings show that the information exchange was extensive and mainly followed the formal organisational structure. Local guidelines and electronic tools supported information exchange through the same structures. Decisions on the allocation of services were made in the individual lines of authority, characterised by lack of joint decision-making. The findings indicate that lack of information is not the problem when rehabilitation services are provided to people with moderate and severe head injuries. It seems more relevant to address the bonds of formal organisational structure on information exchange and decision-making.

Keywords

Lines of authority, municipalities, hospitals, rehabilitation

## Innledning

Bedre samhandling og kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren har stått på den norske politiske dagsordenen de siste tiårene. En av de viktigste hensiktene med samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009)) fra 2012 var å få første- og andrelinjetjenesten til å samarbeide bedre. Gjennom bedre kontakt mellom sykehus og kommuner skulle overgangen mellom helsetjenestenivåene gjøres bedre, og pasienter med store og sammensatte behov skulle få et mer helhetlig tilbud. Flere studier har pekt på at mer informasjon fra sykehus til kommune synes å være det viktigste tiltaket for å bedre samarbeidsforholdet ved utskrivninger av eldre med omfattende behov (Paulsen & Grimsmo, 2008; Helsetilsynet, 2016). En litteraturstudie gjennomført av Norges Forskningsråd (Anvik mfl., 2019), konkluderer med at det er behov for mer empirisk forskning om hvordan samhandling og koordinering faktisk foregår, og hvilke hindringer og utfordringer som eksisterer når det gjelder tjenester til mennesker med sammensatte behov. Denne artikkelen er basert på en studie av hvilken betydning organisasjonsstruktur har for informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og to kommuner i Norge i saker som gjelder tildeling av kommunale tjenester for personer med moderate og alvorlige hjerneskader. Slike skader medfører ofte langsiktige fysiske, kognitive, atferdsmessige og emosjonelle svikt og gir vansker i mange deler av livet. Behovet for tjenester strekker seg fra høyspesialisert medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten til et bredt spekter av tjenester i kommunene (Maas mfl., 2017). Tildeling av slike tjenester involverer forvaltning av ressurser som tid, personell og kostnader.

En forutsetning for at en organisasjon skal kunne nå sine mål, er hensiktsmessig organisasjonsstruktur som identifiserer ansvar og myndighet, og hvor de ulike oppgavene skal løses (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Nene & Pillay, 2019). Kunnskap om organisering og samarbeid er etterspurt både nasjonalt og internasjonalt (Maas mfl., 2017; Anvik mfl., 2019). Særlig etterspørres kunnskap om prosesser som går på tvers av organisasjoner (Vik, 2018). På denne bakgrunn retter vi søkelyset mot hvilken betydning formelle myndighetslinjer har for informasjonsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i kommunene ved tildeling av rehabiliteringstjenester, mot omfanget av denne og i neste omgang hvilken betydning den har for den faktiske tjenestetildelingen. Begrepet myndighetslinjer viser her til hvordan beslutningsmyndighet er fordelt horisontalt og vertikalt og beskriver formelle kanaler for informasjon, saksgang og beslutninger. Rehabilitering er et fagområde som berører flere faggrupper som organiseres i flere myndighetslinjer i kommunene, og innebærer derfor nødvendig informasjonsutveksling og samarbeid på tvers. Formålet med artikkelen er å få sikrere kunnskap om hvordan informasjonsutveksling foregår i et flerfaglig felt som involverer flere myndighetslinjer og nivåer i kommunene. Informasjonsutveksling er i denne sammenheng en avgrensning av det mangfoldet som ligger i begrepet «kommunikasjon». Informasjonsutveksling i denne studien omhandler den delen av kommunikasjonen som knytter seg til den faktiske tjenesteytingen som kommunene har ansvaret for i konkrete pasientforløp.

I neste avsnitt redegjør vi for den rettslige konteksten for tjenestetildeling og informasjonsutveksling. Deretter presenterer vi artikkelens teoretiske tilnærming og sentrale begreper som ligger til grunn for de empiriske analysene. Videre presenterer vi artikkelens metode og datagrunnlag. Et avsnitt er viet innholdet i de formelle myndighetslinjene i to norske kommuner. De empiriske resultater presenteres i påfølgende avsnitt. Avslutningsvis følger en diskusjon av funnenes betydning for tjenestetildelingen.

## Rettslig kontekst for tjenestetildeling og informasjonsutveksling

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) regulerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. Rettighetene til den enkelte pasienten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), mens helse- og omsorgspersonellens ansvar og plikter er regulert i helsepersonelloven (1999). Lover som omhandler sosiale tjenester, barneverntjenester og opplæring, pålegger kommunene ansvar som kan ha betydning for hvilke helse- og omsorgstjenester den enkelte person har krav på eller tildeles. Kommunen har plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som er nødvendig, må imidlertid fortolkes. Kommunen har etter lovgivningen også andre plikter, som det å arbeide forebyggende og helsefremmende, sørge for brukermedvirkning, gi støtte til pårørende og medvirke til å skaffe boliger for vanskeligstilte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1).

Når det gjelder samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og internt i den enkelte kommunen, følger det av § 3.1 i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene har ansvar for å legge til rette for samhandling mellom de ulike deltjenestene innad i kommunen og med andre tjenester. Selve samhandlingen mellom sykehus og kommuner er skjerpet gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 6-1–6-6; Gautun mfl., 2016). Av lovteksten fremkommer det at samarbeidsavtalene blant annet skal omhandle samarbeid om utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og IKT-løsninger. Helsepersonelloven uttrykker plikten for helsepersonell til å dokumentere helsehjelp. Journaldokumenter skal være «lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell» (1999, § 40). Det er et krav at skriftlig informasjon skal kunne sendes videre slik at «videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte» (§ 45 a). Forsvarlighet og etterprøvbarehet er sentrale grunner for dokumentasjonsplikten (Duvaland, 2002). Lovverket legger altså betydelig vekt på kravet om samarbeid og koordinering av tjenester overfor enkeltindivider.

