

Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie

Coordination Between Health Care Professions – A Scoping Review

Erlend Vik

Ph.d.-stipendiat

Høgskolen i Molde

erlend.vik@himolde.no

SAMMENDRAG

Den norske helsetjenesten preges av økende fragmentering og spesialisering, og ønsket om bedre samhandling har blitt en politisk og helsefaglig kjernesak. Gjennom en scoping review kartlegger, presenterer og analyserer denne artikkelen det norske forskningsfeltets beskrivelse av helseprofesjoners samhandling i kjølvannet samhandlingsreformen. Resultatene viser at forskningsfeltet knytter samhandlingsutfordringer til manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Vellykket samhandling beskrives i sammenheng med ansikt-til-ansikt-relasjon og samarbeid, samt relasjoner som er preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap. Basert på resultatene og en systemteoretisk forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert, utvikles en typologi som illustrerer fire former for samhandling. Artikkelens funn innebærer at man kan stille spørsmål ved samhandlingstiltak som fremhever rasjonalisering og effektivisering av oppgavefordelingen uten sosial interaksjon mellom de ulike helseprofesjonene.

Nøkkelord

Samhandlingsreformen, samhandling, helseprofesjoner, funksjonell differensiering, scoping review

ABSTRACT

The Norwegian healthcare system is characterized by fragmentation and specialization, and better coordination has been a core objective in policy reforms and among academics. Based on a large scoping review and in-depth analysis of twenty-five studies connected to the Coordination Reform, this article describes and categorizes elements that promotes and challenge attempts of coordination across professional and organizational borders in the healthcare system. The results show that challenges of coordination relates to the lack of collective venues and local guidelines for coordination, as well as the lack of knowledge about each other's professional practice. Successful coordination is described in the context of face-to-face relationship, teamwork, as well as interaction, characterized by equivalence and mutual knowledge. Based on the result, and a system-theoretical understanding of the health care system as functionally differentiated, this article presents a typology that illustrates four ideal types of coordination. The results imply that one can question coordination measures that emphasize rationalization and effectivization without social interaction between different health professions.

Keywords

coordination, coordination reform, health professions, integrated care, Functional differentiation, scoping review

INNLEDNING

Helsetjenestens organisering skaper både utfordringer og behov for samhandling på tvers av profesjonelle (Abbott 2014; Supper mfl. 2014) og organisatoriske grenser (Andersson mfl. 2011; Axelsson og Axelsson 2006). Samhandlingsreformen (2008–2009) er et politisk forsøk på å optimalisere og effektivisere samhandlingen mellom de mange aktørene i helse-tjenesten. Reformen føyer seg inn i en internasjonal trend med fokus på hvordan man best oppnår koordinering og integrasjon i en spesialisert og fragmentert helsetjeneste (Bouckaert, Peters og Verhoest 2010; Lægreid og Christensen 2013). Tiltakene som er iverksatt er krav om samarbeidsavtaler, kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, samt krav om opprettelse av kommunale akutte døgnenheter (St.meld. nr. 47 2008–2009).

Reformen og dens iverksettelse er gjort til gjenstand for en rekke studier og en nasjonal evaluering (Norges forskningsråd 2016). Gjennom en scoping review analyserer denne artikkelen 243 vitenskapelige publikasjoner som har tatt utgangspunkt i reformens problemforståelse og tiltak. Det finnes foreløpig ingen samlet oversikt over bidragene innen det stadig voksende forskningsfeltet tilknyttet samhandlingsreformen. Artikkelen kan derfor benyttes som en inngangsport til forskningsfeltet samtidig som den gir et innblikk i helseprofesjoners arbeid og hvordan eksisterende studier beskriver samhandling sett i lys av velferdspolitiske mål. Artikkelen gir også et teoretisk bidrag til hvordan integrasjon kan forstås i lys av systemteori, og det utvikles en typologi over fire idealformer for samhandling.

Det er store forskjeller i hvordan samhandlingsbegrepet benyttes og forstås (Ouwens mfl. 2005). Kodner og Spreeuwenberg (2002) forfekter et pasientorientert perspektiv i sin

definisjonen av «integrated care». Tiltakene i samhandlingsreformen er derimot i hovedsak rettet mot hvordan man på en koordinert og rasjonell måte kan fordele oppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Reformen fremstår som strukturorientert og har fått kritikk for et samhandlingsbegrep med manglende fokus på helsepersonell og pasient (Romøren 2011; Sørbø 2013). Denne artikkelen tar som utgangspunkt at det er gjennom helseprofesjonene man best forstår de utfordringene og mulighetene som helsetjenesten står overfor når det gjelder samhandling. Det er de som møter pasientene og som må samhandle på tvers av profesjonelle og organisatoriske grenser for å gi pasienten et helhetlig behandlingstilbud. Det sentrale spørsmålet for å forstå samhandling blir dermed hvordan helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer integreres og koordineres i behandling og rehabilitering av pasienten.

Samhandlingsreformen (2008–2009) fremhever i denne sammenheng at de ulike aktørene i helsetjenesten skal ta utgangspunkt i helheten, og ikke sine egne interesser. Altså skal helseprofesjoners samhandling motiveres av felles helsefaglig og samfunnsmessig forståelse. At en slik helhetlig forståelse skal danne grunnlaget for samhandling er problematisk om man tar utgangspunkt i systemteori (Luhmann 1993), og forstår helsetjenesten som funksjonelt differensiert (Hagen og Johansen 2013).

Luhmann (1982) benytter begrepet funksjonell differensiering til å henvise til organiseringen av det moderne samfunn hvor man har en rekke autonome og selvrefererende systemer som opprettholder hver sin spesifikke funksjon for samfunnet. På samme måte er helsesystemet differensiert inn en rekke systemer, representert med ulike profesjoner, organisatoriske enheter og funksjonssystemer, som alle opprettholder spesifikke funksjoner tilknyttet helse. At en økende spesialisering og differensiering har gjort helsesystemet i stand til å gjennomføre stadig mer spesialiserte oppgaver og gitt systemet økte valgmuligheter i å utøve sin funksjon. Samtidig har differensieringen medført et større behov for samhandling på tvers av de utdifferensierte systemene.

I lys av systemteori er en slik samhandling utfordrende, fordi de utdifferensierte systemene i helsetjenesten kommuniserer og iakttar sin omverden ut fra ulike koder, programmer og semantikker (Luhmann 1982). Systemene som skal realisere helsetjenester konfronteres dermed med en konflikt om hvilken kode som skal danne grunnlaget for beslutninger om samhandling (Åkerstrøm 2002:25). Koder sees i denne artikkelen som forståelsesrammer som er preget av profesjonenes organisatoriske, profesjonelle og institusjonelle tilknytning. Altså vil en kommunal hjemmesykepleier operere ut fra en annen kode (forståelse) enn en lege i spesialisthelsetjenesten. På samme måte kan det være ulike forståelsesrammer innenfor somatikk og psykisk helse. Helheten som reformen etterlyser oppleves altså som forskjellig i de ulike delene av helsetjenesten, og man kan på et systemteoretisk grunnlag argumentere for at samhandling er utfordrende fordi det blir konflikt om hvilken kode som skal danne grunnlaget for samhandlingen.

Av de 243 publikasjonen som er analysert er det 25 studier som belyser helseprofesjonenes samhandling empirisk, og gir utgangspunkt for å forstå hvordan profesjonenes ulike forståelsesrammer integreres og koordineres. De 25 studiene tar utgangspunkt i en rekke ulike samhandlingsarenaer, og beskriver helseprofesjoners samhandling både på tvers av forvaltningsnivå og internt i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Artikkelens mål er å kartlegge og analysere forskningsfeltets beskrivelse av helseprofesjoners samhandling i

kjølvannet av samhandlingsreformen. Gjennom en scoping review vil tre spørsmål bli besvart;

1. Hva kjennetegner studiene om helseprofesjoners samhandling når det gjelder metodisk og teoretisk forankring?
2. Hvilke samhandlingsarenaer og aktører blir beskrevet i faglitteraturen?
3. Hvilke samhandlingsutfordringer står helseprofesjoner overfor, og hva skal til for å fremme samhandling?

Problemstilling 1 og 2 vil bli besvart ved hjelp av en litteraturstudie, mens problemstilling 3 vil bli belyst ved hjelp av abduksjon. Det innebærer at de overordnede funnene i litteraturstudien drøftes i lys av en systemteoretisk forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert og presenteres i en typologi.

