

RAPPORT

Dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet

En gjennomgang av norsk forskning og annen relevant litteratur

Dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet En gjennomgang av norsk forskning og annen relevant litteratur

© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2020

Rapport: NKLMH 2/2020

Utgitt: Mai 2020

ISBN: 978-82-92686-39-3

Forfattere: Dagmara Bossy, PhD/forsker NK LMH og Siw A. Bratli, leder NK LMH

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsvirksomhet i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres nærstående opplever økt mestring og bedret livskvalitet.

NK LMH er en del av Oslo universitetssykehus HF (OUS). OUS eies av Helse Sør-Øst RHF og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

E-post: post@mestring.no **Twitter:** twitter.com/mestringno **Facebook:** facebook.com/mestringno

Forord

I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i august 2019 et tilleggsoppdrag til Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet om å gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å se nærmere på dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet. Den overordnede hensikten med litteraturgjennomgangen er å få en oversikt over hvilke spørsmål litteraturen har forsøkt å besvare og innen hvilke kontekster. Hovedfokus er lærings- og mestringsvirksomhet, men grunnet manglende funn omhandler rapporten i betydelig grad samhandling generelt.

Parallelt med denne litteraturgjennomgangen blir det gjort en kartlegging av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Det vil være nyttig å se funnene fra kartleggingen i sammenheng med resultatene fra denne litteraturgjennomgangen.

NK LMH takker Helsedirektoratet for samarbeidet og tilliten og håper rapporten vil være et nyttig bidrag i det videre arbeidet.

Oslo 15. mai 2020

Leder Siw A. Bratli (sign.)

Prosjektleder Dagmara Bossy (sign.)

Innhold

Bakgrunn	4
Om læring og mestring – formål og føringer.....	4
Om samhandlingsreformen	5
Problemstilling	5
Metode	6
Resultater	6
Søkeresultat	9
Type publikasjoner.....	9
Tematikk	9
Overganger mellom tjenestenivåene	10
Organisering og tiltak	10
Rammer for samhandling	11
Samhandling og profesjonsutøvelse	11
Psykisk helse	12
Kontekst	12
Diskusjon	13
Hva fremmer og hva hemmer god samhandling?	13
Effekt og erfaringer	18
Konklusjon	19
Litteraturliste	21

Bakgrunn

Helse Sør-Øst (HSØ) og Helsedirektoratet fikk i august 2019 et tilleggsoppdrag¹ fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til kartlegging og revisjon av lærings- og mestringsvirksomheten i sykehus og kommuner. HSØ leder gjennomføringen av et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet gjennomfører et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet mellom kommuner og sykehus. I dette oppdraget inngår det å kartlegge og lage en oversikt over eksisterende dokumentasjon fra norsk forskning og annen litteratur om oppgavedeling og samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) gjennomfører etter avtale med Helsedirektoratet dette arbeidet.

Det foreligger to nasjonale veiledere som det er naturlig å ta utgangspunkt i for en vurdering av hva foreliggende litteratur sier om samhandling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet. Den ene er [«Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator»](#). [Kapittel 6](#) i denne veilederen tar for seg hva lærings- og mestringsvirksomhet innebærer og gir anbefalinger omkring samarbeid, oppgave- og ansvarsdeling. Den andre veilederen er [«Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak»](#). Her beskrives krav til samarbeidsavtalene, inkludert læring og mestringsvirksomhet.

Om læring og mestring – formål og føringer

Lærings- og mestringsstilbud er målrettede og strukturerte pedagogiske tilbud der det legges til rette for at brukere, pasienter og pårørende får informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom, skade, nedsatt funksjonsevne, psykiske belastninger og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Det handler om å fremme helse, støtte endring av levevaner, forebygge sykdomsutvikling og hindre forverrelser. Lærings- og mestringsstilbud er således aktuelle i alle deler av helsetjenesten; fra forebygging og behandling til rehabilitering og lindrende omsorg.

Lærings- og mestringsvirksomhet foregår både i regi av sykehus, kommuner, brukerorganisasjoner og annen frivillighet. Virksomheten er juridisk forankret i pasient og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelseloven og folkehelseloven. Lovformuleringene beskriver rett til informasjon, opplæring og veiledning for å håndtere og mestre helseutfordringer, og refererer til en bred forståelse av lærings- og mestringsvirksomhet innen helsefeltet. Brukerens rett til å medvirke ved både utforming av tjenestetilbudet, samt retten til å medvirke ved valg mellom tjenesteformer/behandlingsmetoder er lovforankret i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-1).

