

Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid

Catharina Bjørkquist

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

Mona Jerndahl Fineide

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

Samordning i et organisasjonsperspektiv

Det er krevende å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til brukere med komplekse og sammensatte behov. Utfordringene er beskrevet i flere studier og offentlige utredninger de siste tiårene.¹ Når brukerne opplever tjenestene som fragmenterte og lite sammenhengende, kan det være et uttrykk for sviktende samordning. Dette kan blant annet resultere i unødvendige sykehusinnleggelses og reinnleggelses, komplikasjoner som kunne vært unngått, eller redusert funksjonsnivå for bruker. Samordning og samarbeid er ikke goder i seg selv, men det må være noe ved tjenestene og brukergruppen som gjør at man har behov for dette.

Boken har et organisasjonsperspektiv på samordning og samarbeid. Det er mange eksempler på at manglende samarbeid og samordning mellom de ulike organisasjonene og virksomhetene er en av de største utfordringene i helse- og velferdssektoren. Brukerne som har behov for flere tjenester, enten samtidig eller suksessivt, kan oppleve at tjenestene er dårlig koordinert. Over tid har mange ulike løsninger blitt lansert, og mange grep er tatt

¹ Se for eksempel Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; 2012; 2014; NOU 1986:4; NOU 2004:18; NOU 2005:3; NOU 2011:11; Sosial- og helsedepartementet, 1996.

Sitering av dette kapitlet: Bjørkquist, C., & Jerndahl Fineide, M. (2019). Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 7–17). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.cho>.
Lisens: CC BY 4.0

for å skape helhet og sammenheng i tjenestene. Forfatterne av denne boken diskuterer ulike forutsetninger for og erfaringer med løsninger og tiltak som har til hensikt å bidra til samordning og mer helhetlige tjenester. Her problematiseres kun et utvalg – som illustrasjoner på hvordan løsninger og tiltak kan analyseres og forstås i ulike kontekster og situasjoner.

Det er en rekke hindringer for samordning som må bygges ned. Overordnede strukturelle hindringer viser til eksisterende lovregulering, regler og retningslinjer. Videre skaper det utfordringer at tjenestene må være organisert på ulike måter, inkludert strukturer som må legges til rette for involvering av brukere og pårørende i ulike deler av prosessen, enten det gjelder kartlegging, beslutninger og/eller levering av tjenestene. Profesjonelle og kulturelle barrierer bunner gjerne i ulike vurderinger, holdninger og tilnærminger. Teamorganisering, samlokalisering og partnerskap er eksempler på tiltak som er rettet mot å dempe eller bryte ned organisatoriske og profesjonelle grenser i tjenestetilbudet (Abbott, 1988; Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011; Nylehn & Støkken, 2002). Sviktende lederskap og uklart mandat innebærer hindringer (Bjørkquist, Forss & Samuelsen, 2018). Relasjonelle hindringer viser til manglende tillit, personlige motsetninger og revirtenkning. Tilsvarende vil gjensidig respekt og tillit bidra til å bygge ned barrierer (Michelle & Alma, 2014; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005).

Et organisasjonsperspektiv innebærer at man søker etter mønstre og forklaringer i formelle strukturer og prosesser samt i uformelle strukturer og organisasjonskulturen. Dermed rettes oppmerksomheten mot styringsformer, ledelse, organisasjonsformer, organisasjonskultur, ressurser, rutiner og systemer. Bakgrunnen er en antakelse om hvordan den formelle samordningen utformes, har betydning for hvordan ansatte handler, og dermed også for tjenestene brukerne mottar. Hvorvidt faktisk atferd følger formelle regler og strukturer, er et empirisk spørsmål. Derfor er det også sentralt å forstå og forklare hvordan organisasjonskultur samt uformelle normer og regler virker inn på hvordan ledere og ansatte tenker, og på hva de gjør. Når man skal drive forbedringsarbeid i og av praksis, er det viktig å kunne forstå og forklare likheter og forskjeller mellom organisasjoner og mellom resultatene de oppnår.