METODE

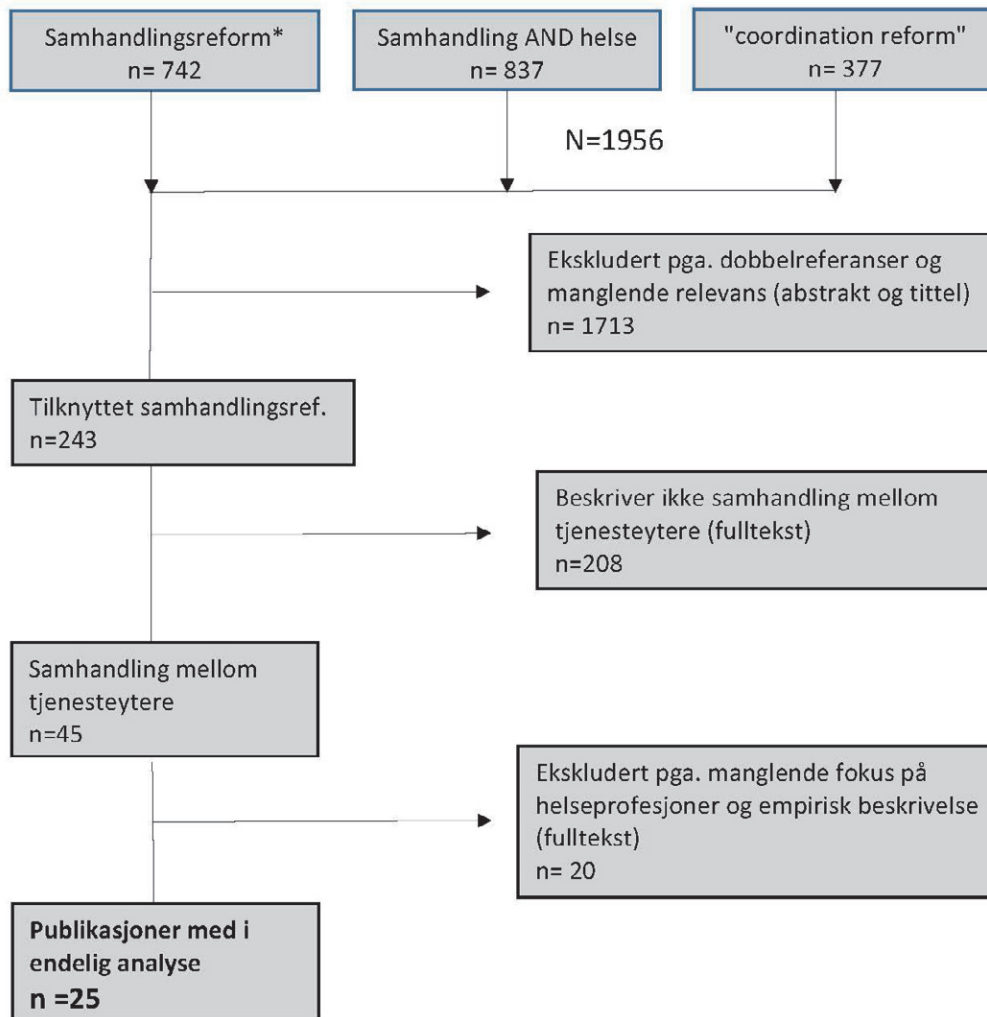
Forskningsfeltet er kartlagt gjennom en litteraturstudie, der det metodiske designet er inspirert av stegene i en scoping review. Arksey og O'Malley (2005:8) beskriver en femtrinns prosedyre for hvordan man gjennomfører en scoping review: formulere forskningsspørsmål, avklare hvordan man identifiserer relevante publikasjoner, studere publikasjonene, kategorisere og bearbeide publikasjonene og summere og rapportere funnene. En scoping review skiller seg fra en systematisk review ved at man kan ha en bredere tematisk tilnærming, en mer liberal metodetilnærming og mindre strenge krav for kvaliteten til studiene som blir inkludert (Arksey og O'Malley 2005).

Litteratursøket som kan sees i figur 1, benyttet «samhandlingsreform-», «samhandling AND helse» og «coordination reform» som søkeord. Dette ga 1956 treff i søkemotorene BIBSYS, NORART og IDUNN. Søkeordene har en klar tidsmessig avgrensning siden samhandlingsreformen først ble presentert gjennom Stortingsmelding 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – rett behandling til rett tid*. Alle artiklene er derfor fra perioden 2008–2016. Reformens aktualitet gjør at det stadig kommer nye studier, men litteratursøket ble avsluttet 22.5.2016. I tillegg til nevnte søkemotorer ble relevante spesialnummer av journaler, antologier og referanselister benyttet for å finne publikasjoner, og for å kontrollere at viktige publikasjoner ikke manglet i det originale søket.

For å bli inkludert i det videre arbeidet måtte publikasjonene ta utgangspunkt i samhandlingsformens problembeskrivelse og tiltak. Sammendragene ble benyttet for å identifisere publikasjoner som aktivt tok stilling til reformens innhold. Figur 1 viser at 243 publikasjoner sto igjen etter at eksklusjon på bakgrunn av dobbelreferanser og manglende relevans var gjennomført.

Av de 243 publikasjonene beskriver 45 samhandling mellom ulike tjenesteytere i helsetjenesten. Disse ble grundig analysert for å få fatt i hvilke profesjoner og samhandlingsarenaer som ble beskrevet, samt hvilke teoretiske og metodiske tilnærminger som ble benyttet. Kategorisering og eksklusjon av disse publikasjonene var en krevende prosess, og er delvis basert på subjektive kriterier. For eksempel ble studien til Moe (2015) av samhandlingen

på ledernivå mellom barnehage og barnevern ekskludert på bakgrunn av min vurdering av begrepet helseprofesjoner, og de studiene som tok utgangspunkt i utdanning av profesjonsutøvere ble også ekskludert på dette grunnlaget. Publikasjoner som manglet en empirisk beskrivelse av helseprofesjoners samhandling ble også ekskludert. Til slutt sto jeg igjen med 25 studier som empirisk beskrev samhandlingen mellom helseprofesjoner i en reformkontekst.



Figur 1. Stegene i litteratursøket

RESULTATER

Resultatene vil bli presentert på følgende måte: Først vil jeg gi en tematisk oversikt forskningslitteraturen tilknyttet samhandlingsreformen. Deretter vil jeg gi en oversikt over de inkluderte studiene med et særlig fokus på deres teoretiske og metodiske tilnærminger. Så vil helseprofesjoners samhandling kategoriseres og presenteres ut fra hvor samhandlingen finner sted. Til slutt vil de overordnede funnene, tilknyttet hva som utfordrer og fremmer helseprofesjoners samhandling, bli belyst i form av en typologi som viser fire former for samhandling.

Forskningstemaer tilknyttet samhandlingsreformen

Av de 243 studier (se figur 1) som har tatt utgangspunkt i samhandlingsreformens problemforståelse og tiltak, er følgende tema representert:

- Samhandlingsreformen i et historisk perspektiv (Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013; Feiring 2013; Heløe 2011)
- Utdanning, pedagogikk og samhandlingskompetanse (Aune og Olufsen 2014; Glosvik og Mekki 2013; Nilsen, Røising, og Brynhildsen 2012)
- Brukerperspektivet og hjemmet som samhandlingsarena (Andvig, Lyberg, og Gonzalez 2013; Borg og Karlsson 2013)
- Forebyggende arbeid (Fosse og Helgesen 2015; Førland, Skumsnes, Teigen og Folkestad 2015)
- Kritisk analyse av reformens innhold og retorikk (Breimo, 2014; Carlsen og Sataøen 2013; Feiring 2014; Romøren 2011; Sørbø 2013)
- Reformens styringslogikk (Andersen 2010; Hagen og Johnsen 2013; Hanssen, Helgesen, og Holmen 2014; Røiseland 2013)
- Oversikt over tiltak og virkemidler (Torjesen og Vabo 2014)
- Juridisk perspektiv (Kjønstad 2009)
- Samarbeidsavtalene (Brekke og Kirchoff 2015; Ljunggren, Solbjør, og Hestvik 2015)
- Utskrivningsklare pasienter (Melberg og Hagen 2016; Tingvoll, Sæterstrand og Fredriksen 2010)
- Pasientforløp (Fineide og Ramsdal 2014; Meese og Rønhovde, 2015).

I tillegg har samhandlingsreformen vært tema i en rekke antologier og spesialnummer av tidsskrifter (Bukve og Kvåle 2014; Grimsmo, Kirchhoff, Aarseth 2015; Hagen og Romøren 2016; Kassah, Tingvoll og Kassah 2014; Olaussen og Aanestad 2010; Tjora og Melby 2013)

Oversikt over inkluderte studier

Appendikset er en oversikt over de 25 inkluderte studiene og beskriver formål, metode, funn og teoretisk forankring. Studiene er publisert i en rekke ulike samfunnsvitenskapelige og helsefaglige tidsskrifter og antologier. To studier er ikke fagfellevurdert, men ble likevel inkludert da de har en relevant empirisk fremstilling av helseprofesjoners samhandling.

Ser vi på den metodiske tilnærmingen i de 25 publikasjonene har de i all hovedsak en kvalitativ tilnærming. Samtidig er det stor variasjon i design og antall informanter. De fleste

studiene benytter dybdeintervju eller fokusgruppeintervju, men det er også eksempler på casestudier og observasjonsstudier, og studier som kombinerer flere kvalitative metoder i samme studie. Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove (2015) er den eneste studien som supplerer en kvalitativ tilnærming med kvantitative data.

Helsefag, sosiologi og statsvitenskap er de dominerende fagdisiplinene i forskningsfeltet, og i flere studier er det også samarbeid på tvers av de tre fagene. Av de inkluderte publikasjonene er 12 empirisk beskrivelse av helseprofesjoners samhandling uten eksplisitt teoretisk forankring. Her er formålet med studiene å kartlegge samhandlingspraksiser fremfor å analysere dem. Fire studier benytter institusjonell teori, to er forankret i profesjonsteori, to benytter ulike former for handlingsteori og to legger et sosiokulturelt læringsperspektiv til grunn. Det teoretiske utgangspunktet til studiene har betydning for hvilke sider ved helseprofesjoners samhandling som blir problematisert. Publikasjonene som tar utgangspunkt i organisasjonsteori og institusjonell teori er opptatt av samhandling på tvers av organisatoriske grenser, og belyser hvordan helseprofesjoners samhandling påvirkes av organisasjoners kultur, struktur og verdier. De profesjonsteoretiske studiene ser på samhandlingen på tvers av profesjonsgrenser og utforsker hvordan samhandling påvirkes av profesjonsutøvelse og profesjonenes ulike behandlingssidealer. I studier som benytter et sosiokulturelt læringsperspektiv er det ikke helsetjenestens grenser som er i fokus, men hvordan ulike artefakter, som IKT-verktøy, virker inn på helseprofesjoners samhandling. De handlingsteoretiske studiene er empirinære og har selve (sam)handlingen som forskningsobjekt.

Fem samhandlingsarenaer

Studiene i datamaterialet beskriver samhandling mellom en rekke helseprofesjoner og tar utgangspunkt i ulike arenaer i helsetjenesten. Samhandling som fenomen blir altså belyst fra forskjellige utkikkspunkt. Tabell 1 viser hvilke aktører og samhandlingsarenaer som utforskes i de ulike studiene. 17 studier tar utgangspunkt i forholdet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Av disse beskriver syv somatiske pasientoverganger, seks beskriver samhandling i psykisk helsearbeid og fire omhandler samhandling mellom profesjoner i det jeg har valgt å kategorisere som samhandlingsteam. Samhandlingsteam er tverrprofesjonelle enheter som arbeider på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I fire studier beskrives helseprofesjoners samhandling internt i spesialisthelsetjenesten, og fem studier ser på samhandling internt i primærhelsetjenesten.