## Myndighetslinjer og informasjonsutveksling

Formelle myndighetslinjers betydning for muntlig og skriftlig informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i kommunene handler om betydningen av det som i organisasjonsteorien benevnes som formell struktur. Organisasjonsstrukturen beskriver hvordan oppgaver er fordelt og gruppert, hvordan myndighet er fordelt i hierarki, hvilke mekanismer som koordinerer aktiviteten, og hvilke ordninger som finnes for styring av ansatte i organisasjonen (Mintzberg, 1979; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Organisasjonsstruktur kan derfor defineres som en samling av rolleforventninger med hensyn til hvem som skal gjøre hva, hvordan og når (Egeberg & Trondal, 2018; Christensen mfl., 2020). Her viser begrepet organisasjonsstruktur til hvordan norske kommuner er bygget opp i hierarkier av seksjoner/etater og avdelinger. Begrepet myndighetslinjer viser til hvordan beslutningsmyndighet er organisert, hvordan oppgaver er fordelt, og hvem som har ansvar for å beslutte hva. Myndighetslinjer beskriver formelle kanaler for informasjon, saksgang og beslutninger. Gjennom oppgavefordeling i underenheter og myndighetslinjer etableres utsilingsmekanismer som er av betydning for ansattes oppmerksomhet og adferd (Egeberg, 2007; Fimreite mfl., 2014; Egeberg & Trondal, 2018).

Behovet for informasjonsutveksling varierer i og mellom organisasjoner. Jo tettere deloppgaver henger sammen, jo større er behovet for informasjonsutveksling (Thompson, 1967; Burton & Obel, 2018). Horisontal og vertikal informasjonsutveksling har til hensikt å knytte sammen ulike enheter og kan ta ulike former: formell og uformell, muntlig og skriftlig. For at organisasjoner skal kunne nå sine mål er informasjonsutveksling på tvers av ulike

myndighetslinjer (horisontal) og mellom nivåer i en og samme myndighetslinje (vertikal) avgjørende (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Slik kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for beslutningstaking i organisasjoner og en integrert del av enhver beslutningsprosess. Kunnskap om betydningen av formelle myndighetslinjer er derfor viktig (Mintzberg, 1979; March, 2009; Burton & Obel, 2018; Egeberg & Trondal, 2018) og genererer spørsmål om hvem snakker sammen om hva, og hvem som fatter beslutninger på hvilket informasjonsgrunnlag (Marschak & Radner [1972](#) i Burton & Obel, 2018).

Betydningen av organisasjonsstruktur er omdiskutert og har fått lite oppmerksomhet i senere tids organisasjonsforskning (Nesheim, 2016; Jacobsen & Johansen, 2020). Studier av risikostyring har vist at det foreligger betydelig lojalitet til formelle strukturer for informasjonsutveksling og en forventning om å følge de formelle linjene i hierarkiet (Weber, 1947 i Sørensen, 2017). Informasjonsutveksling kan imidlertid bli koblet løs fra organisasjonens formelle struktur når aktører står under sterkt tidspress med krav om handling tross dyp forankring av organisasjonsstrukturen i organisasjonen (Sørensen, 2017). Studier av norske departementer viser at formell struktur er bestemmende for det informasjonsgrunnlaget beslutningstakerne kan basere seg på, og for hvem som har hyppig kontakt (Egeberg, 1984). Ifølge Egeberg (1984) eksisterer det en klar sammenheng mellom formell struktur og faktisk atferdsstruktur. Det er likevel et åpent spørsmål om dette gjelder under alle betingelser og i alle organisasjoner (Egeberg, 1984). Eksempelvis viser studier at samsvar mellom formell struktur og faktisk adferd i hierarkiske organisasjoner kan avta jo større organisasjonene blir (Painter, 1980 i Egeberg, 1984).

Flere studier av offentlig tjenesteyting i helse- og omsorgstjenestene har vært opptatt av samhandling og kommunikasjon (Vik, 2018; Ahlgren mfl., 2019). Innføringen av elektroniske kommunikasjonsverktøy mellom tjenesteytere har gjort informasjon mer tilgjengelig (Borgen mfl., 2015; Brattheim mfl., 2016). Andre studier finner at kommunale aktører angir manglende informasjon fra sykehusene som et problem ved oppgaveoverføring i forbindelse med utskrivelse av pasienter (Paulsen mfl., 2013). Informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune kan være preget av irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon (Melby mfl., 2019). Samtidig kjennetegnes samhandlingen av økt skriftlig informasjonsutveksling. Ulike pasientjournalssystemer i ulike helsetjenester skaper imidlertid samhandlingsutfordringer (Hellesø mfl., 2019). Studier har vist at innføring av egne vedtakskontor i kommunene har innsnevret mulighetene for kommunikasjon mellom helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Gjerde mfl., 2016). Studier viser også at det er stor variasjon i bruken av skriftlige elektroniske prosedyrer som er etablert for å regulere samhandlingen mellom sykehus og kommuner i utskrivningssituasjoner (Paulsen mfl., 2013). De få studiene vi har funnet, viser at generelle organisatoriske forhold er av betydning for samhandling i helse- og omsorgssektoren (Valaker, 2014; Grimsmo mfl., 2015).

Myndighetenes satsing på mer informasjon og bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har rot i en oppfatning om at omfanget av informasjon er for lite, og at en styrking av kommunikasjonen vil gjøre overgangen mellom helsetjenestenivåene bedre og gi pasienter et mer helhetlig tilbud. Ifølge Wildavsky og Majone (1984) er det viktig å åpne for at myndighetenes policy kan være adekvat, mens implementeringen av den kan være problematisk, men også at problembeskrivelsen policy er basert på kan være feil. I slike tilfeller er problemet i utgangspunktet stilt feil, og god implementering vil nødvendigvis ikke bedre situasjonen.