Samordning og samarbeid benyttes her som grep for å fremme helhetlige tjenester. Samordning kan ikke oppnås i et gitt tilfelle, men er en pågående prosess som stadig må (re-)etableres og vedlikeholdes. Ulike deler blir sett i sammenheng, prioritert og tilpasset hverandre, og flere aktører samarbeider gjerne på ulike måter. Brukerens behov for tjenester går ofte på tvers av organisasjonenes etablerte grenser, og mange har behov for flere tjenester samtidig og over lengre tid. Samordning skjer mellom ulike nivåer, noe som innebærer at grenser overskrides. Det kan være interdisiplinære grenser hvor koordinering skjer på tvers av ulike virksomheter og kunnskapsområder. Videre skjer samordning gjerne på tvers av profesjons- og yrkesgrenser. Interorganisatorisk samordning viser til samordning mellom organisasjoner og myndigheter, mens inter- eller tverrsektoriell samordning skjer på tvers av ulike samfunnssektorer. Det kan være motsetninger mellom ulike faglige og organisatoriske kulturer, verdier og praksis. Disse motsetningene kan skape utfordringer når det gjelder å tilby samordnede tjenester som svar på komplekse og sammensatte omsorgsbehov hos brukerne.

Samarbeid viser til situasjoner der koordinering skjer med utgangspunkt i frivillig innsats (Axelsson & Axelsson 2014; Jacobsen 1993). Hvem som deltar i samarbeidet, avhenger av behovet til bruker og hvilke tjenester som skal involveres. Samarbeid kan også være formalisert i ulik grad, som for eksempel ansvarsgruppemøter eller kontraktsbaserte partnerskap. Videre er samarbeid et vesentlig kjennetegn ved det å jobbe sammen heller enn å jobbe parallelt, innenfor rammen av felles mål som fortrinnsvis også inkluderer brukere og pårørendes målsettinger (Chesters, Thistlethwaite, Reeves & Kitto, 2011).

Det er en generell utfordring at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad kjenner til hverandres arbeidsområder, og/eller at de har feil eller urealistiske forventninger til hva andre tjenester skal og kan bidra med. Uenighet om målene med tiltak man gjennomfører, er også en utfordring, og det samme er manglende tilbakemelding. Manglende prioritering av samarbeid fra ledelsens side er også en hindring. Dette er faktorer som gjør det vanskelig for tjenestene å få til en samordning.

Etter hvert som folk lever lenger, øker også andelen brukere med komplekse og sammensatte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012;

2014). Helse- og omsorgstjenestene må kunne håndtere en økende andel brukere med kroniske lidelser med bakgrunn i for eksempel kols, diabetes, psykiske lidelser og demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Helhetlige tjenestetilbud

Samordning mellom helse- og omsorgstjenestene blir aktuelt når man skal skape et helhetlig helsetilbud til både eldre og yngre brukere med komplekse behov. Brukere med rus og psykiske lidelser vil ha behov for tjenester på tvers av spesialist- og kommunetjenesten og på tvers av ulike kommunale tjenester. Når flere i arbeidsfør alder skal være i jobb med helseproblemer, aktualiserer det samordnings- og samarbeidsbehov mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. Utsatte barn og unge vil også ha behov for støtte fra ulike tjenester – på tvers av ulike sektorer. Arbeidsrettet bistand er ikke alltid tilstrekkelig for å komme i arbeid. Noen tjenestemottakere vil også ha behov for bistand til andre sider av livet. Det betyr at de mottar flere ulike tjenester samtidig og/eller over tid, for eksempel knyttet til bolig, gjeld, sosialhjelp, barneomsorg, rusbehandling samt helse og omsorg.

Mange av reformene har hatt til hensikt å møte den økende graden av spesialiserte og fragmenterte helse- og velferdstjenester. Når det er behov for helhetlige tjenester, vil dette kreve koordinering mellom enhetene. Her oppstår det fort samordnings- og samarbeidsproblemer. Disse kan knyttes til arbeids- og oppgavefordeling, hvor det kan oppstå dobbeltarbeid og gråsoner når det er uklart hvem som har myndighet og ansvar for hva. Ulik eller lite entydig faglig forståelse legger for det første grunnlag for ulik oppfatning av hva som er det beste tiltaket. Videre blir det ikke entydig hvor ansvaret ligger. I stedet for samtidig innsats oppstår ofte parallell – og adskilt – innsats og/eller sekvensiell innsats hvor overgangene mellom tiltak og tjenester kan innebære store utfordringer for brukerne. Med parallelle tjenestetilbud menes det at en bruker mottar tjenester fra flere virksomheter samtidig, uten at disse blir sett i sammenheng. Sekvensielle tjenestetilbud viser til at brukerne mottar én tjeneste av gangen. Hva som er det beste for brukeren, er avhengig av hvilke behov, målsettinger og tjenester vedkommende har. Mennesker med sammensatte og komplekse