Tabell I. Samhandlingsarenaer og profesjoner representert i studiene

Spesialisthelse-tjeneste – kommune Somatikk	Spesialisthelse-tjeneste – kommune Psykisk helse	Samhandlingsteam	Spesialisthelse-tjenesten	Primærhelse-tjenesten
Risikofaktorer ved utskrivning – Sykepleier og ledere ved begge nivå (Netteland 2014)	Samhandling i psykisk helse – Distriktpsykiatrisk senter, kommunale botiltak og en kommunal oppfølgingstjenesten (Elstad, Steen og Larsen 2013)	Forebyggende familieteam (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013)	Medisinsk FoU avdeling – Ingeniører, sykepleier, leger, ledere og radiografer (Mørk, Aanestad og Hoholm 2013)	Legemiddelhåndtering – Sykepleiere, legesenter, farmasøyter og hjelpepleiere (Hamre, Berntsen og Monteiro 2010)
Sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter – Sykepleier og ledere ved begge nivå (Strandos 2014)	Samhandling i psykisk helse – Kommunale psykisk helsearbeidere, fastleger og ansatte ved DPS og akuttposter (Danbolt, Lien og Kjøsberg 2010)	Ambulante team (Sundet 2015)	AMK-sentral – Ansatte ved AMK og samarbeidspartnere internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt (Tjora 2013)	Hjemmesykepleiepraksis – Hjemmesykepleier, fastlege og psykiatri (Sæterstrand, Holm og Brinchmann 2015)
Behandlingsforløp for hjerteinfarkt – spesialister, sykepleier, fastleger, ledere for rehabiliteringssenter. (Valaker 2014)	Eldre med rusavhengighet – Psykisk helsearbeidere og hjemmetjenesten – (Eklund, Jensen og Daykin 2014)	Samhandlingsgruppe (Hansen og Ramsdal 2014)	Sammenslåing av to sykehusavdelinger – Spesialister i kirurgi og ortopedi (Heldal 2013)	Kommunale akuttenheter – Ledere ved KAD, leger, kommuneoverlege og avdelingssykepleier (Skinner 2015)
Elektronisk meldingsutveksling for utskrivningsklare pasienter – Sykepleiere ved sykehus og sykehjem (Brattheim, Hellesø og Melby 2016)	Psykiskhelsetilbud ved skoler – Helseøstre og psykisk helsearbeidere fra spesialisthelsetjenesten (Langaard, Toverud og Olaisen 2014)	ACT-team (Stokmo, Ness, Borg og Sommer 2014)	Utskrivningsklare pasienter sykepleiere og leger – (Hellesø og Melby 2013)	Kommuners relasjon til helseforetak og andre kommuner Ledere i kommuner og spesialisthelsetjenesten (Aarseth mfl. 2015)
Videokonferanse ved diagnostisering – allmennleger og spesialister (Nilsen 2013)	Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusproblem – Kommune og psykioseavdeling (Bratrud og Granerud 2011)			Elektronisk meldingsutveksling – Hjemmetjeneste og fastlege (Borgen, Melby, Hellesø og Steinsbekk 2015)
Overgang til hjemmet for pasienter med kreft – Sykepleiere ved sykehus og hjemmesykepleien (Nordsveen og Andershed 2015)	Samhandling i psykisk helse – Psykisk helsearbeidere i spesialisthelsetjeneste og kommune (Olsen, Vatne og Buus 2015)			
Samhandlingsprosjekt om fedme og overvekt – En rekke ulike profesjoner på begge nivå (Håland og Osmundsen 2015)				

Samhandling ved pasientoverganger tilknyttet somatikk

Samhandlingsreformen (2008–2009) vektlegger betydningen av god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommune. Et gjennomgående tema i publikasjonene som beskriver samhandlingen ved pasientoverganger, er at profesjonene mangler kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og organisatoriske forhold. Det oppsiktsvekkende er at det i stor grad er sykepleiere som samhandler med hverandre ved slike pasientoverganger, og man skulle dermed tro at gjensidighetskunnskap ikke var et så stort problem. Både Strandos (2014) og Nordsveen og Andershed (2015) viser derimot at det felles kunnskapsgrunnlaget og virkelighetsoppfatningen mellom sykepleiere ikke var til stede på tvers av forvaltningsnivåene. Dette indikerer at gjensidighetskunnskap ikke bare er et fenomen som er styrt av profesjongrensene, men i like stor grad tilknyttet de organisatoriske og strukturelle grensene. Publikasjonene som beskriver pasientoverganger tilknyttet somatikk tar i liten grad opp konflikter mellom forvaltningsnivåene og profesjonene. Håland og Osmundsen (2015) er den eneste studien som viser at profesjongrensene kan utfordre samhandlingen, ellers er det manglende kunnskapen om hverandres profesjonsutøvelse og organisatoriske forhold som studiene vurderer å være hovedutfordringen for samhandlingen.

Valaker (2014) sammenligner organiseringen av pasientforløp for hjerteinfarktpasienter i en liten og en stor by. Studien viser at det ikke er helseprofesjoners ulike behandlings- og omsorgsidealer som har størst betydning for samhandlingen, men hvordan pasientforløpene er organisert. I storbyen var det stor flyt av personell og kompetanse på tvers av forvaltningsnivå og organisasjonsgrensene på grunn av hospitering, samlokalisering og samarbeid. I småbyen ble det uttrykt at de fleste aktørene konsentrerte seg om de oppgavene som de var satt til å utføre i henhold til sin kompetanse og sitt funksjonsområde. Studien konkluderer med at organiseringen i storbyene skaper bedre samhandling enn den funksjonelle oppgavefordelingen i småbyen.

Tiltakene som blir presentert for å legge til rette for samhandlingen ved pasientoverganger er i stor grad bedring av gjensidighetskompetansen mellom profesjonene. Eksempler på slike tiltak er hospitering på tvers av nivåene (Håland og Osmundsen 2015) og teamorganisering og samlokalisering (Valaker 2014). Nordsveen og Andershed (2015) fremhever at samarbeidsmøter, palliative team og kreftkoordinatorer er viktig for å oppnå god samhandling når pasienter med kreft i palliativ fase skal flyttes hjem. Strandos (2014) hevder at det viktigste for å bedre samhandlingen ved pasientoverganger er å utvikle en helhetlig systemforståelse hos de aktuelle helseprofesjonene. Det krever at tiltakene som settes inn er lokalt forankret. Samarbeidsavtalene, som finnes på administrativt nivå, kjenner de som står i samhandling til daglig ikke til (Strandos 2014). Dette sammenfaller med funnene til Skinner (2015) i studien av samarbeidsavtalenes effekt for samhandlingen i Kommunale akutte døgnenheter (KAD).

Når det gjelder bruken av informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som samhandlingsverktøy, er det en viss uenighet om hvordan dette påvirker samhandlingen. Brattheim mfl. (2016) viser at sykepleiere var fornøyde med å kommunisere ved hjelp av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), både generelt og spesielt i tilknytning til planlegging av utskrivningsprosessen. Bruken av PLO-meldinger var godt innarbeidet i sykepleiernes arbeidshverdag og bidro til tettere samhandling på tvers av sykehus og kommune.

Nilsen (2013) viser hvordan allmennleger og spesialister kan overskride de organisatoriske og geografiske grensene som i utgangspunktet vanskeliggjør samhandling, ved hjelp av videokonferanser. Netteland (2014) viser derimot til manglende bruk av IKT som samhandlingsverktøy, og fremhever at sykepleierne i spesialist- og primærhelsetjenesten har forskjellige virkelighetsbilder og språk. I tillegg vises det til at ut- og innskrivingsregler ikke er synkronisert verken internt eller eksternt, og de involverte aktørene kjenner ikke hverandres informasjonsbehov på tvers av forvaltningsnivåene.

Samhandling i psykisk helse

Psykisk helse som samhandlingsarena kjennetegnes ved at det er en brukergruppe som ofte har sammensatte lidelser, og hvor tilbudet beskrives som spesielt fragmentert (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Fragmenteringen kommer til uttrykk gjennom det høye antallet aktører som omtales i datamaterialet. Av organisatoriske enheter finner man blant annet distriktpsykiatriske sentre (DPS), akuttposter, psykoseavdelinger, hjemmetjeneste, kommunale botiltak og kommunal oppfølgingstjeneste. Studienes informanter er fastleger, helsesøstre, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, psykisk helsearbeidere og spesialister innenfor psykiatri.

Psykisk helse er den samhandlingsarenaen hvor studiene i størst grad beskriver maktforskjeller mellom profesjoner og forvaltningsnivå. Kommuneansatte i Olsen mfl.s (2015) studie forteller at på tross av at de har fått stadig større behandlingsansvar og økt kompetanse på pasientbehandling, opplever de at spesialisthelsetjenesten fortsatt ser på dem som deres «tjenere» og ikke som likeverdige behandlingspartnere. Danbolt, Lien og Kjøsberg (2010) finner at profesjonene på tvers av forvaltningsnivåene har en felles oppfatning av at spesialisthelsetjenesten og kommunen er «to forskjellige verdener». Bratrud og Granerud (2011) kobler maktforskjellen til de ulike behandlingssideologiene, og viser til at kommuneansatte følte at spesialisthelsetjenesten var premissleverandør for samhandlingen og at den medisinske behandlingsslogikken hadde forrang. Følelsen ble forsterket av at spesialisthelsetjenesten stilte urimelige krav i forhold til den kompetansen som befant seg i kommunene. Olsen mfl. (2015) beskriver også to ulike behandlingssideologier, hvor profesjoner i spesialisthelsetjenesten har fokus på medisinsk behandling og kommuneansatte har fokus på mestring og funksjonsnivå.