Retningslinjer for samhandling om lærings- og mestringsstilbud skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Veilederen fremhever at tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringsstilbud så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, skal gis i kommunene, og at tilbudet i kommunene bør styrkes. Individuelle tilbud som skjer tett integrert i den spesialiserte medisinske behandlingen skal fortsatt foregå i spesialisthelsetjenesten. Avveininger knyttet til ansvar og oppgaver bør skje etter samme

¹ Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)

prinsipper som for habilitering og rehabilitering for øvrig. Det fremheves også at lærings- og mestringssentrene i helseforetakene bør tilby veiledning til kommunene i kompetanseøymed.

Om samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (2012) er en av de viktigste reformene som er gjennomført i det norske helsevesenet (Kassah, Tingvoll et al. 2014, Rommetvedt, Opedal et al. 2014, Nødland and Rommetvedt 2019). Reformen har tatt sikte på å bedre koordineringen mellom helseforetak og kommuner og få overført en større del av helsetjenestetilbudet til kommunene. En viktig ambisjon har handlet om å tilby pasienter opplevelse av kontinuitet i pasientforløpet og helhetlig helsetjeneste (Glette, Kringeland et al. 2019).

Ønsket om bedre samhandling i en helsetjeneste som i stor grad bærer preg av fragmentering og spesialisering, har lenge vært en politisk og helsefaglig kjernesak (Vik 2018). Det er iverksatt en rekke tiltak for å fremme en vellykket gjennomføring og implementering av samhandlingsreformen, fra politisk hold til helseforetak og kommuner. For å bedre samhandling og koordinering mellom tjenestenivåene er det innført et lovpålagt krav om inngåelse av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner (Torjesen and Vabo 2014). Utover de lovpålagte samarbeidsavtalene har også en rekke økonomiske incentiver blitt nedfelt, som kommunal medfinansiering av visse spesialisthelsetjenester, kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, øremerkede tilskudd til etablering av tilbud i kommunene og økte rammetilskudd (Abelsen, Gaski et al. 2014, Nødland and Rommetvedt 2019).

I tillegg til det overnevnte har reformen fordret implementering av ny informasjonsteknologi (IKT) med mål om å lette kommunikasjonen mellom tjenestenivåene (Huemer and Eriksen 2017). Ifølge samhandlingsreformen skal ny IKT kombinert med organisasjonsutvikling, endring av rutiner og nye måter å samhandle på bidra til effektivisering og kvalitetsforbedring i hele pasientforløpet.

I 2020 er det åtte år siden Samhandlingsreformen ble iverksatt i Norge. Litteratur som belyser de ulike tjenestenes tilpasning til en ny samhandlingsvirkelighet har ikke blitt sammenfattet, noe som medfører en begrenset oversikt over forskning som finnes. Det er behov for å gå dette feltet nærmere i sømmene for å få et overordnet bilde av forskning og annen litteratur som omhandler samhandling mellom helseforetak og kommuner – generelt og knyttet til lærings- og mestringsevne spesielt.

Problemstilling

I tråd med oppdraget fra Helsedirektoratet skal det gjøres en gjennomgang av norsk forskning og annen litteratur om samhandling for å se hvilke spørsmål litteraturen har forsøkt å besvare og innen hvilke kontekster. Hovedfokus er lærings- og mestringsevne, men på grunn av manglende funn omhandler rapporten samhandling generelt. På tvers av tematikk og kontekst vil følgende fokusområder vektlegges:

- Identifisering av fasilitatorer og barrierer for samhandling
- Effekt av ulike tiltak for å øke samhandling/samarbeid
- Erfaringer med samhandling/samarbeid mellom tjenestenivåene

Helsedirektoratet ønsker at resultater fra gjennomgangen sammenstilles (publikasjoner, tematikk og kontekst) og at kunnskapshull identifiseres. Funn knyttet til uønsket variasjon, likeverdige helsetjenester (med vekt på samisk befolkning) og bruk av ny teknologi etterspørres.

Metode

Helsedirektoratet har gjennomført et søk i databasene BORA, Cristin, ORIA, SveMed+ og PubMed. Det ble hovedsakelig søkt etter rapporter, utredninger og evalueringer. Søkeordene hadde til hensikt å favne bredt og ble derfor ikke kombinert med avgrensning til læring og mestring, rehabilitering eller friskliv. Det ble søkt i norsk litteratur etter følgende søkeord: *Samarbeid, samhandling, oppgave, organisering, kommunal, spesialisthelsetjeneste, helseforetak, sykehus, primærhelse og helsehus* for å fange opp norsk forskning eller forskning utført i Norge.