problemer vil i stor grad ha behov for samtidig innsats fra ulike tjenester, ofte både fra spesialisttjenestene og kommunale tjenester. Det vil igjen kreve felles og overlappende ansvar.

Samhandlingsreformen

Brukernes og de pårørendes stemmer er en viktig del av det å skape helhetlige tjenester. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) – trekker fram at samhandlingen mellom tjenester fra sykehus og kommune, innen kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger og mellom personellgrupper ikke oppleves som god nok. Det er mange eksempler på at pasienter verken får tilfredsstillende oppfølging eller god nok tilgang til helsetjenester på grunn av manglende samhandling mellom ulike tjenester. Dette var en omfattende reform som hadde til hensikt å redusere presset på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak. Hensikten var å dempe veksten i bruk av sykehustjenester. Det mente man kunne gjøres ved å overføre en større del av ansvaret for brukeren til kommunehelsetjenesten samt ved å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere med komplekse og sammensatte behov.

Fire år etter samhandlingsreformens iverksettelse, med tilhørende endrede lovkrav, gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten. Rapporten, som ble lagt frem for Stortinget i 2016, viser at det fortsatt er samordningsproblemer. Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok. Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har i liten grad økt sin kapasitet og kompetanse etter innføringen av reformen (Riksrevisjonen, 2016). Det kan være flere momenter som kan forklare resultatene i undersøkelsen, og i et juridisk perspektiv viste en analyse av den rettslige reguleringen mot de sentrale politiske målene at rettsliggjøringen ikke går langt nok dersom en vil garantere at enkeltpersoner får individuelt tilpassede tjenestetilbud (Kjellebold, 2012, s. 24).

Juridiske aspekter ved samordning

De siste årene er det foretatt en rekke rettslige reguleringer på helse- og velferdsområdet med henblikk på å sikre samordnede tjenester. Vi vil beskrive noen av de viktigste lovendringene, og refererer til anbefalt litteratur for fordypning.

I kjølvannet av samhandlingsreformen ble lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vedtatt i 2011. Denne var gjeldende fra 2012. Kommunene styres forholdsvis stramt gjennom den nye loven for å sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud, og her har hensynet til målet om helhet og samordning fått veie tyngre enn hensynet til kommunalt selvstyre (Kjellevold, 2012, s. 8). Rettigheter for pasienter og brukere er nært knyttet til plikter for de virksomhetene som gir helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder helseretten som rettsområde og reguleringer inn mot krav om samordning, viser vi til Befring, Hirst, Ohnstad & Paulsrud, (2019). Lov om folkehelsearbeid ble vedtatt i 2011 og var gjeldende fra 2012. Samtidig ble det vedtatt endringer i en rekke andre lover for å lovfeste kravet til samordning.

For å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester er det ofte nødvendig at profesjonsutøvere utveksler informasjon. Dette krever kunnskap om de rettslige rammene rundt informasjonsutvekslingen samt om muligheter og begrensninger i kommunikasjonsadgangen (Ohnstad, 2011, s. 91). Her er det verdt å merke seg at helsepersonellovens § 33 pålegger helsearbeidere en rettslig plikt til å gi opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for omsorgssvikt. Dette er en plikt som hviler på den enkelte helsearbeider, men overholdelse av den må sees i sammenheng med at det er utviklet gode rutiner og systemer på arbeidsplassen. Når det gjelder taushetsplikt, samtykke og opplysningsplikt, viser vi til Ohnstad (2011) og Kjønstad (2014).

Forskningsbidragene i boken

Boken skal bidra til ny kunnskap og være til nytte for praksisfeltet. Overordnet sett diskuteres spørsmålene knyttet til ulike løsninger og virkemidler for samordning som kan være egnet i ulike situasjoner og kontekster, og hvilke utfordringer som oppstår.