Den empiriske forskningen på organisasjoner gir grunnlag for å konkludere at betydning av formell struktur kan variere. Dette illustrerer at vi må studere hvilken betydning formell organisasjonsstruktur har i konkrete organisasjoner og konkrete situasjoner. Vi undersø-

ker derfor om informasjonsutvekslingen følger den formelle organisasjonsstrukturen som er etablert, i den hensikt å sikre god informasjon og samhandling i rehabiliteringsarbeid. I tillegg undersøker vi omfanget av informasjonsutvekslingen og hvilke konsekvenser den synes å ha for tjenestetildelingen.

## Metode

Moderne organisasjoner, som sykehus og kommuner, er ekstremt informasjonsrike (Egeberg, 1984). Medlemmene av organisasjonene skal kommunisere og ta beslutninger i en kompleks virkelighet (Egeberg & Trondal, 2018). Å studere hvilken betydning myndighetslinjer har for informasjonsutveksling er derfor utfordrende. Vi valgte å studere ti utskrivelsesprosesser i overgangen fra rehabilitering i sykehus til rehabilitering i to norske kommuner. De ti utskrivelsesprosessene omhandlet pasienter mellom 18 og 80 år med moderate og alvorlige hjerneskader etter akutt sykdom/skade. Kriterier for inklusjon var ved samtykketidspunktet at pasientene ville ha behov for rehabiliteringstjenester fra minst fire ulike faggrupper i kommunene. Materialet er derfor egnet til å undersøke nærmere kommunal organisasjonsstruktur, informasjonsutveksling og beslutninger om tjenestetildeling i organisasjoner der ulike enheter og organisasjoner har delt ansvar for tjenester til mennesker med omfattende og sammensatte behov. Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden juni 2015 til oktober 2018. Forløp ble inkludert når samtykke forelå fra pasienter/verge/pårørende. For den ene kommunen innebar dette at det gikk to og et halvt år mellom inklusjon av to utskrivningsprosesser. Enkelte forløp strakk seg over seks måneder. Alle pasientene ble rekruttert fra samme sykehusavdeling for å unngå ulik sykehuspraksis for utskrivelsesprosesser.

Større organisasjoner forventes å ha større horisontal og vertikal spesialisering, som blant annet innebærer flere myndighetslinjer (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Informasjonsutveksling antas være tettere og enklere i mindre organisasjoner. Ikke minst er det en oppfatning om at det vil være mer direkte horisontal kommunikasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Kommunestørrelse kan ha betydning for kommunale helse- og omsorgstilbud (Gautun mfl., 2001). For å fange opp eventuell betydning av kommunestørrelse ble pasienter fra henholdsvis en mellomstor kommune (< 19 999) og en storbykommune (> 20 000) inkludert i studien.

Dokumenter fra hver utskrivelsesprosess, observasjon og intervju utgjør datagrunnlaget i studien. De skriftlige dokumentene omfattet korrespondanse mellom fagpersoner, mellom tjenestemottakere/pårørende og det offentlige tjenesteapparatet, møteinnkallinger og møte-referat samt henvisninger, søknader, saksutredninger og notater fra pasientjournalene. For å sikre oversikt ble også skriftlig dokumentasjon fra pårørende og pasienter samlet inn. Førsteforfatter observerte åtte planleggings- og utskrivingsmøter der pårørende/verge, ansatte i sykehus og kommunalt ansatte deltok. Videre gjennomførte førsteforfatter intervjuer med kommunale aktører og pasienter/pårørende/verge. Disse ble inkludert etter hvert som de inngikk i de enkelte utskrivelsesprosessene. Tabellen nedenfor viser intervjuede informanter i de enkelte forløpene:

**Tabell 1.** Oversikt over informanter

Forløp	Pårørende/ brukere	Saksbehandler/ rådgiver Bestiller kontor	Koordinator	Rehabiliteringsteam utenfor institusjon	Rehabilitering i kommunal rehab. institusjon (ergoterapeut/ fysioterapeut/ sykepleier/ lege/ sosionom)	NAV	Ledere ulike enheter	Fastleger	Logoped/ synspedagoger	Sum informanter
A	1	1	1	-	3	-	5	1	1	13
B	1	1	-	-	4	1	5	-	1	13
C	2	1	-	-	4	-	1	-	1	9
D	1	2	1	3	-	-	5	-	1	13
E	-	2	1	3	4	-	1	-	1	12
F	2	2	-	3	4	-	1	1	1	14
G	1	-	-	-	5	-	3	-	1	10
H	1	-	-	-	4	-	3	-	1	9
I	2	1	1	-	3	-	1	1	2	11
J	2	-	-	3	4	-	2	1	1	13

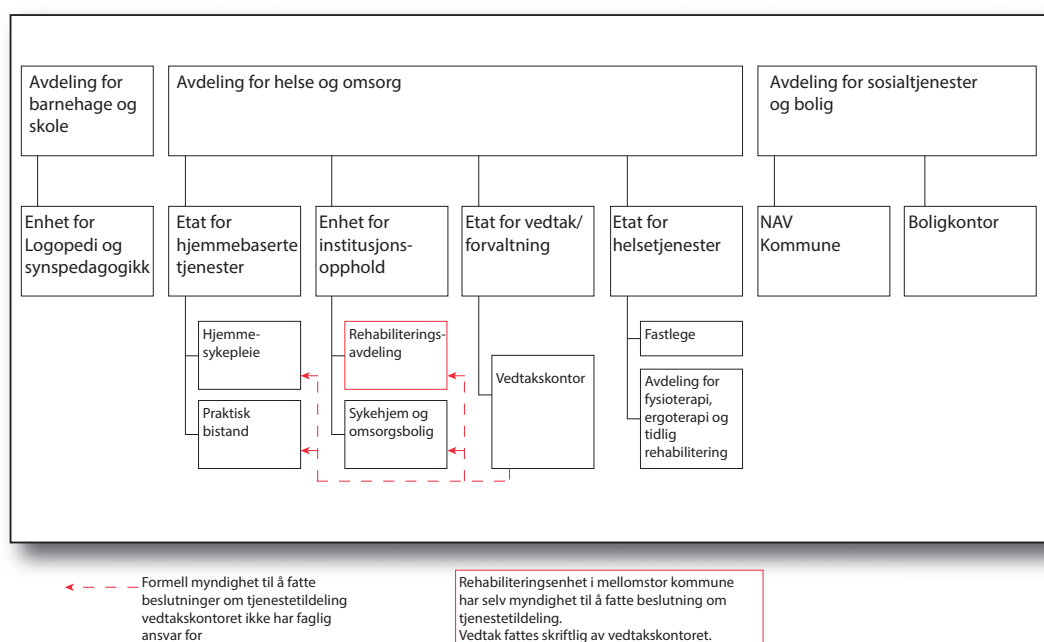
Data fra intervjuene, observasjonene og de skriftlige dokumentene ble plottet inn i tidslinjer. Disse gav oversikt over kronologi og informasjonsutveksling, aktører og enheter samt vurderinger og beslutninger og la til rette for å studere hvert enkeltstående forløp for seg og sammenligne og kontrastere dem. Til slutt ble disse sammenfattet i et felles kart som blir presentert i denne artikkelen.

