

KAPITTEL 5

Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser

Erlend Vik

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde

Turid Aarseth

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde

Sammendrag: Koordinatorordninger i helsetjenesten er temaet for dette kapitlet, der vi undersøker både bakgrunnen for og spesielle utfordringer ved denne typen samordningstiltak. Det teoretiske utgangspunktet er Luhmanns systemteori og en forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert. Samordning handler her om å kunne få til kobling mellom ulike delsystemer.

Vi ser samhandlingsreformen som et tidsskille, og har gjennomført en dokumentanalyse av nasjonale styringsdokumenter i perioden 2008–2018. Gjennomgangen avdekket 14 ulike koordinatorordninger, hvorav åtte var spesifikt rettet mot pasienter med sammensatte behov. Problembeskrivelsene i styringsdokumentene og trekk ved utformingen av koordinatorordningene danner grunnlag for å identifisere tre mulige paradokser. Det første handler om at koordinatorordningene – gjennom å være opptatt av å håndtere grenser mellom delsystemer – kan bidra til å bevare den funksjonelle differensieringen heller enn å redusere den. Det andre viser til at selve organiseringen av koordinatorordningene kan forsterke den funksjonelle differensieringen, mens det tredje synliggjør at ordningene i seg selv bidrar til økt kompleksitet, ved at det oppstår behov for å koordinere koordinatorene.

Nøkkelord: koordinator, pasienter, sammensatte behov, systemteori, samordning, primær- og spesialisthelsetjeneste

Sitering av dette kapitlet: Vik, E., & Aarseth, T. (2019). Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 119–143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch5>.

Lisens: CC BY 4.0

Innledning

Koordinering regnes som en av de eldste og største utfordringene i offentlig sektor (Bouchaert, Peters & Verhoest, 2010). Særlig i helsetjenesten er behovene for koordinering store, gitt spesialisering og organisasjonsgrenser som i liten grad er tilpasset pasienter med sammensatte og langvarige hjelpebehov. Samhandlingsreformen St.meld. nr. 47 (2008–2009) kan ses som en bekreftelse på at arbeidet for å sikre mer helhet i pasientomsorgen har blitt en politisk og helsefaglig kjernesak (Hagen & Johnsen, 2013; Vik, 2018). Både i tilknytning til selve reformen og til den videre oppfølgingen lanseres ulike koordinatorordninger som virkemidler for økt samordning. Slike ordninger er ikke noe særnorsk fenomen, og de inngår i repertoaret av samordningsstrategier i en stadig mer spesialisert og kompleks helsetjeneste (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011).

Utgangspunktet for dette kapittelet er et spørsmål om koordinatorordninger har noen særtrekk som på en grunnleggende måte gjør at de skiller seg fra andre virkemidler. Mens for eksempel teamorganisering, samlokalisering, hospitering og partnerskap er innrettet mot å utfordre og bryte ned profesjonelle og organisatoriske grenser i helsetjenesten, kan det synes som om koordinatorordningene først og fremst er orientert mot å håndtere disse grensene. I så fall er det behov for innsikt både i innholdet i koordinatorordningene og i hvilke konsekvenser de kan tenkes å ha når målene om økt samordning i helsetjenesten skal realiseres. Vår utforskning er inspirert av Luhmanns systemteori (1993) og en forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert. Med dette menes at helsetjenesten ses som et system bestående av flere delsystemer som opprettholder hver sine funksjoner, eksempelvis i form av ulike profesjoner, organisatoriske enheter og forvaltningsnivåer. Samordningsutfordringene dreier seg da om hvordan man kan oppnå sammenkobling mellom de ulike delsystemene, slik at tjenestetilbudet fremstår som helhetlig.

Selve koordinatorbegrepet skaper positive forventninger om at det skal skje en ønsket sammenkobling mellom aktører og/eller tjenester. Begrepet representerer også en sentral kjerne i organisasjonsteorien, og er særlig vektlagt i teoritradisjoner som er opptatt av hvordan organisasjonsformer (konfigurasjoner) er koblet til ulike koordineringsmekanismer (for eksempel Mintzberg, 1979). Begrepsbruken i politikk, praksis og

forskning fremstår imidlertid som mangfoldig og med uklar kobling til organisasjonsteoretiske posisjoner. Internasjonalt benyttes begrep som for eksempel *patient navigator* (Paskett, Harrop & Wells, 2011), *case coordinator* (Neal, Brown & Rojjanasrirat, 1999) og *care coordinator* (Walsh mfl., 2010). Begrepsvariasjonen er forankret både i diagnosegrupper og i organisatorisk tilknytning. Norsk forskning gjenspeiler denne variasjonen. Blant annet er det en rekke studier av kreftkoordinatorordningen, først og fremst i primærhelsetjenesten (Lie, Hauken & Solvang, 2018; Melby, Das, Halvorsen & Steihaug, 2017; Syse & Moshina, 2015), men også av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten (Avila, Eide & Vaage, 2016). I tillegg til studier av diagnosebaserte ordninger finnes forskning om koordinatorordningen i individuell plan (Ahgren, 2014; Kjellebold, 2014). Videre kan vi nevne Høyem, Gammon & Steinsbekks (2018) studie av koordinator og kontaktlege i spesialisthelsetjenesten samt Gjerde, Torsteinsen & Aarseths (2016) arbeid som belyser ulike sider ved kommunale koordinerende enheter.

På samme måte som ved tverrfaglige team (Ramsdal, 2019) bærer forskningen om koordinatorordninger preg av å være kontekstspesifikk og lite koblet til en mer overordnet forståelse av bakgrunnen for og innholdet i det samordningsvirkemiddelet en her tar i bruk. Vårt utgangspunkt er et annet. Vi vil ikke fokusere på en bestemt type ordning, men på koordinatorordninger¹ som fenomen. Vi avgrensner oss til å studere trekk ved nyere politikkutforming med samhandlingsreformen som startpunkt, og har gjennomført en innholdsanalyse av ulike styringsdokumenter, tre stortingsmeldinger og fire veiledere fra Helsedirektoratet.

På det empiriske plan har artikkelen en selvstendig verdi ved å gi en oversikt over eksisterende koordinatorordninger. Selve analysen og fortolkningene av den er teoretisk informert av Luhmanns systemteori (1982; 1993), og skiller seg fra tidligere studier av spesifikke koordinatorordninger særlig på to måter. For det første er vi opptatt av å forstå hvordan koordinatorordninger *samlet sett* begrunnes og utformes av nasjonale myndigheter. For det andre ønsker vi å vise hvordan ordningene bidrar

1 Vi bruker begrepene koordinator og koordinatorordninger om hverandre.

til å *håndtere* samordningsutfordringer i en funksjonelt differensiert helsetjeneste.