Samordning og samarbeid innenfor helse- og velferdstjenestene er et bredt og mangfoldig felt, og vi har ikke gjort noe forsøk på begrense forfatterens tilnærminger ut over at det skal handle om ulike organisatoriske løsninger og tiltak som har til hensikt å bidra til samordning og skape mer helhetlige tjenester. Vi har ønsket kritiske tilnærminger og perspektiver på hvordan disse ulike organisatoriske løsningene virker som barrierer eller drivere for samordning. Kapitlene illustrerer mangfoldet i forskningen om utforming og tilrettelegging for helhetlige tjenester på tvers av sektorer, faglige enheter og nivåer. Boken åpner med et kapittel om ulike forskningstilnærminger til samordning og samarbeid som viser mangfoldet i perspektiver og fagtradisjoner. De etterfølgende bidragene kan alle plasseres innenfor disse tilnærmingene, og kapitlet rammer slik sett inn bokens organisasjonsperspektiv på samordning og samarbeid.

I kapittel to redegjør Tone Alm Andreassen for tre ulike tilnærminger i forskningen om samordning og samarbeid, henholdsvis forskningen om integrerte tjenester, om nettverksstyring og om interorganisasjonssamarbeid og organisatoriske nettverk. De tre tilnærmingene har sine viktigste forankringer i henholdsvis helsetjenesteforskningen, forvaltningsforskningen og organisasjonsforskningen. De retter oppmerksomheten mot ulike typer organisasjoner og motivasjon for samordning og samhandling på tvers, og de kan derfor utfylle hverandre i analyser av samordning og samarbeid i helse- og velferdstjenestene.

I kapittel tre vil Gunnar Vold Hansen vise at reell brukermedvirkning avhenger av at beslutningsprosessen er organisert slik at brukeren faktisk får innflytelse på de beslutningene som fattes. Helhetlige og samordnede tjenester innebærer at brukeren er med på å planlegge tjenestetilbudet sammen med de som skal yte tjenestene. Bruker skal være en sentral aktør i planleggingen, utformingen og tildelingen av tjenestene han eller hun mottar. Dette knyttes an til delt beslutningstaking, som krever informasjonsdeling og at bruker har reelle valgmuligheter.

Mia Vabø ser i kapittel fire nærmere på tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster. Med eksempler hentet fra hverdagsrehabilitering (HVR) i to kommuner viser hun hvordan en likelydende idé ble fortolket i lys av kommunenes ulike styringsambisjoner, og hvordan

omfanget og formen for samarbeid ble preget av ulikheter i forvaltningsstruktur, tildelingspraksis og tiltro til faglig skjønn. Med henvisning til disse ulikhetene argumenterer hun for at det på ingen måte er entydig og gitt hva et tverrprofesjonelt samarbeid er.

Med tittelen «Tverrfaglige team – hvordan lykkes»? gjennomgår Helge Ramsdal i kapittel fem noen perspektiver på teamorganisering i helse- og velferdssektoren. Spørsmålet er hvordan team kan bli effektive med tanke på sine mål og oppgaver. Kapittelet viser betydningen av å foreta en kritisk vurdering av den sammenhengen etablering av nye team inngår i, og at en er bevisst på utfordringer som vil kunne møte teamene, avhengig av hvilke organisatoriske løsninger en velger.

I kapittel seks presenterer Erlend Vik og Turid Aarseth en studie av koordinatorordningen som virkemiddel for samordning i helsetjenesten. Forfatterne peker på at ordningen er rettet mot å håndtere profesjonelle og organisatoriske grenser i helsetjenesten fremfor å bryte dem ned. Dette er en ordning som viderefører og kan forsterke en oppdeling hvor ulike systemer har sine egne forståelser og kulturer. Flere koordinatorordninger overlapper hverandre og griper inn i hverandres ansvars- og funksjonsområder. Det oppstår ytterligere spesialisering og nye grensdragninger mellom delsystemene.