En svakhet ved studien er at flere forløp mangler intervju med fastleger og representanter for NAV. Inklusjon av intervju med ansatte i spesialisthelsetjenesten kunne gitt større innsikt i informasjonsutveksling som ikke er dokumentert skriftlig, tatt opp i møter eller adresert av kommunalt ansatte. Utvalget i studien er begrenset både i antall inkluderte kommuner og hendelsesforløp. Generalisering er en utfordring. Vi vil imidlertid argumentere for at denne type studier gir en dyp innsikt i empirien som studeres (Flyvbjerg, 2006; Yin, 2018). Gjennom denne studien har vi kunnet komme nærmere prosesser som ellers er lite tilgjengelige.

Pasienter med hjerneskade forventes å kunne ha nedsatt samtykkekompetanse. Behandlende leger ga ut informasjon og innhentet skriftlig samtykke fra pasient/pårørende/verge. Kommunene og spesialisthelsetjenesten ble kontakten via ledere som godkjente gjennomføring av datainnsamling. Studien er godkjent av NSD og personvernombud for lokalt sykehus.

### Myndighetslinjer i de to undersøkte kommunene

Begge kommunenes myndighetslinjer fulgte organisasjonsstrukturens fordeling av ansvar for ulike oppgaver som skole, barnehage, helse, pleie, omsorg, tekniske tjenester, kultur, barnevern og sosiale tjenester. Den store kommunen hadde flere spesialiteter, flere hierarkiske nivåer og flere underliggende avdelinger. Eksempelvis hadde den store kommunen flere lokale vedtakskontorer og egne saksbehandlere som håndterte vedtak for rehabilitering samt egne rådgivere. Den mellomstore kommunen hadde et vedtakskontor, uten egne rådgivere, der saksbehandlerne håndterte alle typer saker og hadde direkte informasjonsutveksling med lederen for avdeling for helse og omsorg. Figur 1 viser en forenklet modell av myndighetslinjene for involverte aktører i de to kommunene.



**Figur 1.** Formell organisasjonsstruktur og involverte kommunale enheter ved tjenestetildeling i overgangen fra rehabilitering på sykehus til kommunal rehabilitering

Som det fremgår av figuren, var helse, pleie og omsorg samlet i en felles etat med en ansvarlig leder i de to studerte kommunene. Under denne var det ledernivåer med delansvar for tjenester i ulike fagfelt som legetjenester, sosiale tjenester, fysioterapi, ergoterapi samt hjembaserte tjenester som hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I begge kommuner var det etablert vedtakskontorer. Disse hadde ansvar for saksbehandling, vedtak og bestilling av tjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand samt sykehjem og omsorgsbolig. I den store kommunen hadde vedtakskontoret myndighet over vedtak om rehabiliteringstjenester i institusjon. I den mellomstore kommunen hadde den lokale rehabiliteringsavdelingen egen beslutningsmyndighet. Tidlig rehabilitering i hjemmet, fysioterapi, ergoterapi og sosiale tjenester lå utenfor vedtakskontorenes beslutningsmyndighet. Logopedi og synspedagogiske tjenester lå i en annen myndighetslinje.

## Funn

### Informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommunene

Informasjonsutveksling skjedde hovedsakelig i samsvar med samarbeidsavtalen mellom sykehuset og de to kommunene. De benyttet elektroniske meldinger, brev, telefon og møter for formidling av helseinformasjon og planlegging av rehabilitering. I tillegg hospiterte kommunalt ansatte i sykehuset før pasienten ble skrevet ut. Ifølge pasientjournalene skjedde den første kontakten typisk ved at kommunen fikk skriftlig melding om at en navngitt innbygger var lagt inn på sykehus med alvorlig skade/sykdom. Vedtakskontorene svarte kort at informasjonen var mottatt, og at de avventet videre kontakt fra sykehuset. Fastlegen ble informert om pasienten gjennom en tilsendt legeepikrise (kort oppsummering av skade og medisinsk behandling) fra akuttavdelingen.

Etter at pasienten hadde vært på sykehusets rehabiliteringsavdeling en periode, ble en tverrfaglig vurdering skrevet av behandlende ergoterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeidere, lege, logoped, nevropsykolog, sosionom og sykepleier. Dokumentet ble sendt til kommunenes vedtakskontor sammen med en søknad om kommunale tjenester. Den skriftlige informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunenes vedtakskontor tok i flere tilfeller form av dialog i den forstand at kommunene stilte spørsmål, ga kommentarer, ba om utdypninger osv. under hele pasientens rehabiliteringsopphold på sykehuset. Sykehuset sendte kommunene særfaglige dokumenter som gikk direkte fra en faggruppe på sykehuset til den samme faggruppen i kommunene. Dette var epikriser fra ergoterapeut, fysioterapeut, lege og logoped. I tillegg sendte sykehuset søknader om tjenester på vegne av pasienten eller deres pårørende. Dette var søknader om sosiale stønader, hjelpemidler og trygdeordninger, logopedi og rehabiliteringsopphold eller botilbud utenfor pasientens eget hjem. Skriftlig informasjonsutveksling skjedde både i forkant av og som en videreføring av telefonsamtaler, møtevirksomhet og hospitering. Pårørende/verge var til stede i all møtene. I tre av møtene deltok også pasienten. Fra sykehuset deltok pasientens tverrfaglige behandlingsteam (inntil åtte ansatte).