For funn om norsk kontekst i internasjonale tidsskrifter ble det benyttet følgende søkeord: *Specialist, municipal, organiz, organis, task, coordinat, cooperat*. Overstående enkeltord ble kombinert med *helse* som tilleggsord for de norske søkeordene og med *Norway* som tilleggsord for treff i den internasjonale forskningen. Det ble også søkt på prosjekter med de norske søkeordene. Søket ble avgrenset til tidsperioden 2010–2019 (BORA) og 2012–2019 (Christin, PubMed, SveMED).

I dialog med Helsedirektoratet ble det besluttet at NK LMH skulle gjøre et tilleggsøk med utgangspunkt i mer feltspesifikke begreper. Det ble gjennomført et søk den 10. mars i databasen PubMed med følgende søkeord: *Læring og mestring og samhandling* kombinert med *Norway* eller *Norge*. Det ble ikke brukt noen engelske termer – søket kom opp med både norske og engelske artikler i resultatet. Informasjon om hvilke databaser Helsedirektoratet og NK LMH har brukt ligger som Vedlegg 5 i rapporten.

Det ble videre gjennomført et møte med forsker og konstituert leder ved avdeling for sykepleievitenskap på Universitetet i Oslo, som i flere år har jobbet med samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Møtet resulterte i tillegglitteratur. I tillegg er det tatt kontakt med ressursperson i Helse Nord i forbindelse med helsetjenester for den samiske befolkningen. Dette avstedkom ingen relevant tillegglitteratur.

All litteratur, foruten titler på forskningsprosjekter, er sammenstilt i en matrise (Vedlegg 1).

Resultater

Resultatene av litteraturgjennomgangen blir først presentert i en oversiktstabell (Tabell 1), med en inndeling basert på type publikasjoner og tematikk. Deretter beskrives kort funnene sortert under temaene type publikasjon, tematikk og kontekst.

Tabell 1: Tematikk og type publikasjoner (Se neste side)

Dokumenttype → Tematikk ↓	Vitenskapelige arbeider/artikler	Masteroppgaver	Bacheloroppgaver, fagartikler og annet	Rapporter	Totalt
Overganger mellom tjenestenivåene	(Nordsveen og Andershed 2015) (Olsen, Østnor, Enmarker og Hellzèn 2013) (Tønnessen, Kassah og Tingvoll 2016) (Glette, Kringeland og Wiig 2019) (Steinhaus 2017) (Dahl, Steinsbekk et al. 2014) (Orvik, Nordhus, Axelsson og Axelsson 2016) (Skinner 2015) (Berntsen 2015) (Vik 2018) (Grimsmo, Løhre, Røstad, Gjerde, Heiberg og Steinsbekk 2016) (11)	(Bye and Martinsen 2012) (Hagenes 2015) (Kettilsen 2016) (Aurdal 2016) (Ingelsrud 2018) (Elverum 2012) (Røste 2013) (Svardal 2013) (Sylte 2016) (Wallenius 2013) (Foss 2014) (Rostami 2018) (Lotterud 2014) (Markestad 2015) (Hauge 2017) (Pedersen 2014) (16)	(Erlund and Høgevold 2013) (Langerud 2014) (Norman 2017) (Strand 2019) (Nilsen, Andersen et al. 2013) (Josefsen 2014) (Sørensen 2017) (Støylen 2017) (Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter Riksrevisjonen rapport sak 2) (Wyller 2020) (Bergh 2017) (11)	(Abelsen, Gaski et al. 2014) (Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) 2016) (Helseilsynet, Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2016) (Paulsen 2013) (Hansen, Aarøen, Gregersen et al. 2017) (Fredheim 2017) (Ljunggren, Haugset og Solbakk 2014) (7)	45
Organisering av tiltak	(Andersen 2013) (Håland og Osmundsen 2015) (Lindboe, Kufås et al. 2013) (Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015) (Gautun, Martens og Veenstra 2016) (Solbjør, Ljunggren og Kleiven 2017) (Biringer, Størkson et al. 2017) (7)	(Bjordal 2017) (Ek 2014) (Haugen 2012) (Selliseth 2015) (Skagestad 2015) (Waage 2015) (Wikheim 2013) (Bjørnstad 2014) (Folgerø-Holm, Færøy og Sørebo 2015) (Remseth 2016) (Christensen and Hiller 2015) (Hagen and Skjærpe 2019) (Neverdal og Rystad 2014) (Qvalbein 2018)	(Dalbakk, Olsen et al. 2016) (Bolstad og Ødegaard 2015) (2)	(Martens and Veenstra 2015) (Williksen 2014) (Kommunekartlegging, Ressursenter for hjerterehabilitering og Helse Sør-Øst 2015) (Løhre og Grimsmo 2015) (4)	27