Et annet element som utfordrer samhandlingen er uklar ansvarsfordelingen mellom de ulike enhetene og profesjonene innen psykisk helsearbeid (Bratrud og Granerud 2011; Danbolt mfl. 2010; Olsen mfl. 2015). Danbolt mfl. (2010) viser at både DPS, kommuneansatte og fastleger uttrykte frustrasjon over at det var vanskelig å komme i kontakt med hverandre, og at informasjonsflyten var mangelfull. Mangelen på kontakt førte ofte til at man la hovedansvaret for manglende samhandlingen på den andre parten. Også Olsen mfl. (2015) trekker frem ansvarsfraskrivelse, og begrunner det med at det mangler felles retningslinjer for hvordan man samhandler lokalt. Studien problematiserer også at det ikke eksisterte føringer for felles møtepunkter mellom ansatte som jobbet pasientrettet. Bratrud og Granerud (2011) knytter usikkerhet om ansvarsfordeling til manglende respekt og forståelse for hverandres kompetanse.

Tiltak som blir fremmet for å styrke samhandlingen er etablering av møteplasser og gjensidighetskunnskap. Danbolt mfl. (2010) hevder at økt gjensidighetskunnskap er den viktigste faktoren for å bedre samhandlingen i psykisk helsearbeid. Gjensidighetskunnskap innebærer kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensinger, men også at man kjenner til hverandre fordi man har møttes og snakket med hverandre (Danbolt mfl. 2010). Elstad, Steen og Larsen (2013) viser at både DPS, kommunale botiltak og oppfølgingstjenesten innen kommunalt psykisk helsearbeid vektla det å møtes og samarbeide ansikt til ansikt for å bli kjent med hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærming. Fysiske møter fremmet positiv samhandling og utvikling av et koordinert hjelpetilbud.

Eklund, Jensen og Daykin (2014) trekker frem felles hjemmebesøk, erfarings- og kunnskapsdeling og kritisk dialog i ressursgrupper som viktige tiltak som styrker samarbeidet på tvers av faggrenser for profesjoner som arbeider med eldre personer med sammensatte lidelser og rusavhengighet. Langaard mfl. (2014) har forsket på hvilken effekt regelmessige møter i en forskningsgruppe har for samhandlingen mellom helsesøster og psykisk helsearbeidere. Studien viser at profesjonene i utgangspunktet var usikre på hverandre, og det var spenninger tilknyttet både behandlingssideologi og organisatoriske forhold. Spenninene mellom profesjonene forsvant gradvis ved at profesjonsutøverne møttes og diskuterte ulike synspunkter og delte felles erfaringer. De regelmessige møtene førte etter hvert til en sterk følelse av felleskap og likeverdighet.

Samhandlingsteam

Fire publikasjoner beskriver samhandling tilknyttet samhandlingsteam. Eksempler på slike enheter i datamaterialet er forebyggende familieteam (Lindboe, Kufås og Karlsson, 2013), ambulante team (Sundet 2015), ACT-team (Stokmo mfl. 2014) og en samhandlingsgruppe tilknyttet Romeriksprosjektet (Hansen og Ramsdal, 2014). Felles for teamene er at de arbeider med pasienter som har sammensatte lidelser, ofte tilknyttet psykiatri. Dette er en pasientgruppe det er sterkt fokus på i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009), og teamene kan dermed sies å symbolisere et viktig mål for reformen. Teamenes sentrale funksjon i samhandlingen blir også fremhevet i andre publikasjoner som omhandler samhandlingen ved pasientoverganger (Nordsveen og Andershed 2015; Valaker 2014).

Alle studiene gir en positiv beskrivelse av samhandlingen internt i teamene. Stokmo mfl. (2014) beskriver for eksempel arbeidsmåten i ACT-teamet som dynamisk med stor vekt på samarbeid. Praksisrammene la til rette for et bredere kunnskapsgrunnlag med likeverdige kunnskapskilder på tross av klare profesjongrenser og ulike behandlingssideologier i teamene. Den regelmessige kontakten i teamene og at man blir godt kjent med hverandre gjør at negative og stereotyper forestillinger profesjonene imellom blir svekket.

Hansen og Ramsdal (2014) finner ikke utfordringer tilknyttet profesjonsbakgrunn i samhandlingsteamet, verken når det gjelder status eller begrepsbruk. Heller ikke det faglige skillet mellom vektlegging av «behandling» og «pleie og omsorg» skaper motsetninger i gruppen, snarer tvert imot. Samhandlingsteamets mulighet til å diskutere om en bruker har behov for innleggelse skaper en felles forståelse for hva som er best til enhver tid. Diskusjoner og forhandlinger styrker samhandlingskulturen i teamet, og studien avdekker en felles forståelse av at «behandling» og «pleie og omsorg» må eksistere ved siden av hver-

andre (Hansen og Ramsdal 2014). Lindboe mfl. (2013) trekker på samme måte frem at det er stor takhøyde for tverprofesjonell diskusjon i forebyggende familieteam.

Samhandlingen med andre aktører i helsetjenesten kan derimot være utfordrende (Sundet 2015). Lindboe mfl. (2013) påpeker at det er viktig å avklare teamenes kompetanse og ressursbruk med deler av spesialisthelsetjenesten, og gjøre tilbudet bedre kjent blant kommunale tjenester. På tross av disse utfordringene benyttes begreper som «ambassadør» og «døråpner» (Lindboe mfl. 2013), samt «veileder» (Sundet 2015), for å beskrive teamenes funksjon for brukerne og andre profesjoner i helsetjenesten.

Samhandling internt i spesialisthelsetjenesten

Fire studier beskriver samhandling internt i spesialisthelsetjenesten, og alle er publisert i antologien *Samhandling for helse*. Grunnen til at så få studier har koblet samhandlingsbegrepet til samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten kan være at reformens samhandlingsbegrep er koblet tettest til samhandling mellom forvaltningsnivåene. De fire studiene viser at også internt i spesialisthelsetjenesten finnes det spenninger mellom de mange organisatoriske, kulturelle og profesjonelle grensene. Mørk mfl. (2013) identifiserer tydelige spenninger internt i en medisinsk forskning- og utviklingsavdeling (FOU) i form av en konflikt mellom sykepleieres og radiologers praksisnære kunnskap, og leger og ingeniørers mer akademiske kunnskap. Studien viser også at de organisatoriske og kulturelle forholdene knyttet til arbeidstid og arbeidspraksis vanskeliggjør felles møter og samlinger. Hellesø og Melby (2013) finner spenninger mellom leger og sykepleiere i deres forhandling om utskrivningsklare pasienter, og Heldal (2013) viser til spenninger mellom en tidligere kirurgisk og en ortopedisk avdeling i sammenheng med en sammenslåing av de to avdelingene.

I motsetning til samhandling på tvers av forvaltningsnivåene, som ved pasientovergang og i psykisk helse, er det i mye større grad direkte kontakt og felles møteplasser for profesjonene som jobber i spesialisthelsetjenesten. Møteplasser gir mulighet for diskusjon og forhandlinger, og man oppnår forståelse for hverandres kunnskap, verdier, profesjonsutøvelse og behandlingsideologi. Dette medfører at man i stor grad overkommer konflikter og spenninger, og lykkes med samhandlingen (Mørk mfl. 2013; Hellesø og Melby 2014). Tjora (2013) trekker frem fysisk nærhet, kompetansemessig transparens og lokal forankring som viktige elementer for tillitsbaserte samhandling mellom ulike aktører i Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Heldal (2013) påpeker at en enhetlig kultur har lite å gjøre med en kultur hvor alle skal være like. Snarere må forskjeller respekteres, og også fremheves, for å skape tillit. Kommunikasjon om ulikhetene mellom profesjonene gjør at man kan overkomme konfliktene. I integrasjonsprosessen Heldal (2013) beskriver, boikottet profesjonene alle former for møteplasser og interaksjon. Dermed ble også spenningen mellom profesjonene opprettholdt.

Hellesø og Melby (2014) ser på maktforholdet mellom lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten i deres forhandlinger om utskrivningsklare pasienter. Det er tydelig at de to profesjonene har ulike forståelsesrammer, men de kommer til enighet gjennom en rekke runder med muntlig diskusjon og dialog. Kollektive beslutninger fremfor individuelle beslutninger preger prosessen tilknyttet utskrivning av pasienter.

Samhandling i primærhelsetjenesten

Fem studier har sett nærmere på hvordan kommunale aktører samhandler internt og eksternt. Publikasjonene som tar for seg primærhelsetjenesten som samhandlingsarena, omhandler blant annet hjemmetjenesten, fastlegen, KAD, legemiddelhåndtering og kommunale ledere. Hamre mfl. (2010) har sett på samhandlingen mellom leger, apotek og sykepleier i hjemmetjenesten tilknyttet kvalitetssikring av legemiddelhåndtering. Studien viser at lite tillit og kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse, samt institusjonelle og organisatoriske forhold er de største utfordringene for samhandlingen. Samhandlingen utfordres videre av at IKT-systemene ikke er tilrettelagt for aktørenes ulike organisatoriske forhold og profesjonelle praksiser.