### Informasjonsutveksling internt i kommunene

Informasjonsutvekslingen internt i kommunene handlet i første omgang om faglige og administrative forhold vedrørende tjenesteyting i den enkelte myndighetslinje. Gjennom intervjuene kom det frem at alle de involverte enhetene hadde møter hvor tjenestetildelingen ble drøftet internt med ledere og kollegaer i egen enhet. Ifølge lederne for de ulike enhetene og saksbehandlere i vedtakskontorene var hensikten å sikre lik praksis for tjenestetildeling. De understreket også at egne interne møter var nødvendig for å gå inn i saker der vurderin-



gene om tjenestetildeling var vanskelige eller uklare. Møtene fant sted både før og etter at det ble gjort skriftlige tilrådninger.

Intervjuene og den skriftlige dokumentasjonen tydeliggjorde at det i flere tilfeller var muntlig og/eller skriftlig kontakt på tvers av kommunale enheter som mellom vedtakskontor og fastlege, vedtakskontor og fysioterapi- og ergoterapitjenesten og vedtakskontor og enhet for pleie- og omsorgstjenester. Dette omfattet blant annet interne henvisninger. I begge kommunene var det ukentlige møter mellom ansatte i vedtakskontorene og ledernivået i kommunal rehabiliteringsavdeling der tjenestetildeling ble vurdert. Samtidig var de kommunale aktørene eksplisitte på at de i hovedsak tok opp tjenestetildelingen med bakgrunn i egne retningslinjer, dvs. at fysioterapi-, ergoterapi-, logoped- og synspedagogiske tjenester vurderte henvisningene ut fra sine egne prioriteringslister. Fastlegene på sin side beskrev at de tidvis hadde både muntlig og skriftlig dialog med vedtakskontorene om tjenestebehov. De oppga imidlertid å ha en liten rolle i selve beslutningen om tjenestetildelingen.

I intervjuene fremkom det at den skriftlige informasjonen fulgte den enkelte myndighetslinjen i kommunene. Når de ulike kommunale enhetene som enhet for ergo- og fysioterapi, logopedi og vedtakskontor hadde mottatt henvendelser fra sykehuset, ble disse tatt opp internt i den enkelte enhet. Dokumentanalysen og intervjuene viste at begge kommunene hadde egne rutiner og krav til håndtering av informasjonen som ble gitt, og skriftlige føringer for vurdering av tjenestetildeling. På bakgrunn av malen som var utarbeidet for tildeling av ergo- og fysioterapitjenester i de ti største kommunene i Norge, var det utarbeidet «prioriteringsnøkler» som kort beskrev hastegrad for når ulike pasienter skulle tilbys tjenester. For pleie- og omsorgstjenester var det utarbeidet lokale skriftlige retningslinjer med detaljerte beskrivelser av tilbud, kriterier for tjenestetildeling og henvisninger til lovverk. Psykologtjenesten og logopedtjenesten hadde lignende skriftlige føringer. I den store kommunen var en detaljert «prioriteringsnøkkel» for logopedtjenesten under utarbeidelse. På grunnlag av de nevnte skriftlige dokumentene ble det i linjene gjort særfaglige kompetanse- og kapasitetsmessige vurderinger som ble drøftet i interne møter. Det var omfattende muntlig informasjonsutveksling – både formell og uformell – mellom aktørene i kommunene. Uformelle samtaler foregikk i det daglige arbeidet med pasientene, til og fra møter og i lunsjpausene. I all hovedsak fulgte informasjonsutvekslingen i de ti forløpene de formelle myndighetslinjene. For begge kommunene syntes organisasjonsstrukturen å legge sterke føringer på informasjonsutveksling både mellom sykehuset og kommunene og internt i kommunene. Organisasjonsstrukturen syntes videre å være sterkt førende for hvem som deltok i informasjonsutvekslingen om vedtak av tjenester mellom kommunen og pasienten / pårørende.

### Beslutninger om tjenestetildeling ble tatt i den enkelte myndighetslinje

De kommunale aktørene oppgav i intervjuene at beslutninger om å yte eller tildele kommunale tjenester ble gjort i den enkelte kommunale enhet. Dette innebar eksempelvis at beslutninger om logopedi og rehabilitering av syn ble tatt i etat med ansvar for opplæring, og at beslutninger om fysioterapi, ergoterapi og ytelser fra NAV var lagt til enheten som skulle yte tjenesten. Beslutninger om tjenester som døgnbasert rehabilitering (storkommunen), hjemmesykepleie, individuell plan etc. ble fattet i vedtakskontorene. Et stort flertall av de kommunale aktørene la vekt på at skriftlig dokumentasjon måtte foreligge i forkant av beslutninger om tjenestetildeling. Dette kom frem både av intervjuene og av skriftlig kommunikasjon der en enhet etterlyste skriftlig henvisning fra annen enhet. Dette ble særlig tydelig kommunisert av ansatte i vedtakskontorene i den store kommunen.