		(14)			
Rammer for samhandling	(Huemer og Eriksen 2017) (La Rocca og Hoholm 2017) (Heskestad og Aase 2015) (Hellesø, Lyngstad, Brattheim, Melby 2019) (Melby, Hellesø, Brattheim, Toussaint 2019) (Nødland og Rommetvedt 2019) (6)	(Bjørlo and Christensen 2014) (Rønningen 2015) (Røslie 2012) (Svarstad 2015) (Tveter 2015) (Rebac 2013) (Kristoffersen 2014) (7)	(Bentzrød og Berdal 2017) (Sørgaard 2013) Kristoffersen, Gerner og Sundal 2012) (3)	(Ausen, Boysen et al. 2015) (Boysen, Svagård et al. 2016) (Brattheim and Osmundsen 2016) (Malm-Nicolaisen 2018) (Reitan 2016) (5)	21
Samhandling og profesjonsutøvelse	(Giltvedt, Sætrang og Tveiten 2012) (Martinussen 2013) (Romøren, Pedersen og Førde 2017) (Vassbotn, Sjøvik et al. 2018) (4)	(Odsbu 2012) (Schibevaag 2014) (2)	(Misiraj og Sæter 2012) (1)		7
Psykisk helse	(Elstad, Steen og Larsen 2013) (Olsen, Vatne og Buus 2015) (Bjørkquist and Hansen 2018) (3)	(Evenhus 2015) (Krogseth 2015) (Khan 2016) (Dahl 2014) (Strandheim 2017) (Sølvberg 2015) (Teig 2014) (Wenzel 2015) (8)	(Boge 2018) (1)	(Hansen, Kaasbøll, Hansen et al. 2016) (Tøndel og Ose 2014) (2)	14

Søkeresultat

Av 1893 identifiserte referanser var det 92 relevante treff. Av 43 prosjekter identifisert ble 20 prosjekter stående igjen som relevante. NK LMH bidro med tre tilleggsreferanser, prosjektgruppen i Helsedirektoratet spilte inn 11 referanser og tre referanser ble funnet gjennom snøball-metoden. Resultatet av søkene ble 127 treff som skulle gjennomgå i oppdraget.

NK LMHs tilleggssøk ga 20 treff, hvorav to av artiklene allerede var identifisert. 15 ble ekskludert og tre artikler stod igjen som relevante. I tillegg til dette har NK LMH identifisert tilleggs litteratur fra litteraturlister i gjennomgangen av foreliggende litteratur. En av artiklene som i utgangspunktet var inkludert, er tatt ut da den kun omhandler internasjonal litteratur og ikke forteller noe om norsk kontekst (Storm, Husebø et al. (2019). Til slutt ble det funnet en tilleggsartikkel i et vedleggsdokument fra Helsedirektoratet (Berntsen, Gammon et al. 2015).

Det totale antallet treff som skulle gjennomgå i oppdraget var på 137. Forskningsprosjekter som omhandler den samiske befolkningen er vedlagt i en egen oversikt (Vedlegg 3). I et eget vedlegg (Vedlegg 4) omtales avsluttede og pågående forskningsprosjekter funnet i opprinnelig søk på norsk forskning, som er antatt å være relevante for samhandlingsforskning generelt eller for lærings- og mestringsvirksomheten spesielt.

Type publikasjoner

I gjennomgangen fant vi 33 vitenskapelige artikler, 47 masteroppgaver, 17 dokumenter kategorisert under bacheloroppgaver, fagartikler og annet, samt 17 rapporter. Dette innebærer at cirka 29 % av publikasjonene er forskning. Det meste som er gjort av vitenskapelige arbeider innbefatter intervjuer, fokusgruppe eller observasjon og intervju-studier. Matrisen viser seks evalueringer/survey studier, hvorav én er en fagartikkel. Det er 26 fagfelle-vurderte artikler som har benyttet kvalitativ metode. Av 47 masteroppgaver er 43 kvalitative arbeider, og fire benytter en kvantitativ tilnærming.