Mona Jerndahl Fineide diskuterer i kapittel syv hvilke organisatoriske utfordringer som bør håndteres for at prosessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning. Behandlingslinjer er et illustrerende eksempel på en slik prosessorientert tilnærming, og det empiriske materialet er hentet fra en studie om innføring av to ulike behandlingslinjer for ADHD. Hun trekker frem at anvendelsesområdet for behandlingslinjen er viktig å vurdere, at det anvendes hensiktsmessig verktøy og teknikker, og at det forberedes for god implementering.

I kapittel åtte diskuterer Catharina Bjørkquist muligheter og utfordringer for samordning når helse- og velferdstjenester digitaliseres. Den offentlige politikken begrunner digitalisering ut fra krav om effektivisering og frigjøring av ressurser. Digitale fagsystemer kan hindre kommunikasjon og informasjonsflyt, for eksempel ved at informasjon ikke oppdateres eller at ansatte mangler tilgang. IKT-systemer skaper mindre profesjonelt handlingsrom. Tjenesteytere finner ulike metoder for å gjøre

motstand mot de digitale systemene. Dette skaper utfordringer med å samordne tjenester.

I kapittel ni studerer Marit Helgesen det digitale verktøyet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Verktøyet skal sikre tidlig innsats til utsatte barn og unge, og det skal fremme samarbeid mellom kommunale tjenester og tjenesteytere. Det blir færre tverrfaglige møteplasser, og de ansatte mister fora hvor tjenesteytere kan utvikle felles holdninger og verdier. Deler av verktøyet blir ikke oppdatert, noe som fører til manglende transparens. Slik BTI er implementert og fungerer i dag, er det en rekke utfordringer med hensyn til å bryte ned grenser og sikre samordning og samarbeid.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- 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), 1–10. <https://doi.org/s10.5334/ijic.670>
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2014). Organisering av samverkan – modeller svårigheter och möjligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrfaglig samarbeid – et samfunnsoppdrag*, s. 205–218. Oslo: Universitetsforlaget.
- Befring, A., Hirst, M., Ohnstad, B. & Paulsrud, K. (2019). *Helserett i et nøtteskall* (Nøtteskallserien). Oslo: Gyldendal.
- Björkquist, C., Forss, M. & Samuelsen, F. (2018). Collaborative challenges in the use of telecare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12605>
- Chesters, J., Thistlethwaite, J., Reeves, S. & Kitto, S. (2011). Introduction: A Sociology of Interprofessional Healthcare. I S. Kitto, J. Chesters, J. Thistlethwaite & S. Reeves (Red.), *Sociology of interprofessional health care practice. Critical reflections and concrete solutions* (s. 1–8). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Goodwin, N. (2016). Understanding and evaluating the implementation of integrated care: A ‘three pipe’ problem. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 19. <https://doi.org/10.5334/ijic.2609>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. nr. 26 (2014–2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. nr. 29 (2012–2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Jacobsen, D.I. (1993). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (s. 75–114). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaehne, A. (2016). The building blocks of integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2527>
- Kjellevoid, A. (2012). Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: verdivalg og rettslig regulering. *Tidsskrift for erstatningsrett*, 9(1–2), s. 15–44.
- Kjellevoid, A., Søvig, K.H. & Østenstad, B.H. (2016). *Helse- og omsorgstjenesteloven : Med kommentarer* (Fagbokforlagets lovkommentarer). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjønstad, A. (2014). *Taushetsplikt om barn: Kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, skoleetaten, sosialtjenesten i NAV og barnevernstjenesten* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Michelle, J. & Alma, H. (2014). Principals leading successful organisational change: Building social capital through disciplined professional collaboration. *Journal of Organizational Change Management*, 27(3), 473–485. <https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2013-0116>
- Miller, R. (2016). Crossing the cultural and value divide between health and social care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.2534>
- NOU 1986:4 (1986). Samordning i helse- og sosialtjenesten. Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet.
- NOU 2004:18 (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2017:12 (2017). *Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Nylehn, B. & Støkken, A.M. (2002). *De profesjonelle: relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ohnstad, B. (2011). *Velferd, rettsikkerhet og personvern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* Dokument 3:5 (2015–2016). Til Stortinget.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and

empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>

Sosial- og helsedepartementet. (1996). Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (St. Meld. nr. 25 (1996–1997)). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.