Beslutningene om tjenestetildeling ble fattet i samsvar med hvor beslutningsmyndighet lå i kommunenes formelle organisasjonsstrukturer. Et tydelig eksempel på dette fant vi i den

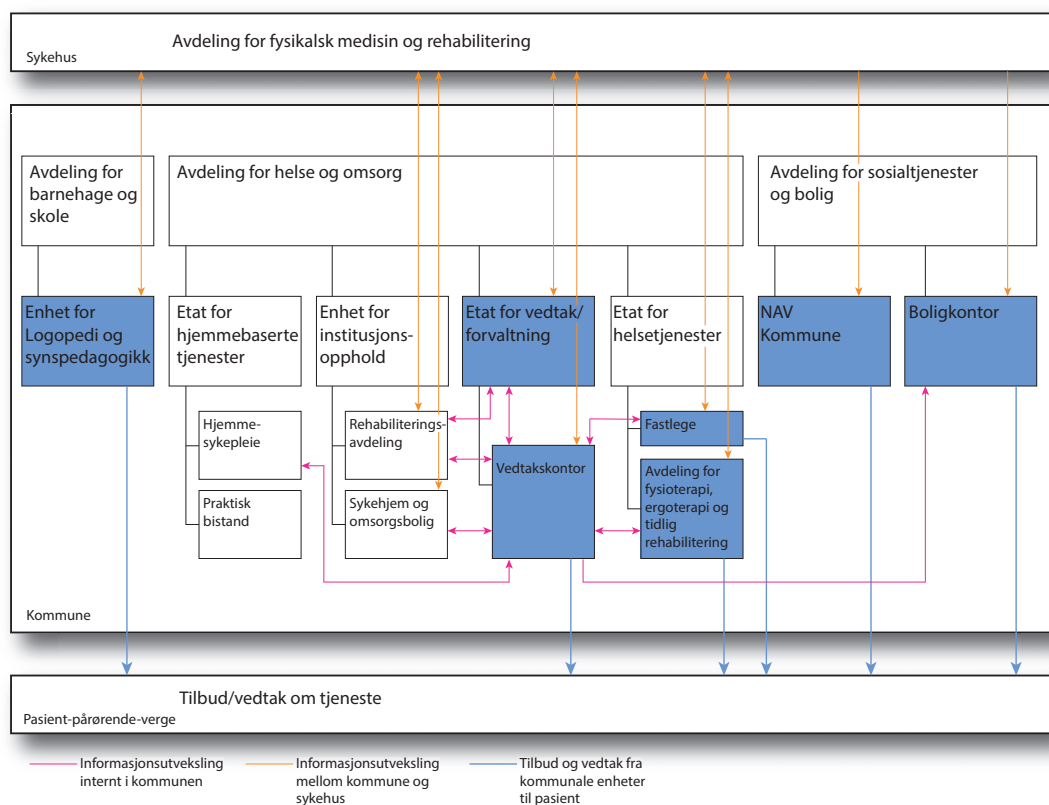
store kommunen der vedtakskontorene for fire av åtte pasienter fattet vedtak om kommunal rehabilitering i institusjon i strid med både muntlig og skriftlig anbefaling fra sykehus og kommunal rehabiliteringsinstitusjon. Både offentlige ansatte og pårørende beskrev særlige utfordringer når pasienten hadde barn, forsørgeransvar og atferdsendringer som krevde omfattende kompetanse og tjenester som lå til ulike myndighetslinjer. Pårørende viste til flere ulike enkeltvedtak fra ulike tjenesteytere i kommunen.

I alle enhetene i kommunen deltok den nærmeste lederen i vurderingene fram mot tjenesteyting og vedtak. Det fremkom imidlertid ikke av den skriftlige dokumentasjonen hvorvidt beslutninger om tjenesteyting og tildeling var tuftet på kunnskap som berørte enheter utenfor egen linje. Et eksempel på dette var når det forelå behov for avklaring om nytt bosted etter ferdigbehandling i sykehuset. I henhold til intervjuene med saksbehandleren var situasjonen prekær, og det hastet å få avklart ny bolig for pasienten. Geografisk beliggenhet var avgjørende for tildelingen av tjenester. Det kommunale boligkontorets vedtak uttrykte noe annet: «Du er tildelt trygdebolig og står som nr. 250 i kø» (forløp d. Brev til pasient). Det skriftlige tildelingsbrevet fra boligkontoret indikerer liten grad av felles vurdering og beslutning på tvers av boligkontoret og vedtakskontoret.

Fravær av felles vurderinger og beslutninger på tvers kan nyanseres. I et av forløpene i den mellomstore kommunen samlet administrasjonssjefen lederne for de ulike linjene for å drøfte den ekstraordinære utfordringen som fulgte av at en av kommunens innbyggere var ferdigbehandlet ved sykehuset, og at ressursbehovet oversteg det budsjettert gav rom for i angjeldende linje alene. Ressursallokering var i henhold til administrasjonssjefen, helse- og sosialsjefen samt lederen for vedtakskontoret nødvendig og krevde kommunikasjon og handling på tvers av linjeorganisasjonen. I intervjuene gav aktørene i den mellomstore kommunen uttrykk for at dette var nødvendig. Av intervjuene kom det frem at de interne retningslinjene for tjenestetildeling ble lagt bort i dette tilfellet fordi retningslinjene i henhold til lederen for vedtakskontoret ikke dekket sakskomplekset. Lignende eksempler foreligger ikke i den store kommunen, selv om det i flere av forløpene ble beskrevet betydelige utfordringer og utilstrekkelige ressurser.

### Oppsummering funn

Figuren nedenfor illustrerer informasjonsutvekslingen og beslutningsfattningen i de ti studerte forløpene. Pilene viser muntlig og skriftlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunene samt internt i kommunene og tilbud eller vedtak om tjenester til pasient/pårørende/verge. Enhetene som besluttet tildeling av kommunale tjenester, er markert med blått. Figur 2 viser at informasjonsutvekslingen i de ti studerte forløpene gikk mellom flere ulike aktører og fulgte formelle kommunale myndighetslinjer samtidig som beslutningen om tjenestetildeling ble fattet i den enkelte kommunale myndighetslinjen. Vedtakskontoret fremstår som en hovedaktør i informasjonsutvekslingen, i vurderinger og beslutninger om tjenestetildeling innen enhet for hjemmebaserte tjenester og enhet for institusjonsopphold. Øvrige tjenester som helsetjenester, logopedi og sosiale tjenester vurderer og fatter beslutninger for sine egne tjenester.