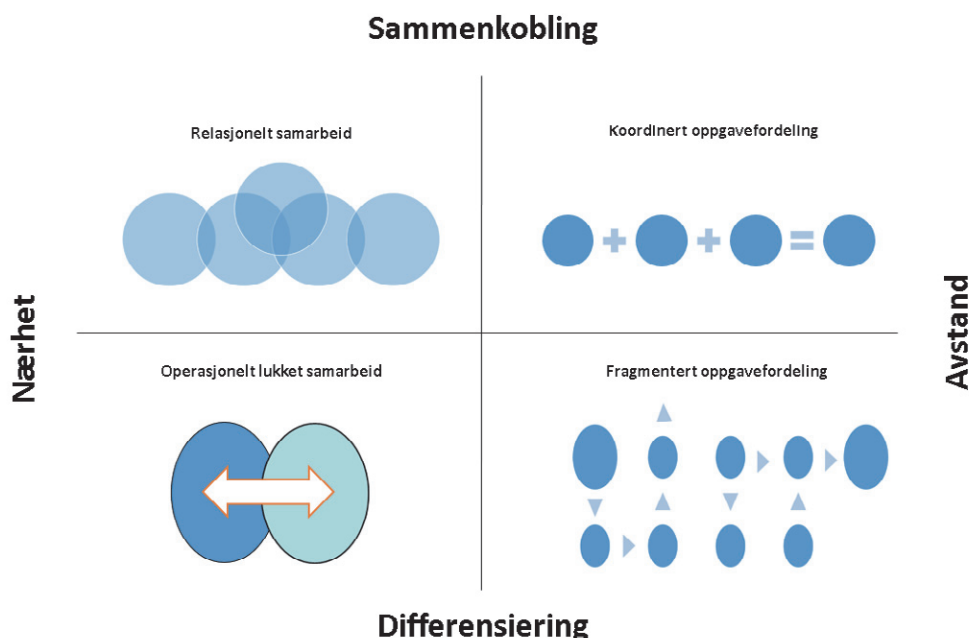
Borgen mfl. (2015) har forsket på «E-meldinger» som hjemmetjenesten og fastlegen benytter i sin samhandling. Resultatet fra studien viser at de som hadde tatt i bruk ordningen opplevde endret samhandlingsmønster med hyppigere kontakt og raskere avklaring, samt bedre kvalitet på informasjonen de utvekslet. E-meldingen ga også fastlegene muligheten til å ta en mer aktiv rolle og et større koordineringsansvar fordi de lettere fikk tilgang på informasjon fra hjemmesykepleien. Sæterstrand mfl. (2015), som har studert hvordan samhandlingsreformen har påvirket hjemmesykepleiepraksisen, viser derimot at hjemmesykepleierne etterspør tettere kontakt og tydeligere retningslinjer for samhandling med fastlegen. De motstridene funnene kan forklares med at informantene hos Sæterstrand mfl. (2015) ikke har tatt i bruk E-meldingen. Samtidig er det verdt å merke seg at det er et klart skille mellom studiene som er positive og studiene som er negative til hvordan IKT fungerer og dens effekt for samhandling i helsetjenesten. Studiene som viser positiv effekt har et bestemt IKT-verktøy som primært forskningsobjekt (Borgen mfl. 2015; Nilsen 2013; Hellesø og Melby 2014), mens i studiene som er negative er det en mer generelle betraktning av IKT, og forskningsobjektet er i utgangpunktet tilknyttet andre elementer (Hamre mfl. 2010; Netteland 2014; Strandos 2014).

Skinner (2015) har sett på samhandling mellom KAD og spesialisthelsetjenesten, og viser at det er den uformelle kommunikasjonen om konkrete pasienter som er hovedformen for kontakt mellom akutenhetene og sykehusene. Kun ved én KAD er det lokale retningslinjer for samhandling mellom partene. Skinner (2015) argumenterer derfor for at de lovpålagte samarbeidsavtalene ikke har bidratt til å bedre kommunenes og helseforetakets samarbeid om kommunalt akutt døgnoophold. Aarseth mfl. (2015) viser derimot at samarbeidsavtalene har hatt en positiv effekt på samhandlingen mellom de to nivåene. Bakgrunnen for de ulike konklusjonene kan forklares ved de ulike studienes utvalg. Mens Skinner (2015) har informanter som befinner seg på de lokale tjenestenivå i KAD, har Aarseth mfl. (2015) intervjuet aktører på leder- og administrativt nivå i kommunene og spesialisthelsetjenesten. De ulike konklusjonene kan være med på å forsterke oppfatningen om at det er et stykke å gå før samarbeidsavtalene får en lokal forankring (Olsen mfl. 2015; Strandos 2014). Flere av publikasjonene viser at det er essensielt at samhandlingstiltakene som iverksettes, ikke bare må forankres på et overordnet og administrativt nivå, men også i helseprofesjonenes praksis (Håland og Osmundsen 2015; Olsen mfl. 2015; Tjora 2013).

FIRE FORMER FOR SAMHANDLING

Gjennomgangen av de 25 publikasjonene gir et bilde av helseprofesjoners samhandling på fem ulike samhandlingsarenaer. Hovedfunnet er at forskningsfeltet knytter samhandlingsutfordringene til manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt at profesjonene mangler kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Vellykket samhandling beskrives i sammenheng med ansikt-til-ansikt-relasjoner og teamarbeid, samt relasjoner som er preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap. I tillegg er det et gjennomgående tema i studiene at helsetjenestens organisering skaper et spenningsforhold mellom profesjonene, noe som gjør samhandlingen utfordrende. Ulike tjenestenivåer, organisatoriske enheter og profesjonsgrenser setter premisser for helseprofesjonens rolle i og forståelse av samhandlingen. Dette medfører konflikt om hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandlingen. Konflikten oppstår blant annet mellom akademisk og praktisk kunnskap (Mørk mfl. 2013; Eklund mfl. 2014), behandling og rehabilitering (Brattrud og Granerud 2011; Hellesø og Melby 2014; Sæterstrand mfl. 2015), pasient og byråkrati (Danbolt mfl. 2010), ortopedi og kirurgi (Heldal 2013) og mellom partnerskap og økonomi (Aarseth mfl. 2015).

I lys av datamaterialets beskrivelse av helseprofesjonenes samhandling og helsetjenestens organisering, har jeg utviklet en typologi som beskriver fire ulike idealformer for samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste, se figur 2. Typologien har to dimensjoner. Den horisontale dimensjonen, avstand–nærhet, viser hvorvidt det er møteplasser og fysisk kontakt mellom profesjonene. Den vertikale dimensjonen, sammenkobling–differensiering, viser hvorvidt samhandling medfører integrasjon på tvers av aktørenes ulike forståelsesrammer eller ikke. De fire idealtypiske formene for samhandling omtales som *relasjonelt samarbeid*, *operasjonelt lukket samarbeid*, *koordinert oppgavefordeling* og *fragmentert oppgavefordeling*.



Figur 2. Fire former for samhandling

Relasjonelt samarbeid er preget av nærhet og sammenkobling. I denne formen for samhandling kommer helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer i kontakt med hverandre. Gjennom møteplasser, dialog og forhandlinger utvikles en gjensidighetskunnskap som medfører at profesjonene oppnår konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. En slik enighet innebærer ikke en sammensmelting av de ulike forståelsene, men en anerkjennelse og kunnskap om hverandres bidrag for å løse felles oppgaver. Relasjonen mellom profesjonene preges av interaksjon, likeverdighetstankegang og respekt for hverandres profesjonsutøvelse. Denne idealformen for samhandling kommer til uttrykk i studiene som beskriver samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingsteamene. Eksempler fra de andre samhandlingsarenaene er Langaard mfl. (2014) som viser hvordan man gjennom samarbeidsmøter oppnådde relasjonell samhandling mellom skolehelsetjenesten og psykisk helse. Den vertikale integrasjonen som kjennetegnet storbyens arbeid med rehabilitering av hjerteinfarktpasienter er et eksempel på relasjonell samhandling ved pasientoverganger i somatikk (Valaker 2014).

Operasjonelt lukket samarbeid er preget av nærhet og differensiering. Her oppnår ikke profesjonene konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen, selv om det finnes møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene. Ulikhet, usikkerhet og maktkamp preger relasjonene, og det oppstår konflikt om hvilken forståelse som skal danne grunnlaget for samhandling. Operasjonelt lukket samarbeid kan forventes i polyfone organisasjoner (Åkerstrøm 2002), men datamaterialet gir få eksempler på dette. Heldals (2013) studie av integrasjonsprosessen mellom kirurgi og ortopedi i et større norsk sykehus er den eneste med funn som kan karakteriseres som en slik type samhandling. Derimot er det eksempler på at relasjonelt samarbeid i utgangspunktet, før man har oppnådd gjensidighetskunnskap, kom til uttrykk som operasjonelt lukket (Langaard mfl. 2014; Mørk mfl. 2013). Forholdet mellom relasjonelt og operasjonelt lukket samarbeid kan altså i enkelte tilfeller forstås som en prosess.

Koordinert oppgavefordeling er preget av avstand og sammenkobling, og ligger tett opp mot samhandlingsreformens forståelse og definisjon av samhandling. En slik samhandling kjennetegnes av koordinert og rasjonell oppgavefordeling mellom helseprofesjoner som ikke har fysiske møteplasser. Profesjonene fungerer her som relativt lukkede og autonome systemer som opprettholder hver sine distinkte funksjoner. Avstand gjør at denne formen for samhandling er avhengig av mekanismer som koordinerer og integrerer profesjonenes ulike forståelsesrammer. Sammenkobling kan skje ved hjelp av velfungerende IKT-systemer, skriftlige retningslinjer, standardiserte pasientforløp eller en koordinator som tar ansvar for oppgavefordelingen.

Nordsveen og Andersheds (2015) beskrivelse av koordinatorrollen i samhandlingen rundt pasienter med kreft i palliativ fase, er et eksempel på hvordan sammenkobling kan skje. Her beskrives koordinatoren som tilgjengelig og effektiv når det gjelder å formidle riktig og utfyllende informasjon til de riktige aktørene. IKT-verktøy som PLO-meldinger og E-meldinger er andre mekanismer som studier viser har positiv effekt på helseprofesjoners samhandling (Borgen mfl. 2015; Brattheim mfl. 2016). Studiene sier imidlertid ikke noe om hvordan disse mekanismene koordinerer helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer. PLO-meldingene måtte for eksempel suppleres med annen type kommunikasjon i samhandling om pasientoverganger (Brattheim mfl. 2016). Netteland (2014) påpeker at

IKT-systemer reproducerer forskjellene som finnes mellom profesjonen når det gjelder språk og virkelighetsbilde, og dermed ikke har en tilstrekkelig integrerende funksjon. Hamre mfl. (2010) er inne på noe av det samme og hevder at IKT ikke klarer å forholde seg til hvordan de ulike rammene og rutinene for profesjonsutøvelse fungerer i praksis. Det kan altså virke som om helsetjenestens IKT-løsninger ikke er utviklet med tanke på koordinering og integrering på tvers av helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer. Samlet sett gir få av de inkluderte studiene konkrete eksempler på koordinert oppgavefordeling. Dette kan være fordi studiene i stor grad er problemorienterte, men det kan også være et tegn på at tiltakene i samhandlingsreformen ikke har hatt en ønsket effekt på helseprofesjoners samhandling med tanke på å avklare ansvar og arbeidsoppgaver.