Problemstillingene er formulert som to spørsmål om kjennetegn ved og begrunnelser for koordinatorordninger og ett spørsmål som åpner for å avdekke utfordringer og mulige paradokser knyttet til denne formen for samordningstiltak.

1. Hvilke koordinatorordninger finnes i helsetjenesten?
2. Hvordan beskrives forholdet mellom samordningsbehov og løsning i form av koordinatorordninger?
3. Hvilke konsekvenser kan koordinatorordninger ha i en funksjonelt differensiert helsetjeneste?

Med utgangspunkt i en dokumentanalyse identifiserer og drøfter vi tre mulige paradokser koordinatorordningene som samordningstiltak kan representere. Det første handler om hvordan ordningene påvirker differensieringen i helsetjenesten. Det andre er knyttet til hvordan man har valgt å organisere koordinatorene, mens det tredje dreier seg om behovet for å koordinere koordinatorene.

Metode

Datamaterialet er valgt ut etter en kartlegging av aktuelle dokumenter i perioden 2008–2018 med tilknytning til samhandlingsreformen. Vi omtaler dem som *styringsdokumenter*, og inkluderingen er basert på subjektive relevanskriterier. For eksempel har vi bare inkludert én veileder for pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten, da denne typen veiledere har en tilnærmet felles beskrivelse av hva en koordinator er og skal gjøre. Tidsavgrensningen kan problematiseres. Også før samhandlingsreformen ble innført, ble koordinatorordninger sett på som aktuelle samordningstiltak, og spesielt i St.meld. nr. 21 Ansvar og meistring (1998–1999) er koordinatoren sentral. Vi vil likevel argumentere for den valgte avgrensingen ut fra en oppfatning om at samhandlingsreformen representerer et tidsskille, og der samordning er blitt det sentrale målet for helsepolitisk styring (Hagen & Johnsen, 2013).

De inkluderte dokumentene er nummerert i kronologisk rekkefølge.

2008	Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009))	1
2014	Fremtidens primærhelsetjeneste (St.meld. nr. 26 (2014-2015))	2
2015	Nasjonal helse- og sykehusplan (St.meld. nr. 11 (2015-2016))	3
2016	Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016)	4
2018a	Pakkeforløp for kreft - Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft (Helsedirektoratet, 2018a)	5
2018b	Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2018b)	6
2018c	Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018c)	7

Tabell 1. Datagrunnlag sortert etter tidslinje.

Analysen av dokumentene er gjort i tre steg. Først ble det gjennomført en full gjennomlesning for å identifisere kjennetegn ved de ulike koordinatorordningene og generelle trekk ved problembeskrivelsene. Deretter ble analysen spisset mot hvordan koordinatorordninger forstås som en løsning på samordningsutfordringene. Alle tekstutdrag som inneholdt ordet *koordinator*, ble lagt inn i en analysetabell. I alt ble 168 tekstutdrag analysert. 28 av disse tilhører stortingsmeldingene, mens de resterende 140 ble hentet fra ulike veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet. Utfordringsbildet er mest konkretisert i stortingsmeldingene, mens dokumentene fra Helsedirektoratet naturlig nok er mer opptatt av å beskrive retningslinjer og organisering av de ulike ordningene.

Alle tekstutdrag ble analysert med utgangspunkt i tre spørsmål:

- **Hvilke** koordinatorordninger presenteres, og hva kjennetegner disse mht. mål, oppgaver og organisering?
- **Hva** er problemet: Hvordan forstås samordningsbehov?
- **Hvordan** ses koordinatorordninger som løsning på samordningsbehov?

Det første spørsmålet hører inn under problemstilling 1 og skal kartlegge helheten og eventuelle variasjoner i beskrivelsene av hva koordinatorordningene er, hvem de refererer til, samt hvilke retningslinjer og organisatoriske rammer som gjelder. De to siste spørsmålene er avledet fra problemstilling 2 og dreier seg om hvilke problemer ordningene er ment

å løse, og på hvilken måte de forstås som egnet løsning på problemene som beskrives. Det siste steget i analysen sammenfatter alle tre delspørsmålene og tolker tekstutdragene i lys av systemteori.

Teori

Grunnprinsippet i Luhmanns systemteori (1993) er skillet mellom system og omverden. Verden, som innebærer alt og alle, er så kompleks og uoversiktlig at uten systemer blir en slukt i et hav av muligheter for valg og forbindelser. Systemene reduserer kompleksiteten ved å gjøre valgmulighetene færre – gjennom å trekke en grense mellom seg og sine omgivelser. Forenkling skjer ved at problemer reformuleres gjennom systemenes kommunikative og *selvrefererende virkemåte*, som vil si at hvert system forstår sine problemer og oppgaver ut fra seg selv (Moe, 1994).

Samordning handler om å håndtere kompleksiteten som oppstår når to eller flere selvrefererende systemer skal virke sammen. En avgjørende faktor for hvordan samordningen skal kunne fungere, er knyttet til hvordan man velger å organisere arbeidsdelingen, eller differensieringen, mellom systemene. Basert på en historisk analyse skiller (Luhmann, 1982) mellom tre konkurrerende former for differensiering: segmentær, hierarkisk og funksjonell. De ulike formene kan sameksistere, men det utvikles alltid en *primær* differensieringsform som konstituerer det overordnede systemets egenart.

Segmentær differensiering viser til en oppdeling basert på likeartede systemer. En helsetjeneste basert på en segmentær differensiering vil bestå av en rekke allmennpraktiserende helsesystemer med lik kunnskap, som vil kunne behandle samme type lidelser. Standardiserte generalisttilbud som legesenter og helsestasjoner kan være eksempler på segmentær differensiering. Samtidig er det klart at en slik organisering ikke kan være den primære for å håndtere kompleksiteten i et moderne, spesialisert og høyteknologisk helsevesen.

Hierarkisk differensiering innebærer en oppdeling hvor systemene er rangert etter makt og innflytelse. Her reduseres kompleksitet gjennom at de med høyest rang bestemmer hva som er «rett og galt». En helsetjeneste basert på en hierarkisk differensiering vil være preget av en klar lagdeling

mellom ulike profesjoner og organisatoriske enheter, og arbeidsdelingen styres av de som har mest makt. Hierarkisk differensiering kan langt på vei beskrive legenes posisjon i etterkrigstidens norske helsevesen, og er i litteraturen omtalt som fagstyre (Nordby, 1989; 1993), medikrati (Berg, 2005) og profesjonsstat (Erichsen, 1996).