**Figur 2.** Formelle myndighetslinjer, faktisk informasjonsutveksling og beslutningsfattere

## Drøfting og konklusjon

Våre funn viser at det foregår betydelig informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommunene og internt i kommunene. Både sykehuset og kommunene hadde satt av ressurser til møtevirksomhet, hospitering og skriftlig dokumentasjon. Slik sett prioriterte både sykehuset og kommunene felles oppgaveløsning (Thompson, 1967). Både elektroniske informasjonsverktøy og skriftlige føringer i form av maler og rutiner for håndtering av informasjon og beslutninger synes å bidra til omfattende skriftliggjøring av informasjonsutvekslingen. Dette er i samsvar med tidligere forskning som viser at informasjonsutvekslingen er mer omfattende og lettere tilgjengelig etter innføring av elektroniske kommunikasjonssystemer (Borgen mfl., 2015; Brattheim mfl., 2016; Hellesø mfl., 2019). En slik skriftliggjøring bidrar til å kvalitetssikre informasjon fordi den kan etterprøves, men kan samtidig hindre involvering på tvers av den hierarkiske organisasjonsstrukturen.

Organisasjonsstrukturen har som nevnt til hensikt å sikre regularitet og forutsigbarhet i atferden til organisasjonsmedlemmene (Egeberg & Trondal, 2018; Christensen mfl., 2020). Våre funn støtter opp om at det er høy grad av samsvar mellom formell struktur og faktisk atferd uavhengig av om det er en mellomstor eller stor kommune. Det er behov for flere studier for å avkrefte eller bekrefte dette, men ut fra våre funn synes informasjonsutvekslingen å være forutsigbar. Det samme gjelder for beslutningene om tjenestetildelingen. Vår undersøkelse tyder på at myndighetslinjene ikke bare definerer hvem som skal gjøre hva, hvordan og når i en kommune. De synes også å ha styrt hvordan de skriftlige organisasjonsverktøyene er tilpasset de hierarkiske kommunale strukturene. Dette i seg selv kan ha

forsterket den vertikale informasjonsutvekslingen og kan ha gitt føringer også for den muntlige informasjonsutvekslingen. Vår undersøkelse viser også at beslutninger om tjenestetildeling ble tatt i myndighetslinjene i de samme vertikale strukturene. Det er lite som tyder på at skriftlige føringer eller kommunikasjonsverktøy la opp til at vedtakene skulle fattes på bakgrunn av felles vurderinger horisontalt i det kommunale hierarkiet. Enkelttilbud om tjenester og enkeltvedtak som ble sendt ut fra de kommunale aktørene til pasienten, underbygger dette.

Sørensen (2017) hevder at kommunikasjon i form av informasjonsflyt kan bli koblet løs fra organisasjonsstrukturen når aktørene står under tidspress med krav om handling. Tidspresset knyttet til å finne løsninger for alvorlig syke pasienter, kan bli stort i kommunene. I våre funn er det lite som tyder på at de kommunale aktørene fravek de formelle myndighetslinjene når de utvekslet informasjon eller fattet beslutninger. Når dette er sagt, fant vi at det syntes å være større fleksibilitet knyttet til informasjonsutveksling både vertikalt og horisontalt i den mellomstore kommunen enn i den store. Aktørene i den mellomstore kommunen syntes også i større grad å være villig til å avvike fra lokale føringer for tjenestetildeling. Ved å løfte spørsmålet om tjenesteyting til øverste administrative myndighetsnivå ble ressursallokering mellom kommunale etater mulig. Funnet er i samsvar med tidligere studier (Hansen & Helgesen, 2012). Som nevnt over var det «kortere vei», dvs. færre ledernivåer, mellom tjenesteyterne og administrasjonssjefen i den mellomstore kommunen enn i den store. I og med at tjenesteveien var kortere, er vår hypotese at det kan ha vært enklere å ta opp utfordringer nede i organisasjonen og enklere for administrasjonssjefen å holde oversikt over de ulike budsjettområdene. Funnene våre viser at vedtakskontorene er sentrale både med hensyn til informasjonsutveksling og tjenestetildeling. Andre studier har vist at innføring av vedtakskontor i kommunene har snevret inn mulighetene for direkte kommunikasjon mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Gjerde mfl., 2016). Denne undersøkelsen finner noe av det samme.

Avslutningsvis vil vi løfte frem hvilken betydning våre funn kan ha for målet om en mer samordnet tjenestetildeling for personer med moderat og alvorlig hjerneskade. En av de viktigste hensiktene med samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009)) fra 2012 var som nevnt å få til en bedre samhandling mellom aktører i helse- og sosialsektoren. Når det gjelder samhandlingen mellom sykehus og kommunene, kan vi med utgangspunkt i våre funn slå fast at samhandlingen i form av informasjonsutveksling er betydelig. Når informasjonsutvekslingen og beslutningen om tjenestetildeling i all hovedsak følger de formelle myndighetslinjene, kan det i utgangspunktet synes uproblematisk og logisk, men fører det til mer samordnede tjenester? Pasienter som rammes av alvorlig hjerneskade, har ulike behov, som krever samordning av tjenester fra ulike myndighetslinjer. Noen av pasientene i vår studie var unge, andre gamle, noen hadde forsørgeransvar for barn, mens andre var i ferd med å flytte ut av barndomshjemmet da en sykdom eller ulykke plutselig rammet. Mange av disse vil ha behov for tjenester både knyttet til helse og omsorg, skole, barnevern, arbeid, fritid og økonomiske støtteordninger (Maas mfl., 2017). Dette er tjenester som er organisert i ulike linjer i kommunene, og noen også i eksterne offentlige instanser. Det ligger i sentrale og lokale politiske føringer at tilbudene skal være individuelt tilpasset og samordnet. Da kunne man kanskje ha forventet at informasjonsutvekslingen og særlig beslutninger oftere enn vi har sett i vår undersøkelse, gikk på tvers av de horisontale og vertikale organisasjonsstrukturene.