Fragmentert oppgavefordeling er preget av avstand og differensiering. Her er det ikke fysisk møteplasser mellom profesjonene, og relasjonene er preget av lav gjensidighetskunnskap. I motsetning til koordinert oppgavefordeling eksisterer eller fungerer ikke de mekanismene som skal koordinere aktørenes ulike forståelsesrammene. Mangel på møteplasser, gjensidighetskunnskap og lokale retningslinjer fører til uklarhet om hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandlingen. Aktørene legger da sin egen forståelsesramme til grunn. Et eksempel på dette er Strandos' (2014) beskrivelse av sykepleiere som er opptatt av sin egen lokale kontekst og ikke det helhetlig behandlingssystemer rundt pasientene.

Fragmentert oppgavefordeling er spesielt fremtredende i de samhandlingsarenaene som opererer på tvers av forvaltningsnivåene, men også internt i primærhelsetjenesten er det studier som beskriver en slik type samhandling (Hamre mfl. 2010; Sæterstrand mfl. 2015). Flere studier avdekker situasjoner med uklar ansvarsfordeling (Brattrud og Granerud, 2011; Danbolt mfl. 2010; Olsen mfl. 2015; Strandos 2014), mangelfull informasjonsflyt (Eklund mfl. 2014; Netteland mfl. 2014) og i enkelte tilfeller maktkamp mellom profesjoner og behandlingssidealer. Et vesentlig poeng når det gjelder maktkampen i fragmentert oppgavefordeling er at den er underliggende og ikke blir tatt opp til diskusjon. Både Brattrud og Granerud (2011) og Olsen mfl. (2015) finner at informanter fra primærhelsetjenesten beskriver en opplevelse av at det er profesjonene fra spesialisthelsetjenestens forståelsesramme som har forrang i psykisk helsearbeid. En slik opplevelse av maktkamp blir ikke beskrevet der det er møteplasser og gjensidighetskunnskap mellom profesjonene, selv om det også her er klare spenninger og ulikheter i profesjonenes forståelsesrammer. Det kan derfor virke som om det nettopp er konflikten, diskusjonene og forhandlingene om ulikhetene mellom profesjonene som er med på å styrke samhandlingen i retning av former som sikrer sammenkobling fremfor fragmentering, altså relasjonell og/eller vellykket oppgavefordeling.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I denne artikkelen har jeg kartlagt og analysert forskningslitteraturen som omhandler helseprofesjoners samhandling i en reformkontekst. Litteraturgjennomgangen viser at helseprofesjoners samhandling er belyst ut fra ulike samhandlingsarenaer, med en overvekt av studier som fokuserer på samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Metodisk domineres forskningsfeltet av kvalitative studier, der aktørenes egenfortolkning av sam-

handlingssituasjoner de selv står i er beskrevet. Mer standardiserte kvantitative studier av samhandling mellom helseprofesjoner mangler. Halvparten av studiene er i hovedsak deskriptive uten teoretisk forankring. Den teoretiske inngangen til de resterende studiene virker å influere hvilke sider ved helseprofesjonenes samhandling som blir belyst.

En systemteoretisk begrunnet forståelse av helsetjeneste som funksjonelt differensiert har bidratt til å muliggjøre en overordnet analyse av de inkluderte studiene. Ved hjelp av ulike metoder og analytiske innganger utforsker studiene nettopp hvordan profesjoner håndterer samhandling på tvers av ulike profesjonelle, organisatoriske og administrative grenser (system). Perspektivet fanger også opp de utfordringer som samhandlingsreformen påkaller når det gjelder helsetjenestens spesialiserte og organisatoriske fragmentering og manglende fokus på helhet. Samtidig gir forskningsfeltets beskrivelser av helseprofesjoners samhandling mulighet til å problematisere den systemteoretiske forutsetningen om at samhandling som integrasjon vil utfordres av en konflikt om hvilken kode eller forståelse som skal danne grunnlaget for samhandlingen.

Flere har forsøkt å overkomme systemteoriens begrensninger når det gjelder å forklare hvordan integrasjon kan oppnås mellom systemer som opererer ut fra ulik forståelse basert på deres ytelse og funksjon. Hagen (1999) benytter begrepet rasjonell solidaritet, og la Cour og Højlund (2008) viser til et tredje ordens nettverkssystem for å forklare hvordan en slik sammenkobling kan være mulig. Begge bidragene peker på at ulike systemer kan samhandle basert på felles mål, solidaritet eller forståelse. Denne artikkelen setter derimot spørsmålstegn både ved om samhandling behøver noe «felles», og ved at en konflikt om forståelse vanskeliggjør integrasjon.

I lys av typologiene beskriver forskningsfeltet i hovedsak to typer samhandling; fragmentert oppgavefordeling og relasjonelt samarbeid. Dette tyder på at det ikke er konflikt om forståelse som er hovedutfordringen for samhandling, men mangelen på en slik konflikt. Gjennom konflikt, forhandlinger og diskusjon om ulikheter viser datamaterialet at profesjonene i relasjonelt samarbeid kan oppnå en gjensidighetskunnskap som fremmer samhandling og integrasjon. Gjensidighetskunnskap innebærer ikke at de ulike forståelsene smelter sammen til én felles forståelse, heller er det snakk om en gjensidig systemforståelse hvor profesjonene evner å se sine bidrag i sammenheng med hverandre – altså at aktørene forstår at differensiering av arbeidsoppgaver er ulike funksjoner som utgjør viktige bidrag til helheten. I fragmentert oppgavefordeling kommer ikke profesjonene i konflikt. Manglende diskusjon og forhandlinger om hverandres forståelse medfører at profesjonen yter sin funksjon kun med utgangspunkt i egen forståelse. Dette opprettholder differensieringen, og kan innebære utfordringer for pasient og andre profesjoner. For å oppnå sammenkobling og integrasjon i en funksjonelt differensiert helsetjeneste må altså ulike helseprofesjoner bevisstgjøres om hverandres forståelser, mål og organisatoriske forhold.

Artikkelens funn innebærer at man kan stille spørsmål ved samhandlingstiltak som fremhever standardisering og effektivisering av oppgavefordelingen uten sosial interaksjon mellom aktørene. Tiltak som skaper gjensidighetskunnskap og møteplasser på tvers av helsetjenestens mange grenser virker å ha større potensiale for å fremme samhandling. Man kan argumentere for at dette er tiltak som ikke er realiserbare handlingsvalg i en kompleks helsetjeneste. Likevel er dette sentrale funn som bør vektlegges innenfor de geo-

grafiske og medisinske områdene hvor samhandling tilknyttet bestemte pasientgrupper er avgjørende.

Artikkelen gir ikke svar på hva det er som gjør at konflikter om samhandling på tvers av profesjonelle og organisatoriske skillelinjer kan virke integrerende. Her mangler begreper som kan fange opp og differensiere mellom konflikter som virker integrerende og konflikter som kommer i veien for samhandling. På samme måte gis det ikke svar på hvordan man skal oppnå transformasjonen fra fragmentert til koordinert oppgavefordeling. Dette er aktuelle problemstillinger for videre arbeid. Typologien som presenteres viser også at det er et behov for en nærmere avklaring av hvordan man skal forstå selve samhandlingsbegrepet. De ulike publikasjonene tar utgangspunkt i ulike definisjoner på samhandling. En slik ulikhet i bruk og forståelse av samhandlingsbegrepet er problematisk, ikke bare for forskningsfeltet, men også for de profesjonene som skal forholde seg til begrepet i praksis.¹

LITTERATUR

- Abbott, A. (2014). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Andersen, O. J. (2010). «Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke»: Regional samstyring som mulighet og problem. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 26(1), 5–21.
- 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.
- Andvig, E., Lyberg, A., & Gonzalez, M. T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer; en scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115–128.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- Aune, I., & Olufsen, V. (2014). Et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom jordmor- og helsesøsterutdanningen sett i lys av den didaktiske relasjonsmodellen. *Uniped*, 37(3), 78–92. DOI: <https://doi.org/10.3402/uniped.v37.23029>.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.826>.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 105–113.
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R., & Steinsbekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 42–48. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53388>.
- Bouckaert, G., Peters, B. G., & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management*. Palgrave: Houndmills.

1. Jeg ønsker å takke Turid Aarseth, Lisa Hansson, Ralf Kirchhoff og fagfellene i Tidsskrift for velferdsforskning for konstruktive tilbakemeldinger og gode tips underveis i arbeidet med denne artikkelen.

- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, (1), 26–33. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.56830>.
- Bratrud, T. L., & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 206–217.
- Breimo, J. P. (2014). Koordinering og tilstedeværelse – om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 38(3–4), 253–269.
- Brekke, Å., & Kirchoff, R. (2015). Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalen? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 37–62.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H., & Guldbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 464–491.
- Carlsen, B., & Sataøen, H. L. (2013). «Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet»: Helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 15(1), 29–54.
- Danbolt, L. J., Lien, L., & Kjøsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238–245.
- Eklund, M. L., Jensen, L. H., & Daykin, J. S. (2014). Samhandling på tvers kan styrke tjenestene til eldre med rusavhengighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 64–74.
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296–305.
- Feiring, E. (2014). Helsevesenets vedvarende floker. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 31(3), 383–386.
- Feiring, M. (2013). «Rehabilitering – bygger på evne til samhandling»: Et historisk blikk på forholdet mellom velferdspolitik og kunnskapspraksis. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 81–104): Gyldendal Akademisk.
- Fineide, M. J., & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. I M. Vabø & S. I. Vabo (red.), *Velferdens organisering* (s. 108–121): Universitetsforlaget.
- Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 6(2), 328–346. DOI: <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.62201513505>.
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S., & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjons-prosesser og spredning – Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119–130.
- Glovik, Ø., & Mekki, T. E. (2013). Etter- og videreutdanning – eller kommunal utvikling? – en læringshistorie. *Uniped*, 36(3), 3–16. DOI: <https://doi.org/10.3402/uniped.v36i3.21578>.
- Grimsmo, A., Kirchoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.
- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 31–53): Gyldendal Akademisk.
- Hagen, R. (1999). *Rasjonell Solidaritet*: Universitetsforlaget.