Funksjonell differensiering viser til en oppdeling basert på systemenes ulike funksjoner. Ifølge Luhmann (1997) kjennetegnes det moderne samfunnet av en slik differensiering, hvor spesialiserte og selvstendige funksjonssystemer som økonomi, juss, politikk, helse og vitenskap ivaretar hver sine oppgaver for samfunnet som helhet. En funksjonelt differensiert helsetjeneste vil bestå av en rekke ulike delsystemer som alle ivaretar sine oppgaver for pasienten og for helsetjenesten som helhet. Differensieringen minsker kompleksiteten for de ulike delsystemene gjennom at hvert system kan konsentrere seg om sitt ansvarsområde, sin ekspertise og sin type helsehjelp. Utdifferensieringen, altså utskillingen av nye delsystemer, gjør helsesystemet i stand til å håndtere stadig mer spesialiserte og komplekse oppgaver. Samtidig øker fragmenteringen og behovet for samordning på tvers av de utdifferensierte systemene. Spesielt viktig blir en slik samordning for pasienter med sammensatte lidelser og behov for hjelp fra ulike delsystemer. I slike tilfeller må systemene kunne kommunisere med hverandre, men kommunikasjon vanskeliggjøres av systemenes interne diskurser. Hvert delsystem forstår sin omverden (pasienter og resten av helsetjenesten) ut fra sin egen funksjon.

Behovet for felles kommunikasjon kan ifølge Luhmann imøtekommes ved å koble kommunikasjonen opp mot generaliserbare medier med et mer entydig språk som flere eller alle systemene forstår (Moe, 1994). Generaliserte medier er basert på samfunnets funksjonssystemer, og eksempler kan være penger, makt, lover, helse og tro. Ut fra kommunikasjonsmediene utvikles det *binære koder* som etablerer mening og sammenheng for systemene, for eksempel betale/ikke betale, lovlig/ulovlig, frisk/syk, posisjon/opposisjon, sant/ikke sant. Utfordringen for helsetjenesten er at den er strukturelt koblet til flere funksjonssystemer – som helse, økonomi, politikk, vitenskap og juss – og dermed kan karakteriseres som polyfon (Åkerstrøm, 2002). De mange koblingene utfordrer samordningen ved at det skapes usikkerhet om hvilken kode eller forståelse

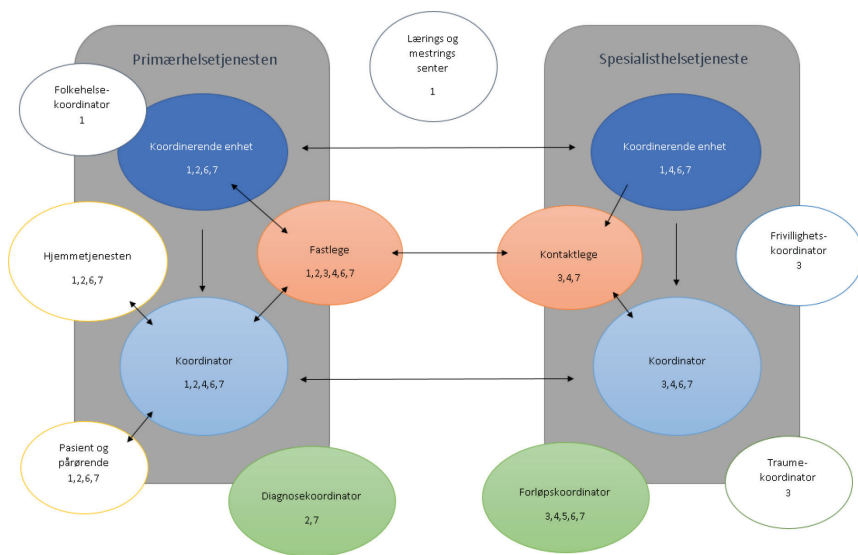
som skal danne grunnlaget for en felles kommunikasjon. Skal beslutninger om samordning være basert på medisinske, juridiske, økonomiske eller politiske kriterier? Gjerde mfl. (2016) viser at den juridiske koden dominerer tildelingskontorenes samordningsfunksjon, og representerer slik et forsøk på å tydeliggjøre beslutningsgrunnlag overfor andre delsystemer og pasienter.

Sentrale spørsmål for å analysere koordinatorordninger er hvordan koordinatorerne er tenkt å kunne koble sammen delsystemer, og hvilke koder de forholder seg til når de skal samordne. Ser man på koordinatorordningene som system, vil systemgrensen være basert på koordinering. Alt som omhandler koordinering, får en plass innenfor systemet, mens alt annet tilhører koordinator-systemets omverden. Samtidig vil systemets selvrefererende virkemåte innebære at grensen som definerer hva koordinering er, vil variere ut fra systemets kontekst. Kontekst kan her være alt fra struktur og kultur til ressurser. Et koordinator-system som blir etablert i spesialisthelsetjenesten, vil dermed kunne redusere kompleksiteten på en annen måte enn det et koordinator-system i primærhelsetjenesten gjør. Hvordan systemgrensene trekkes, vil altså kunne variere, og flere studier viser til utfordringer, samt hvordan koordinatorene aktivt må jobbe for å etablere sin egen grense i helsetjenesten og gjennom dette redusere kompleksiteten i sin koordineringsfunksjon (Lie mfl., 2018; Melby mfl., 2017; Neal mfl., 1999).

Resultater og drøfting

Ulike koordinatorordninger

I styringsdokumentene omtales i alt 14 ulike koordinatorordninger. Ofte benyttes begrepet koordinator generelt uten at det vises til en bestemt ordning, og i noen tilfeller har samme koordinatorordninger ulike benevninger. Eksempelvis kalles koordinatoren i primærhelsetjenesten teamkoordinator, pleiekoordinator og koordinator i forbindelse med individuell plan (IP). Også de koordinerende enhetene har ulike navn, som tildelingskontor og forvaltningskontor. Videre kan koordinatorordningene representere både en rolle, en stillingsprosent og en organisatorisk enhet.