Til tross for omfattende innsats i form av tids- og personalressurser resulterte dette i liten grad i individuelt tilpassede tjenester på tvers av de kommunale myndighetslinjene. Uavhengig av informasjonsutvekslingen og hvor omfattende og omforent den enn var, endte

tjenestetilbud og vedtak for ni av ti tilfeller med plassering i allerede etablerte kommunale botilbud, stort sett i rehabiliteringsavdeling i sykehjem. I utgangspunktet kan dette kanskje synes uproblematisk. Men pasientgruppen var som nevnt ingen homogen gruppe. Tilbudet i kommunene ble av både saksbehandlere, fagpersonell og pårørende i flere av forløpene beskrevet som lite egnet for mange av disse pasientene. Ofte ble det vist til at den økonomiske konsekvensen for nærmeste familie, reaksjoner hos pasientenes nærmeste (f.eks. barn) og adferdsendringer hos den enkelte pasienten ville kreve kompetanse og tjenester som lå til andre myndighetslinjer. Likevel ble hverken NAV, barnevern eller pedagogisk kompetanse involvert i utformingen av tjenestetilbud som gikk på tvers av enhetsgrenser internt i kommunene. Det kan synes som om tjenestetilbudet på ett nivå – rehabilitering i institusjon – var gitt på forhånd. En mulig forklaring kan være at beslutningsmyndigheten for denne tjenesten lå til den instansen som hadde hovedansvaret for pasientene, og som i all hovedsak også hadde kontakten med den medisinske spesialisthelsetjenesten i utskrivningsforløpene. Det kan imidlertid ha skjedd individuelle tilpasninger etter at bo- og omsorgstilbudet var etablert.

Vår studie bidrar med empirisk kunnskap om hvilken betydning slike myndighetslinjer har for informasjonsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og to kommuner. Selv om vår studie er begrenset, og det ikke eksisterer mange studier på dette feltet, tyder ikke våre funn på at manglende informasjon er problemet når tjenester skal tildeles mennesker med moderate og alvorlige hodeskader. Ifølge Wildavsky og Majone (1984) er dette en situasjon som er kjennetegnet av et policyproblem. Implementeringen er riktig, men ideen om at mer informasjon vil gi pasientene et bedre og mer helhetlig tilbud, synes ikke å være helt adekvat. Dette betyr at anbefalingene om mer informasjon ikke løser de beskrevne utfordringene. Tvert imot kan det bidra til betydelig bruk av ressurser og en informasjonsflom uten reelle konsekvenser.

## Litteratur

- Ahlgren, P.C., Lind, J., & Nyland, K. (2019). *Styring av samarbeid i offentlig sektor*. Fagbokforlaget.
- Anvik, C., Bliksvær, T., Breimo, J.P., Lo, C., Olsen, E., & Sandvin, J.T. (2019). *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov*. Norsk Forskningsråd.
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R., & Steisekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning*, 10(1) 42–48. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53388>
- Brattheim, B.J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, (1), 26–33. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.56830>
- Burton, R.M., & Obel, B. (2018). The science of organizational design: fit between structure and coordination. *Journal of Organization Design*, 7, 5. <https://doi.org/10.1186/s41469-018-0029-2>
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P.G., & Røvik, K.A. (2020). *Organizational Theory and the public sector. Instrument, culture and myth*. Routledge.
- Duvaland, L. (2002). Dokumentasjonsplikten for helsepersonell. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 122, 2139–40.
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Aschehoug / Tanum-Norli.
- Egeberg, M. (2007). How bureaucratic structures matters: An organizational perspective. *The handbook of public administration*. Sage Publication.
- Egeberg, M., & Trondal, J. (2018). *An organizational Approach to Public Governance: Understanding and Design*. Oxford University Press.

- Fimreite, A.L., Lægreid, P., og Rykkja, L.H. (2014). Organisering, samfunnsikkerhet og krisehåndtering. Universitetsforlaget.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Gautun, H., Kjerstad, E., & Kristiansen, F. (2001). *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport nr. 57/01
- Gautun, H., Martens, C.T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88–93. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03> ER
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2016). Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner? In *Offentlig sektor i endring – Fjordantologien 2016*. Universitetsforlaget.
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.
- Hansen, G., & Helgesen, M. (2012). *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den okmmunale omsorgssektoren?* Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBIR-rapport 2012:26
- Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B., & Melby, L (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Cappelen Damm akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell mv.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. 1/2016.
- Jacobsen, D.I., & Johnsen, Å. (2020). Alignment of strategy and structure in local government. *Public Money & Management*, 40(4), 276–284. <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1715093>
- Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave). Fagbokforlaget.
- Maas, A., Menon, D., & Adelson, P.D. (2017). Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurology*, 16, 987–1048. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30371](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30371)
- March, J.G. (2009). *A primer on decision making. How decisions Happen*. F. Press Ed.
- Melby, L., Hellesø, R., Brattheim B., & Tussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. *I Digitalisering i sykepleietjenestene – en arbeidshverdag i endring*. Cappelen Damm akademisk.
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of Organizations. A synthesis of the reserch*. Prentice Hall.
- Nene, S.W., & Pillay, A. (2019). An investigation on the impact of organisational structure on organisational performance. *Financial Risk and Management Reviews*, 5(1), 10–24. <https://doi.org/10.18488/journal.89.2019.51.10..24>
- Nesheim, T. (2016). Kriseledelse og organisering. *Magma*, 4, 35–44.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, B., Romøren, T.I., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 13(1). <http://doi.org/10.5334/ijc.858>
- Paulsen, B., & Grimsmo, A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy: Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre* (SINTEF A7877).

- Sørensen, K. M. (2017). «Å bryte linja». *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 33(1), 37–53.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2017-01-0>
- Thompson, J.D. (1967). *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. MacGraw Hill.
- Valaker, I. (2014). Et helhetlig behandlingsforløp – samhandling rundt pasienter. I I.O. Bukve & G. Kvåle (red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Univeritetsforlaget.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03> ER
- Wildavsky, A., & Majone, G. (1984). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland, or, Why it's amazing that federal programs work at all: this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Pressman, Jeffrey L.. Berkeley. California University Press.
- Yin, R.K. (2018). *Case study research and Applications. Design and Methods*. SAGE Publications Inc.