- Hagen, T. P., & Romøren, T. I. (2016). Innledning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 75–77.
- Hamre, G. A., Berntsen, K. E., & Monteiro, E. (2010). Kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i et samhandlingsperspektiv. I M. Aanestad & I. Olaussen (red.), *IKT og samhandling i helsesektoren – Digitale lappetepper eller sømløs intergrasjon* (s. 119–133): Tapir akademisk forlag.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 54–63.
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K., & Holmen, A. K. T. (2014). Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 30(2), 108–130.
- Heldal, F. (2013). Integrasjonsprosesser på sykehus. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse* (s. 120–143): Gyldendal akademisk.
- Hellesø, R., & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora & M. Line (red.), *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 222–242): Gyldendal akademisk.
- Heløe, L. A. (2011). Ambivalent samhandlingsreform. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 28(4), 405–414.
- Håland, E., & Osmundsen, T. C. (2015). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 15(3), 63–85.
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A., & Kassah, A. K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget.
- Kjønstad, A. (2009). Juridiske synspunkter på samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4), 276–289.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2(4). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.67>.
- la Cour, A. & Højlund, H. (2008). Samarbejdets dobbelte strukturer. I M. Paulsen & J. Tække (Red.), *Luhmann og organisation* (s. 177–196): Unge pædagoger.
- Laegreid, P., & Christensen, T. (2013). *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*. Aldershot: Ashgate Publishing, Ltd.
- Langaard, K., Toverud, R., & Olaisen, K. (2014). Developing practice in school health services – Aiming towards equality in a multidisciplinary team. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(1), 28–42.
- Lindboe, B., Kufås, E., & Karlsson, B. (2013). Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier – samhandlingens betydning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 306–316
- Ljunggren, B., Solbjør, M., & Hestvik, H. (2015). Strukturering av oppdragsnettverk. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 13–36.
- Luhmann, N. (1982). *The differentiation of society*: Columbia University Press.
- Luhmann, N. (1993). *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*: Munksgaard Bogdisketter.
- Meese, J., & Rønnevold, L. (2015). Prosjektorganisering. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 86–108.
- Melberg, H. O., & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 143–158. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09>.
- Moe, T. (2015). Når ledelse gjør forskjell – Ledelse som virkemiddel for å styrke samarbeidet mellom barnevern og barnehage for implementering av tidlig intervensjon. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 91(1), 6–27.

- Mørk, B. E., Aanestad, M., & Hoholm, T. (2013). Tverrfaglig samhandling : en praksisbasert studie av utvikling og implementering av nye praksiser i sykehus. I A. Tjora & M. Line (red.), *Samhandling for Helse* (s. 258–279): Gyldendal akademisk.
- Netteland, G. (2014). Risikofaktorer ved pasientovergangar. I O. Bukve & G. Kvåle (red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 117–136): Universitetsforlaget.
- Nilsen, L. L. (2013). Medisinsk kunnskap gjennom medierte samtaler. I Aksel Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse* (s. 243–257): Gyldendal Akademisk.
- Nilsen, S. R., Røising, H., & Brynhildsen, S. (2012). Erfare, skrive, dele, diskutere og lære: – om strukturerte, planlagte refleksjonsprosesser og tverrprofesjonelle møteplasser. *Uniped*, 3(2), 54–67.
- Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 239–252.
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen : sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Divisjon for samfunn og helse. https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?cid=1254018935864&pagename=VedleggPointer&target=_blank.
- Olaussen, I., & Aanestad, M. (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?*: Tapir akademisk forlag.
- Olsen, B. M., Vatne, S., & Buus, N. (2015). Kontinuitets -og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *Klinisk Sygepleje*, 29(04).
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International journal for quality in health care*, 17(2), 141–146. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>.
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(1), 82–88.
- Røiseland, A. (2013). Forhandle, friste eller fasilitere? – En teoretisk forståelsesramme for styring av offentlig–private partnerskap. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 29(4), 309–326.
- Skinner, M. S. (2015). Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 97. DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3715>.
- St.meld.nr.47. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag.* (Regjeringen Stoltenberg II). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Stokmo, H., Ness, O., Borg, M., & Sommer, M. (2014). Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 14–23.
- Strandos, M. (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar. I O. Bukve & G. Kvåle (red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 137–149): Universitetsforlaget.
- Sundet, R. (2015). Arbeid i ambulante team og familieenheter – funn fra en forskende kliniker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 40–49.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers

- perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716–727. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>.
- Sæterstrand, T. M., Holm, S. G., & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4–17.
- Sørbø, J. I. (2013). Søt musikk eller kakafoni? Språk og realitetar i Samhandlingsreforma. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 348–356.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T., & Fredriksen, S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(1), 29–33. DOI: <https://doi.org/10.1177/010740831003000107>.
- Tjora, A. (2013). Samhandling i hui og hast; selvregulerende koordinering i medisinsk nødmeldetjeneste. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse* (s. 280–308): Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A., & Melby, L. (2013). *Samhandling for helse*: Gyldendal akademisk.
- Torjesen, D. O., & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler og koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabo (red.), *Velferdens organisering* (s. 138–157): Universitetsforlaget.
- Valaker, I. (2014). Et helhetlig behandlingsforløp – om samhandling rundt pasienter. I O. Bukve & G. Kvåle (red.), *Samhandling og kvailitet i helseorganisasjonar* (s. 98–116): Universitetsforlaget.
- Åkerstrøm, N. (2002). Polyfone organisasjoner. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 4(2), 27–53.
- Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I., & Skrove, G. K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133.