Figur 1. Oversikt over ulike koordinatorordninger

Figuren baserer seg på styringsdokumentenes beskrivelser av koordinatorordninger, og illustrerer mangfoldet i de ulike koordinatorordningene, deres organisatoriske tilknytning og relasjonene dem imellom. Tallene viser til hvilke styringsdokumenter koordinatorordningene er beskrevet i (jf. Tabell 1). Koordinerende enheter og egne koordinatører finnes både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Videre finner vi spesifisert diagnose- og forløpskoordinatorer for ulike pasient- og diagnosegrupper, og det medisinskfaglige koordineringsansvaret blir ivaretatt av fastleger og kontaktleger. I styringsdokumentene legges det også vekt på pasient og pårørendes ansvar i koordineringen av eget behandlingsløp. Andre ordninger som tilskrives en viktig koordinerende funksjon, er hjemmetjenesten, folkehelsekoordinator, læring og mestringssentrene, traumekoordinator og frivillighetskoordinator.

Av de 14 koordinatorordningene har vi valgt å se nærmere på, er det åtte som spesielt er rettet mot pasienter med sammensatte behov. Disse ordningene er markert med farger i figur 1. På bakgrunn av fremstillingen i styringsdokumentene har vi sammenfattet informasjon om ordningenes mål, oppgaver og organisering.

KAPITTEL 5

Koordinator-ordning	Mål	Oppgaver	Organisering
Koordinerende enhet i kommune	Sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer.	Utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Overordnet ansvar for tildeling, opplæring og veiledning av koordinatorene.	Organisasjonsform varierer og avgjøres av den enkelte kommune. Kan integreres i allerede etablerte enheter.
Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten	Sikre et helhetlig tilbud til pasienter med behov for habilitering og rehabilitering.	Bygge faste nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av forvaltningsnivåer og kommunegrenser. Overordnet ansvar for tildeling, opplæring og veiledning av koordinatorene.	Organisasjonsform varierer og avgjøres av det enkelte helseforetak. Vanlig at enheten plasseres i foretakets samhandlingsavdeling.
Koordinator i kommunen (Individuell plan)	Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.	Hovedansvar for oppfølging av bruker. Sikre felles forståelse av mål i planprosessen, initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan. Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivåer og sektorer.	Oppnevnes av koordinerende enhet i forbindelse med tildeling av individuell plan. En rolle i tillegg til hovedstilling.
Koordinator i spesialisthelsetjenesten	Sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere.	Samhandle med kontaktleger og tjenesteytere utenfor institusjonen. Sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan i samarbeid med koordinator i kommunen. Sikre overganger etter utskrivning.	Koordinerende enhet har ansvar for tildeling, men i praksis delegert til pasientansvarlig avdeling. Kan både være en rolle og en stillingsprosent.

Koordinator-ordning	Mål	Oppgaver	Organisering
Kontaktlege	Være pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet.	Være involvert i behandlingen og oppfølgingen av pasienten. Være tilgjengelig for pasient og helsepersonell i medisinske spørsmål. Bidra til at pasientforløpet går som planlagt.	Det enkelte helseforetak er ansvarlig for tildeling av kontaktlege. Variasjon både mellom foretak og internt på bakgrunn av ulike avdelingers innhold og profil.
Fastlege	Medisinskfaglig koordinatoransvar for pasienter på sin liste.	Samarbeid med og henvisning til andre tjenesteytere. Informere om og medvirke til utarbeidelse av individuell plan. Koordinerer etter at pasienten er skrevet ut fra sykehus og mellom sykehusopphold	Hovedsakelig private næringsdrivende. Finnes enkelte kommunale legesentre.
Forløps-koordinator	Sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet.	Ansvar for utredning, initial behandling og oppfølging. Sikre effektiv utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Være representert i teammøter for å sikre kontinuitet i pakkeforløpet.	Organisert gjennom sykehusene og standardisert gjennom ulike pakkeforløp.
Diagnose-koordinator ²	Ansvar for å samordne tilbud og tjenester til kreftpasienter i kommunen.	Skal være lett tilgjengelig for pasienter og pårørende. Skal bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene.	Organisert gjennom kommunene med støtte fra Kreftforeningen. Kan også ivareta den lovpålagte koordinatorrollen.

Tabell 2. Oversikt over koordinatorordninger for pasienter med sammensatte behov

Tabellen viser at de åtte koordinatorordningene fordeler seg likt mellom forvaltningsnivåene og har en klar parallellitet. De fire ordningene i spesialisthelsetjenesten er koordinerende enhet, koordinator, kontaktlege og forløpskoordinator. Tilsvarende finner vi koordinerende enhet,

2 Her eksemplifisert med kreftkoordinatoren. Andre eksempler på kommunale diagnosekoordinatorer er blant annet demenskoordinator og palliativ koordinator (Helsedirektoratet, 2018c).

koordinator, fastlege og kreftkoordinator på kommunalt nivå. Videre er målbeskrivelsene (i konsentrert form) til forveksling like. Det dreier seg om å sikre helhet i tilbudene samt være kontaktpunkt for pasienter. Koordinatorordningenes oppgaver er i all hovedsak beskrevet i et «tilretteleggingspråk», der det dreier seg om å være bindeledd og håndtere kontaktbehov mellom ulike deler av hjelpeapparatet. I tillegg ligger det en oppgave i å forvalte ordningene gjennom oppnevning og opplæring av koordinatorene. Bare for kontakt- og fastlege er koordineringsoppgavene koblet spesifikt til et medisinsk behandlingsansvar for pasienten. Når det gjelder organisering, er hovedbildet at nasjonale myndigheter har overlatt til henholdsvis helseforetak og kommuner å bestemme plassering og konkret utforming.

Hvordan forstås samordningsbehov?

Stortingsmeldingene Samhandlingsreformen (2008–2009) og Fremtidens primærhelsetjeneste (2014–2015) peker på fragmentering og spesialisering som de grunnleggende faktorene som skaper behov for samordning:

Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13)

Tjenestene [i dagens helse- og omsorgstjeneste] er siloorganisert og ses ikke i sammenheng som en nødvendig helhet. [Også] nye tjenester etableres atskilt fra eksisterende tjenester, og fragmenteringen forsterkes av at tjenestene gjerne holder til fysisk atskilt i hver sine bygg, med få eller ingen formelle møtearenaer. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 16)

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester innebærer denne oppsplittingen at tjenester oppfattes som lite tilgjengelige og helhetlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Veilederen om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2018b) viser til den samme problematikken: Tjenesteytere jobber hver for seg og ofte monofaglig. Det oppstår

barrierer når bidrag fra ulike aktører skal virke sammen til en helhet. Videre påpekes det at kompleksiteten i stor grad kan tilskrives de faglige, administrative og organisatoriske ulikhetene. Siloorganiserte og fragmenterte tjenester gir manglende kontinuitet og informasjonsflyt, og pasientene mangler et bestemt kontaktpunkt. Helsedirektoratets veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov gir følgende situasjonsbeskrivelse:

Økende spesialisering og «silo-organisering» av tjenester kan ha bidratt til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. De som trenger bred faglig tilnærming må forholde seg til et økende antall tjenesteytere. Dermed øker også behovet for koordinering ved at bidrag fra mange aktører må ses i sammenheng og organiseres på en strukturert måte rundt den enkelte. (Helsedirektoratet, 2018b, s. 8)

Samlet sett må problembeskrivelsene i styringsdokumentene kunne karakteriseres som unisone: Organisatorisk og faglige fragmentering fører til mangelfull samordning mellom ulike aktører i helsetjenesten. Resultatet er at pasienter mangler et bestemt kontaktpunkt, og tjenestene oppleves som lite tilgjengelige og helhetlige.

I lys av systemteori er utfordringene som beskrives, et resultat av helse-tjenestens funksjonelle differensiering. Fragmenteringen viser til det store antallet utdifferensierte delsystemer i helsetjenesten, og delsystemenes grenser og selvrefererende virkemåte forhindrer at delsystemenes ulike funksjoner kan virke sammen. Helheten som etterlyses i dokumentene, er de ulike delsystemenes omgivelser, og representerer den kompleksiteten som delsystemene nettopp stenger ute for å kunne opprettholde sin funksjon.

Koordinatorordninger som løsning

På samme måte som dokumentene har en samstemt beskrivelse av fragmentering som årsak til samordningsbehov, formidler de en tro på at koordinatorordninger kan bidra til en løsning. I 19 av tekstutdragene står det eksplisitt at koordinator skal jobbe for å sikre samordning/

koordinering/sammenheng i tjenestene til pasienter med sammensatte behov. Her er tre eksempler:

Koordinator er en viktig person for brukerne for å sikre at tjenestene blir samordnet og tilpasset den enkeltes behov, og for at brukermedvirkning blir ivare tatt gjennom forløpet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 108)

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har en sentral rolle i å tilrettelegge for gode overganger. Individuell plan og koordinator er gode verktøy for å sikre overganger. Overgangene kan noen ganger innebære bytte av koordinator. God overlapping mellom koordinatorene bør være etablert praksis. Overføring av informasjon bør skje både gjennom dokumentasjon og planmøter. (Helsedirektoratet, 2018b, s. 49).

I spesialisthelsetjenesten er det i forbindelse med innføringen av pakkeforløp etablert en ordning med forløpskoordinatorer. Disse personene skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet. Det vil si utredning, behandling og oppfølging uten unødig ikke-medisinsk begrunnet ventetid (Helsedirektoratet, 2018c, s. 93).

Tabell 1 viser at det sentrale målet for koordinatorordningene er å sikre koordinert oppgavefordeling mellom de ulike delsystemene i helsetjenesten. Målet er altså ikke primært å bryte ned grensene i helsetjenesten, men å håndtere grenser ved å være bindeledd mellom delsystemer. I lys av systemteori er det et paradoks å etablere samordningstiltak som opprettholder den funksjonelle differensieringen som blir beskrevet som hovedutfordringen for å oppnå samordning.

Til tross for det paradoksale i at man utdifferensierer et nytt delsystem som svar på differensieringsproblemer, kan en slik løsning gi lokale reduksjoner av kompleksitet. Krav om samordning flyttes fra de andre delsystemene til koordinatorssystemet. Flyttingen kan medføre minsket kompleksitet for pasientene, som kan forholde seg til ett system og ett kontaktpunkt. Samtidig forenkles situasjonen i de andre delsystemene i helsetjenesten ved at de i mindre grad må forholde seg til den kompleksiteten som krav om samordning med andre delsystemer innebærer. Nordsveen og Andershed (2015) viser hvordan koordinatoren letter sykepleiernes arbeid ved å fungere som en kontaktperson som formidler informasjon de selv tidligere måtte ta ansvar for. Koordinatorene

bidro til at sykepleierne brukte mindre tid på å finne riktig person, det oppstod færre misforståelser, og sykepleierne kunne bruke mer tid sammen med pasienten. Innføringen av koordinatorordninger legger slik til rette for at andre delsystemer kan fokusere på sitt eget ansvarsområde. I sin ytterste konsekvens kan dette bidra til å forsterke differensieringen og grensene mellom delsystemer ved at ekstern kontakt går via koordinator.

Gjerde mfl. (2016) illustrerer poenget med forsterket differensiering gjennom sin studie av kommunale tildelingskontorer. Disse kontorene er kontaktledd til sykehuset når det gjelder utskrivningsklare pasienter, og representerer en sentral «koblingsboks» både mellom sykehuset og det kommunale tjenestetilbudet og horisontalt i kommunen. Utdifferensiering av et eget koordineringssystem – i form av et tildelingskontor – har på den ene siden avlastet profesjonene i praksisfeltet når det gjelder å ta ansvar for koordinering av tjenester. På den andre siden viser studien at man har mistet kollegiale og helsefaglige beslutningsarenaer innad i den enkelte kommune og i relasjonen mellom kommuner og sykehus. Både vertikal og horisontal kontakt går via kontoret, og i mindre grad mellom de som jobber i det operative feltet. Tildelingskontorenes arbeid skjer innenfor et byråkratisk rammeverk med vekt på at beslutningene skal være juridisk korrekte, dvs. at man bruker juridisk kode.