APPENDIKS: OVERSIKT OVER INKLUDERTE STUDIER

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
1	Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. (Håland og Osmundsen 2015).	Beskrive hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling på tvers av organisatoriske grenser.	Intervju 41 informanter. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter m.m. på begge tjenestnivå.	Organisering av struktur, kompetanseutvikling, likeverd, ildsjeler og lokal forankring er sentrale forutsetninger for å få til samhandling.	Ny institusjonell teori.
2	Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter. (Hellesø og Melby 2013).	Beskrive hvordan samhandling mellom sykepleier og leger i sykehus er i tilknytning til utskrivningsplanleggingen av pasienter.	Intervju 15 sykepleiere og 8 leger.	Kollektive forhandlinger fremfor individuelle beslutninger preger prosessen tilknyttet utskrivningen av pasienter.	Profesjonsteori.
3	Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten (Danbolt, Lien og Kjøsberg 2010).	Kartlegge hva som fungerer og hva som ikke fungerer i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern.	Fokusgruppeintervju 55 informanter. Brukere, fastleger, og ansatte ved DPS, akuttposter, i kommunene.	Samhandlingen på tvers av forvaltningsnivå opplevdes som problematisk. Fastlegen spiller en vesentlig rolle for å bedre samhandling mellom nivåene og tilgjengeligheten til psykisk helsevern. Gjensidighetskunnskap vil bidra til bedret samhandling.	Ingen teoretisk forankring
4	Hjemmesykepleiepraksis (Sæterstrand, Holm og Brinchmann 2015).	Utforske hvilke utfordringer sykepleiere møter i sitt daglige arbeid i hjemme-sykepleien som følge av samhandlingsreformen.	Intervju og deltagende observasjon. 11 hjemmesykepleiere.	Samhandlingsformen har gitt økt tidspress og større ansvarsområde. Behov for større kompetanse innad, samt tettere kontakt og gjensidighetskunnskap med fastlege og psykisk helsevern.	Ingen teoretisk forankring.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
5	Integrasjonsprosesser på sykehus. Hvilken rolle spiller ledelse og profesjonsgrenser (Heldal 2013).	Analysere effekten av profesjonsgrenser og ledelse for samhandling i forbindelse med en sammenslåing av to sykehusavdelinger.	Intervju, fokusgruppe- intervju og observasjon. 21 informanter. Helsepersonell og ledelse.	Samhandlingsutfordringene tilknyttet integrasjonsprosessen var mer et resultat av motstand mot ledelse og vertikal styring enn av utfordringer knyttet til profesjonsgrenser.	Profesjonsteori.
6	Kontinuitets- og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie (Olsen, Vatne og Buus 2015).	Utforske psykisk helse-arbeideres opplevelse av kontinuitet og samhandling på tvers av organisatoriske grenser.	Fokus- gruppe-intervju. 52 informanter; Psykiatrisk sykepleiere, helsefag arbeidere, fysioterapeuter, sosionomer og vernepleiere.	Usynlige strukturer forårsaket av tradisjonell tenkning, samt manglende gjensidighetskunnskap, møteplasser og lokale retningslinjer vanskeliggjør samhandling.	Institusjonell etnografi.
7	Kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i et samhandlingsperspektiv (Hamre, Bernsten og Monterio 2010).	Beskrive hva som er utfordrende med å kvalitetssikre legemiddelhåndtering på tvers av grenser i helsetjenesten.	Observasjon, intervju og gjennomgang av skriftlig materiale. Sykepleiere, leger, farmasøytter, hjelpepleier og ledelse.	Ingen kontakt mellom aktørene utenom IKT, lite tillit og lite kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Stort gap mellom formelle systemer og profesjonelt arbeid i praksis.	Ingen teoretisk forankring.
8	Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform (Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove 2015).	Analysere hvorvidt samhandlingsreformen har endret relasjonene mellom kommuner og helseforetak, mellom kommuner og internt mellom tjenesteområder.	Case studie: intervju, og en nasjonal spørreundersøkelse (Ljunggren mfl. 2014) Enhetsledere, kommunelege, tildelingstjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut og kommuneledelse.	De bærende logikkene i reformen, likeverd og partnerskap, har blitt utkonkurrert av logikker som er mer sentrale for de kommunale aktørene som heimstad og kalkulerings.	Institusjonell teori.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
9	Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling (Nordsveen og Andershed 2015).	Beskrive sykepleieres erfaringer ved overgang fra sykehus til hjemmet for personer med kreft i palliativ fase.	Fokusgruppeintervju. 20 Sykepleiere fra hjemmesykepleien, kirurgisk og medisinsk avdeling.	Sykepleierne har en viss forståelse og respekt for hverandre, men mangler informasjon og kunnskap om hvordan de ulike tjenestene er organisert og fungerer i praksis. Koordinator og team fremmer samhandling.	Ingen teoretisk forankring.
10	Samhandling i Hui og hast (Tjora 2013).	Beskrive samhandlingen ved AMK og mellom AMK og eksterne enheter.	Observasjon med perifer deltagelse. Observasjon og videoopptak i åtte ulike AMK-sentraler.	Forutsetninger for god samhandling er fysisk nærhet, kompetansmessig transparens, bred forankring, legitimitet, samt teknisk støtte som utvikler selvregulerende koordinering.	Teoretiske perspektiver om situerte handlinger.
11	Samhandling mellom et distriktspsykiatrisenter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer (Elstad, Steen og Larsen 2013).	Bidra med kunnskap om hva som kan fremme god samhandling på tvers av ulike tjenester i psykisk helsearbeid.	Fokusgruppeintervju Barnevernspedagoger, ergoterapeuter, sosialarbeidere, sykepleiere og vernepleiere.	Å samarbeide ansikt til ansikt og derigjennom bli kjent med hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger, både fremmet positiv samhandling og utvikling av et koordinert hjelpe-tilbud.	Ingen teoretisk forankring.
12	Tverrfaglig samhandling (Mørk, Aaenstad og Hoholm 2013).	Analysere samhandlingsutfordringer i tverrprofesjonelle praksisfelleskap som skal utvikle ny teknologi og nye behandlingsformer?	Observasjon, intervju og dokumentanalyser. Avdelingsledere, kirurger, ingeniører, sykepleier, leger, radiografer.	Klare profesjonsidentiteter kan vanskeliggjøre samhandling. Gjennom daglige forhandlinger og kontakt lykkes praksisfelleskapene med mye tverrprofesjonell samhandling på tross av spenninger og diskusjon.	Praksis, felle-skap og epistemologiske kulturer.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
13	Developing practice in school health services – Aiming towards equality in a multidisciplinary team (Langaard, Toverud og Olaisen 2014).	Utforske samhandlingen mellom skolehelsesøster og fagpersoner fra psykisk helsevern i deres forsøk på å utvikle samarbeid.	Aksjonsforskning. Gjennomførte fokusgruppeintervju. 4 helsesøstre og 2 helsearbeidere fra psykisk helse.	Tydlig profesjonsgrens mellom aktørene. Gjennom diskusjon og deling av erfaringer beveget gruppens medlemmer seg fra å være usikker og skeptiske til hverandre til å oppnå likhet og solidaritet.	Refleksiv praksis og kommunikativ handling.
14	Sammen om gode overganger (Bratrud og Granerud 2011).	Utvikle forståelse for roller, oppgaver og rutiner i samhandling mellom psykisk helsevern, kommune- og spesialisthelsetjeneste.	Fokusgruppeintervju. 26 informanter. Sykepleiere, sosionomer, overleger, enhetsledere og miljøarbeidere.	Utfordringene i samhandlingen preges av aktørenes ulike funksjoner, behandlingskultur og roller. Uklarhet om ansvarsområdet. Kommunens ansatte og sykehusansatte savnet samarbeid med fastlege og DPS.	Ingen teoretisk forankring.
15	Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. (Skinner 2015).	Beskrive samarbeidsrutiner mellom kommunene og sykehusene i forbindelse med KAD.	Intervju 9 informanter; ledere, leger, overlege og avdelingssykepleier.	Manglende implementering av samarbeidsavtaler i daglig praksis. En viktig forutsetning for å etablere vellykkede og varige samhandlinger er at partene kjenner hverandre og ser fordeler ved et samarbeid.	Ingen teoretisk forankring.
16	Medisinsk kunnskap gjennom medierte samtaler (Nilsen 2013).	Utforske hvordan bruk av videokonferanser kan fremme medisinske samtaler som føre til utvikling av kunnskap i daglig arbeidspraksis.	Observasjon av videokonferanser og intervju. 42 videokonferanser, intervju med allmennleger, spesialister og turnuskandidater.	Bruk av videokonferanse muliggjør utvikling av kunnskap og læring mellom allmennleger og spesialister, samt gjør kunnskapsområder som tidligere var adskilt tilgjengelige for hverandre.	Sosiale og kulturelle læringsperspektiv.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
17	Samhandling på tvers kan styrke tjenestene til eldre med rusavhengighet (Eklund, Jensen og Daykin 2014).	Beskriver hvordan tjenesteutøvere i hjemmetjenesten og psykisk helse erfarte samarbeidet om hjemmeboende personer med sammensatte lidelser og rusproblem.	Deltagende aksjonsforskning i egen organisasjon. 16 informanter. Ledere, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, ruskonsulent, hjelpepleiere og hjemmehjelpere.	Samhandlingen utfordres av at ulike organisatoriske rammer og kunnskaper om brukers situasjon. Felles hjemmebesøk viktig for å styrke samhandlingsrutinene, bygge tillit og finne en god balanse med bruker.	Ingen teoretisk forankring.
18	Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier – samhandlingens betydning (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013).	Utforske hvordan samarbeidspartnere beskriver tilbudet fra FFT. Hva er det sentrale i teamets samhandlingspraksis og organisering?	Fokusgruppeintervju 11 informanter. Ulike fagpersoner fra kommune- og spesialisthelsetjeneste.	Teamene vurderes som tilgjengelige, fleksible og kontinuerlige over tid. Teamets funksjonen som brobygger vektlegges. Forbedringer knyttes til å avklare teamets kompetanse med spesialisthelsetjenesten, og gjøre tilbudet bedre kjent blant kommunale tjenester.	Ingen teoretisk forankring.
19	Kan man skape en samarbeidskultur? (Hansen og Ramsdal 2014).	Kartlegge hva som kan skape mer helhetlige og samordnede tjenester for mennesker med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser.	Dokumentanalyse, intervju og observasjon. 19 informanter som var deltakere i prosjektet.	Profesjonskulturen hadde liten innvirkning på samarbeidet, mens styringskulturen ble oppfattet som hemmende. God kommunikasjon og likeverdighet er vesentlige for samhandling. Lederansvar å legge til rette for dette.	Organiserteori.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
20	Arbeid i ambulante team og familieenheter – funn fra en forskende kliniker (Sundet 2015).	Beskrive viktige aspekter ved ambulante arbeid.	Intervju og deltagende observasjon Forsker og informant i samme person.	Ambulante team og familieenheter krever andre tenkemåter, arbeidsformer og organisatoriske rammer enn arbeidet i poliklinikker. Ulike institusjonelle forhold vanskeligjør samhandling.	Ingen teoretisk forankring.
21	Et helhetlig behandlingsforløp – om samhandling rundt pasienter (Valaker 2014).	Skaffe bedre kjennskap til hvordan tjenestenivå og profesjoner samhandler rundt pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.	Komparativ casestudie og intervju Kardiologer, fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ledere ved læring- og mestringssenter og spesialister i allmennmedisin.	Horisontal integrasjon avgjørende for vellykket samhandling. Vertikal integrasjon er bedre i storbyer enn i mindre byer. Teamorganisering av rehabilitering kan gi bedre betingelser for kreativ og nyskapende virksomhet.	Systemorientert organisasjonsforståelse. Mikrosystem.
22	Risikofaktorer ved pasientovergangar (Netteland og Naustdal 2014).	Identifisere potensielle risikofaktorer for samhandling i inn- og utskrivningssituasjoner mellom sjukehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester.	Casestudie og intervju. 14 informanter; sykepleiere ved sengepost, sykehjem og hjemmesykepleien, samt deres ledere.	Risikofaktorer er knyttet til manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse og for dårlig rutiner for informasjonsflyt og IKT. Forbedring gjennom sterkere lederinvolvering og lokalt forankrede retningslinjer for samhandling.	Sosio-kulturelt læringsperspektiv og aktivitetsteori.
23	Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasienter (Strandos 2014).	Utforske hva som forklarer den manglende informasjonsflyten når den eldre omsorgstrenende sykehjemspasienten blir lagt inn på sykehus.	Casestudie og intervju. 9 informanter. Sykepleiere og ledere.	Rutiner og systemer ikke et tilstrekkelig vilkår for å bedre informasjonsflyt og samhandling ved sykehusinnleggelse. Må også ta hensyn til de kulturelle faktorene og utvikle en helhetlig systemforståelse hos de aktuelle helseprofesjonene.	Et institusjonelt perspektiv.

	Tittel og referanse	Formål	Metode og utvalg	Resultat	Teoretisk perspektiv
24	Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger (Borgen, Melby, Hellesø og Steinsbekk 2015).	Utforske hjemmetjenestenes og fastlegenes forventninger til og erfaringer med hvordan e-meldinger påvirker samhandlingen rundt felles pasienter.	Individuelle intervju og gruppeintervjuer. 19 informanter. Ansatte i hjemmetjenestene og fastleger.	Informantene både forventet og opplevde at e-meldingene bidro til tettere samhandling dem imellom. Positiv effekt på kvaliteten på informasjon, spesielt for avklaringer rundt medisinbruk. Utrygghet i innføringsfasen.	Ingen teoretisk forankring.
25	Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune (Brattheim, Hellesø og Melby 2016).	Utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste.	Individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. 41 helsearbeidere ved sykehus og kommuner.	PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy. De må likevel kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet.	Ingen teoretisk forankring.