Vi tolker styringsdokumentenes argumentasjon som et uttrykk for at koordinatorordninger heller forstås som en måte å håndtere kompleksitet på, enn som strategier som direkte forsøker å endre systemenes manglende evne til felles kommunikasjon og handling. Men bildet er ikke helt entydig. Vi finner også eksempler på at koordinatorordningene skal bidra til å redusere eksisterende differensiering ved å utvikle rutiner og arenaer for samarbeid samt arbeide for tverrfaglighet og en felles forståelse av pasientens behov. Denne typen forventninger er spesielt aktuelle for koordinerende enheter og diagnosekoordinator, dvs. ordninger som primært arbeider på et overordnet og administrativt nivå, men de uttrykkes også i noen tilfeller for de pasientorienterte koordinatorordningene:

Koordinator skal sikre felles forståelse av målene i planprosessen. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 91)

Felles kompetansetiltak og veiledning på tvers av enheter, felles rutiner for tverrfaglig samarbeid og møteplasser for å utvikle felles «kultur» er viktige tiltak for å bygge ned «siloeer». Koordinatoropplæring med deltakelse på tvers av fag, nivåer og sektorer er ett eksempel på slike tiltak. (Helsedirektoratet, 2018b, s. 30)

[De koordinerende] enhetene i helseforetak og kommuner bør være pådrivere for utvikling av felles kunnskap og god samarbeidskultur i arbeidet med individuell plan. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 73)

Samlet sett fremstår argumentasjonen som noe uklar. På den ene siden argumenteres det for å etablere egne koordinatorordninger som skal ha ansvaret for å samordne de ulike delsystemene, mens det på den andre siden uttrykkes forventninger om at koordinatorene skal arbeide for en mer dedifferensiert helsetjeneste. Her kiles det inn et nytt system som reduserer de andre systemenes samordningskompleksitet, samtidig som det uttrykkes et ønske om at koordinatorordningen skal inkludere delsystemene i den samme kompleksiteten. Sett fra delsystemenes side er en av gevinstene med koordinatorordningene nettopp at de representerer en buffer som skjermer dem for direkte krav om å ta ansvar for koordineringen.

En funksjonelt differensiert koordinatorordning

Samhandlingsreformen fremhever at både nye og gamle samordningstiltak må utvikle felles forståelse og felles mål:

Skal summen av gamle og nye tiltak gi de tilsktede effektene for bedre samhandling er det avgjørende at det innenfor helse- og omsorgstjenesten utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte

pasient, og samles om felles mål for behandlingen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 48)

Tabell 1 viser at helhet og felles forståelse trekkes frem som viktig for både mål og oppgaver. I lys av systemteori kan man argumentere for at koordinatorordningene kunne ha dannet grunnlag for felles forståelse og mål for koordineringen dersom koordinatorsystemet var et overordnet samordningstiltak. Med overordnet menes det at ordningen kan operere uavhengig av den eksisterende differensieringen i helsetjenesten. Altså at koordinatorsystemet har myndighet og mandat til å håndtere koordinering av pasientbehandling på tvers av forvaltningsnivåer, organisatoriske og profesjonelle grenser. Et overordnet koordinatorsystem som hadde koblet beslutninger og kommunikasjon om samordning opp mot ett funksjonssystem og én kode, kunne altså ha bidratt til en felles forståelse av koordinering i helsetjenesten.

Ser vi på antallet koordinatorordninger og hvordan de er organisert, tyder det derimot på at de langt på vei adopterer den funksjonelle differensieringen som allerede kjennetegner helsetjenesten. Figur 1 illustrerer hvordan koordinatorordningene gjenspeiler helsetjenestens organisering på forvaltningsnivå, i faglige spesialiseringer og enheter. Istedenfor å etablere et overordnet koordinatorsystem med ansvar for samordning på tvers av delsystemene, er det delsystemene selv som har fått ansvar for å utdifferensiere koordinatorsystemene. Resultatet er en rekke ulike koordinatorene som har ansvaret for koordinering i sine respektive deler av helsetjenesten.

Tabell 1 viser at helseforetak, kommuner og sykehus har stor frihet til å organisere ordningene slik de ønsker, så lenge den lovpålagte koordinatorfunksjonen opprettholdes. At koordinatorordningene utdifferensieres fra delsystemene i helsetjenesten, innebærer at de yter sin koordineringsfunksjon med utgangspunkt i de ulike delsystemenes interne logikker og forståelser. Koordinatorene bidrar ikke da til å skape en felles forståelse og kultur i helsetjenesten; de kan snarere videreføre og forsterke de forskjellene som allerede finnes. Vi oppfatter denne potensielle forsterkningen som vårt andre paradoks. En slik oppfatning er heller ikke fremmed for nasjonale myndigheter. I primærhelsemeldingen uttrykkes

en bekymring for at koordinatorordningene faktisk kan forsterke fragmenteringen i helsevesenet:

Desto flere særlige team og koordinatorordninger man etablerer for særlige brukergrupper (f.eks. kreft, palliasjon, demens), desto mer løftes kompetansen og ansvaret ut av de ordinære tjenestene, og faren for fragmentering og koordineringsproblemer øker. (St.meld. nr. 26 (2014–2015), s. 48)

Avila mfl. (2016) bekrefter at en sementering av systemgrenser ved hjelp av flere koordinatore per forløp oppleves å fungere godt. De enkelte koordinatorer har oversikt over sin avdeling. Dersom de skulle «blande seg inn» i andre avdelinger, ville det kunne skape kaos for dem som ikke er involvert med akkurat deres pasient. På samme vis som i Nordsveen og Andersheds (2015) studie beskrives her det paradoksale som noe positivt: Det er bra at ulike koordinatore skjærer avdelinger og ansatte mot å måtte forholde seg til hverandre. Igjen ser vi hvordan koordinatorordningene reduserer kompleksiteten for delsystemene gjennom å opprettholde grensene og den funksjonelle differensieringen i helsetjenesten.

Koordinering av koordinatore

Den funksjonelle differensieringen av både helsetjenesten og koordinatorordningen fører oss videre til det tredje paradokset. Med de mange koordinatorordningene som finnes, er det i dag ikke bare behov for å koordinere profesjoner og organisatoriske enheter. Det oppstår i tillegg et behov for koordinering av koordinatorer. Styringsdokumentene gir en rekke eksempler på denne type koordineringsbehov og ambisjoner:

Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner er faste gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet bør omfatte informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale utviklingsområder. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 74)

Koordinator og kontaktlege må opptre samlet og godt koordinert, slik at deres respektive roller fremtrer tydelige for pasient, pårørende og samarbeidspartnere. De må samarbeide om å løse pasientens utfordringer. (Helsedirektoratet, 2016, s. 27)

Koordinering av koordinatorene vil utfordre deres respektive roller og ansvarsområder. Ifølge sammenstillingen i tabell 1 har både mål og oppgaver klare fellestrekk, og ansvarsområdene er i flere tilfeller overlappende. For eksempel har både koordinator i kommunen og koordinator i spesialisthelsetjenesten ansvaret for sammenheng i tjenestetilbudet til pasienter som beveger seg mellom forvaltningsnivåene. Om de kommunale koordinatorene står følgende å lese:

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 91)

Mens det for koordinatorene i spesialisthelsetjenesten står:

I og med at koordinator i forbindelse med individuell plan i de fleste tilfeller oppnevnes i kommunen, blir rollen til koordinator i spesialisthelsetjenesten noe annerledes. Oppgaven til koordinator i spesialisthelsetjenesten innebærer å koordinere internt under oppholdet, og eksternt med de som skal følge opp etter utskrivning. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator samhandle med personell og instanser utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar for pasienten. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 92)

Koordinatorene i kommuner og i spesialisthelsetjenesten skal altså samordne tjenestetilbudet, og samtidig har fastlegen det medisinskfaglige koordineringsansvaret til pasientene på sin liste. Et medisinskfaglig koordineringsansvar har også kontaktlegen i spesialisthelsetjenesten. Skillet mellom en kontaktlege og en koordinator i spesialisthelsetjenesten beskrives på følgende måte: «Henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinskfaglig karakter håndteres av

kontaktlegen. Praktisk tilrettelegging og samordning av ulike tilbud ivaretas av koordinator» (Helsedirektoratet, 2018c).

Så kan man spørre seg om ikke den praktiske tilretteleggingen og samordningen av ulike tilbud også har elementer av medisinskfaglige karakter? I lys av Luhmann viser sitatet til at kontaktlegen skal koordinere ut fra en medisinsk kode (syk/frisk) og ta utgangspunkt i diagnoser og behandling, mens koordinatoren skal benytte en annen kode, muligens avledet fra logistikk (økonomi). Samtidig er det lovfestet at personell i spesialisthelsetjenesten som er oppnevnt som koordinatører, utfører helsehjelp når de utøver koordinatorrollen (Helsedirektoratet, 2018c). Koordinatorere utfører altså helsehjelp, men det er kontaktlegen som skal ta seg av den medisinskfaglige koordineringen. Distinksjonen mellom de to koordinatorordningene kan virke noe uklar, og ansvarsfordelingen og hvordan de to ordningene skal samordnes, beskrives på følgende måte:

Koordinator skal medvirke til at informasjon av betydning for behandlingen videreformidles til kontaktlegen, og kontaktlegen skal være oppmerksom på å holde koordinator orientert om forhold av betydning for planlegging av tjenestetilbudene. (Helsedirektoratet, 2018c, s. 93)

Kontaktlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for sine pasienter på sykehuset, mens fastlegen har det samme ansvaret for pasienter på sin liste:

Kontaktlegen er i dialog med fastlegen i medisinske spørsmål, mens koordinator er i dialog med koordinator i kommunen om praktiske spørsmål og med andre tjenesteytere, etater og institusjoner om forhold der det er aktuelt å samordne tjenester. (Helsedirektoratet, 2018c, 93)

Rent prinsipielt synes det å være ryddig at ansvarsfordelingen følger forvaltningsnivåene, men de multisyke pasientene beveger seg jo nettopp mellom nivåene. Her ligger det paradoksale i å adoptere helsetjenestens funksjonelle differensiering i organiseringen av koordinatorordningene, ved at det oppstår nye grenser og spesialiseringer også for det å utøve koordinatorfunksjonen. Dette tydeliggjøres også i beskrivelsene av forholdet mellom forløpskoordinator og koordinator:

Begge koordinerer helsetjenester for pasienten. Et pakkeforløp for kreft omfatter hele pasientforløpet, men ofte vil arbeidsoppgavene for forløpskoordinator være konsentrert om perioden frem mot behandlingsstart. Koordinator i sykehus har sine oppgaver i perioden pasienten er under behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2016, s. 27–28)

Avila mfl. (2016) viser til at ansvarsdelingen og overgangen mellom disse ordningene kan være vanskelig, noe som spesielt er knyttet til at forløpskoordinatorens funksjon avsluttes ved behandlingsstart. Melby mfl. (2017) rapporterer at samarbeidet mellom fastlegen, forløpskoordinatoren og kreftkoordinatorerne også kunne være utfordrende.

Tre mulige paradokser

Utgangspunktet for dette kapittelet er behovet for økt innsikt i koordineringsordninger som samordningstiltak. Gjennomgangen av styringsdokumenter for perioden 2008–2018 avdekket i alt 14 ulike koordinatorordninger i helsetjenesten. Av disse var åtte mer spesifikt rettet mot pasienter med sammensatte behov, og vi har beskrevet disse med henblikk på mål, oppgaver og organisering. Målene går ut på å sikre pasientenes behov for helhetlige tilbud, og ordlyden er til forveksling lik for de ulike ordningene. Når det gjelder beskrivelse av oppgaver, gjenbrukes mange av begrepene i målformuleringene. Det er snakk om å ivareta relasjoner på tvers av fag, forvaltningsnivåer og enheter – til beste for pasienten. I tillegg nevnes mer spesifikke prosessrelaterte oppgaver, medisinskfaglig ansvar og opplæring av koordinatører. Nasjonale myndigheter har i hovedsak overlatt til den enkelte kommune eller det enkelte helseforetak å bestemme hvordan koordinatorordningene skal organiseres.

Problembeskrivelsene som kommer til uttrykk i styringsdokumentene, peker på at organisatorisk og faglig fragmentering gir dårlige kår for helhetlig hjelp til pasienter med sammensatte behov. Koordinatorordninger representerer en løsning gjennom å være koblingsledd vertikalt og/eller horisontalt til beste for pasienten. Ved å tolke funn fra arbeidet med de to første problemstillingene i lys av Luhmanns systemteori har vi avdekket tre mulige paradokser ved koordinatorordninger i en funksjonelt

differensiert helsetjeneste. Paradoksene bygger på hverandre og er til dels overlappende. Samtidig tar de for seg ulike aspekter ved ambisjonen om at koordinatorordninger skal løse samordningsutfordringene som den funksjonelle differensieringen har skapt.

Paradoks 1: Funksjonell differensiering beskrives som hovedutfordringen for å oppnå samordning – koordinatorordninger bevarer den funksjonelle differensieringen heller enn å redusere den.

Det første paradokset tar utgangspunkt i styringsdokumentenes beskrivelse av at den funksjonelle differensieringen i helsetjenesten representerer en hovedutfordring når det gjelder å oppnå samordning. Det paradoksale er at koordinatorordninger som samordningstiltak i liten grad bidrar dedifferensierende. Fremfor å bryte ned profesjonelle og organisatoriske grenser er koordinatorordningene primært opptatt av å håndtere disse.

Paradoks 2: Organiseringen av koordinatorordningene adopterer og forsterker helsetjenestens funksjonelle differensiering.

Mens det første paradokset er knyttet til valg av koordinatorordninger som samordningstiltak, dreier det andre seg om hvordan ordningene blir organisert. En forankring av koordinatorordningene i eksisterende delsystemer gjør at det som skal være løsningen, baserer seg på problemet. Gjennom å gi delsystemene ansvar og frihet til å velge hvordan koordinatorordningene skal organiseres, reproduseres fragmentering og manglende helhetsforståelse. Slik blir koordinatorordningene en forlengelse av den eksisterende differensieringen.

Paradoks 3: Etablering av koordinatorordninger bidrar i seg selv til å øke samordningskompleksiteten ved at man i tillegg må koordinere koordinatorene.

Det tredje paradokset viser til at etableringen av en rekke ulike koordinatører fører til at man ikke bare må koordinere de organisatoriske og profesjonelle delsystemene, man får også et behov for å koordinere koordinator-systemene. At koordinatorene får ansvar for koordinering, kan

også forsterke systemgrensen i helsetjenesten gjennom at delsystemene slipper å forholde seg til den kompleksiteten som samordning med andre delsystemer medfører. Paradokset forsterker bildet av løsninger som ikke bare flytter kompleksiteten fra delsystemer til koordinatorordninger, men som også totalt sett øker den.

Oppsummering

Vårt bidrag baserer seg på dokumentanalyse og kan kun i beskjeden grad belyse hvordan koordinatorordningene fungerer i praksis. De paradoksene og utfordringene vi peker på, er knyttet opp mot styringsdokumentenes beskrivelse av samordningsbehov og mulige løsninger. Hvordan koordinatorene fungerer i praksis, er et annet spørsmål. Vi ser imidlertid at de enkeltstudier som finnes, bekrefter vår analyse og tolkning. Flere studier viser at koordinatorene fungerer godt nettopp fordi de opprettholder den funksjonelle differensieringen, og flytter kompleksitet fra profesjoner og pasienter og inn i nye systemer. Det er altså koordinatorene sett i forhold til problembeskrivelsen som er paradoksal, og ikke nødvendigvis koordinatorordningene i seg selv.

Koordinatorordningenes utbredelse og myndighetenes tiltro til denne type samordningstiltak kan tolkes som et behov for å vise handlekraft gjennom å etablere ordninger som per definisjon signaliserer at en gjør noe med fragmenteringen i helsetjenesten. Ordningene assosieres med ord som tilrettelegger, formidler og bindeledd, og kan tenkes å ha en symbolsk verdi uavhengig av hvordan de fungerer i praksis. Vår gjennomgang tyder på at ordningene også burde omtales som buffere, portvakter og systembevarere. En videre empirisk utforskning bør ikke avgrenses til å studere ulike koordinatorordningers virkemåte, men ha ambisjoner om å belyse hvilke konsekvenser de har for pasientene og helsetjenesten som helhet.

Referanser

Ahgren, B. (2014). The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination*, 17(1–2), 52–58. <https://doi.org/10.1177/2053435414540606>

- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S.B., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.670>
- Avila, H., Deglum, T.R.M., Eide, M.A. & Vaage, L.U. (2016). Pakkeforløp for kreft.
- Berg, O. (2005). Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikkens utvikling det siste sekel. Oslo: Den norske lægeforening skriftserie.
- Bouckaert, G., Peters, B.G. & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public administration*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Erichsen, V. (1996). Reformer i helsetjenesten: «Profesjonsstatens» sammenbrudd? I O. Lian (Red.), *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Gjerde, I., Torsteinsen, H. & Aarseth, T. (2016). 4 Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner? *Offentleg sektor i endring* (s. 48–64).
- Hagen, R. & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 31–53). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2016). *Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1197/Veileder-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>.
- Helsedirektoratet (2018a). *Pakkeforløp for kreft – Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/seksjon?Tittel=pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375>
- Helsedirektoratet (2018b). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>
- Helsedirektoratet (2018c). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000ddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (St.meld. nr. 26 (2014–2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* (St.meld. nr. 11 (2015–2016)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Høyem, A., Gammon, D., Berntsen, G.R. & Steinsbekk, A. (2018). Policies Make Coherent Care Pathways a Personal Responsibility for Clinicians: A Discourse Analysis of Policy Documents about Coordinators in Hospitals. *International journal of integrated care*, 18(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.3617>
- Kjelleveid, A. (2014). Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring? *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett*, 11(04), 267–300.
- Lie, N.K., Hauken, M.A. & Solvang, P.K. (2018). Providing coordinated cancer care – a qualitative study of Norwegian cancer coordinators' experiences of their role. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000504>
- Luhmann, N. (1982). *The differentiation of society*. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, N. (1993). *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*. København: Munksgaard Bogdisketter.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Moe, S. (1994). *Sosiologi i hundre år. En veileder til sosiologisk teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L., Das, A., Halvorsen, T. & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*. SINTEF. A27799.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Neal, J., Brown, T. & Rojjanasrirat, W. (1999). Implementation of a case coordinator role: A focused ethnographic study. *Journal of Professional Nursing*, 15(6), 349–355. [https://doi:10.1016/s8755-7223\(99\)80065-9](https://doi:10.1016/s8755-7223(99)80065-9)
- Nordby, T. (1989). *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug.
- Nordby, T. (1993). Det offentlige helsevesenet – en fagstyrets høyborg. I T. Nordby (Red.), *Arbeiderpartiet og planstyret 1945–1965*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 239–252.
- Paskett, E.D., Harrop, J.P. & Wells, K.J. (2011). Patient navigation: An update on the state of the science. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(4), 237–249. <https://doi.org/10.3322/caac.20111>
- Ramsdal, H. (2019) Tverrfaglige team – hvordan lykkes? I C. Bjørkquist, & M.J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *Ansvar og meistring* (St.meld. nr. 21 (1998–1999)). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Syse, A. & Moshina, N. (2015). Kreftkoordinatorers rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 49–65. <https://doi:10.7557/14.3476>

- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling–en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Walsh, J., Harrison, J.D., Young, J.M., Butow, P.N., Solomon, M.J. & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-132>
- Åkerstrøm, N. (2002). Polyfone organisationer. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 4(2), 27–53.