Tematikk

Hovedfokus for denne litteraturgjennomgangen er norsk forskning om organisering og samhandling i tilknytning til lærings- og mestringsvirksomhet. Gjennomgangen avdekker imidlertid mangel på aktuelle funn. Det finnes per i dag ikke forskning som eksplisitt handler om organisering og oppgave- og ansvarsdeling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet.

Lærings- og mestringsvirksomhet og frisklivstilbud nevnes forøvrig i et par vitenskapelige artikler, som omhandler henholdsvis tverrprofesjonell samhandling (OSMUNDTSEN 2015) og nedprioritering av forebyggende tjenester i kommuner (Nødland and Rommetvedt 2019). I tillegg omtales lærings- og mestringsvirksomhet (friskliv) i en masteroppgave om samhandling og rehabilitering (Qvalben 2018).

Når det gjelder samhandling om tilbud til den samiske befolkningen, viser litteraturgjennomgangen at dette kun er omtalt i en publikasjon som omhandler behov for språklig tilrettelegging og kulturforståelse (Wallenius 2013). I tillegg nevnes etableringen av et samisk lærings- og mestringscenter i rapporten om Samisk helsepark². Ved gjennomgangen av titler i oversikten *Tildeling*

² Sluttrapport for Mandat. Gruppebasert pasient og pårørendeopplæring -et tverrfaglig LMS-tilbud ved Sámi Dearvašvuoda Siida, Samisk helsepark (2018). Ikke tilgjengelig på www.

av midler til prosjekter, 2005–2018 ble det identifisert at 40 av 59 forskningsprosjekter inneholdt ord om samisk befolkning i prosjektittelen (Vedlegg 3). Ingen av disse prosjektene vurderes imidlertid som relevante for samhandlingstematikk.

I det følgende viser vi overordnede funn fra litteraturen om samhandling generelt, sortert under disse temaområdene:

- Overganger mellom tjenestenivåene
- Organisering av tiltak
- Rammer for samhandling
- Samhandling og profesjonsutøvelse
- Psykisk helse

Overganger mellom tjenestenivåene

Som det fremkommer av tabell 1 omhandler en hoveddel av litteraturen tematikk knyttet til utskrivningsklare pasienter og overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tematikken viser først og fremst til utfordringer og forslag til løsninger på forhold som har med utskrivningsklare pasienter å gjøre. I tillegg beskrives reinnleggelser (Aurdal 2016, Dalbakk, Olsen et al. 2016, Glette, Kringeland et al. 2019, Wyller 2020) og andre momenter forbundet med overføring av pasienter fra det ene tjenestenivået til det andre, som for eksempel betydningen av relasjonelle og kulturelle aspekter mellom tjenesteytere (Nordsveen and Andershed 2015, Vik 2018). Utskriving fra spesialisthelsetjeneste omtales som et kritisk punkt for et av samhandlingsreformens sentrale mål, som er å tilby pasienter med behov for sammensatte helsetjenester en opplevelse av kontinuitet i pasientforløpet. Det er derfor ikke overraskende at mesteparten av litteraturen omhandler dette.

En del av litteraturen handler om intermediære tjenester (mellomtjenestenivå). Denne forskningen fokuserer i hovedsak på pasienter som skrives ut fra sykehus og skal innom denne tjenesten, før de blir sendt hjem eller til en annen tjeneste i kommunen. Den intermediære tjenesten er begrepsmessig tett forbundet med og forankret i overgangstematikken (Dahl, Steinsbekk et al. 2014, Foss 2014, Markestad 2015, Skinner 2015, Orvik, Nordhus et al. 2016, Hauge 2017, Rostami 2018).

Organisering og tiltak

En del av litteraturen handler om de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner (Wikheim 2013, Williksen, Bringedal et al. 2014, Folgerø-Holm, Færøy et al. 2015, Kirchhoff, Grimsmo et al. 2015, Gautun, Martens et al. 2016, Remseth 2016, Solbjør, Ljunggren et al. 2017). Litteraturen trekker frem betydningen av strukturelle forhold, vage formuleringer og uklare rolle- og ansvarsdefinisjoner, gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og brukermedvirkning i utformingen av samarbeidsavtalene. Et gjennomgående tema er uklar ansvars- og oppgavefordeling fordi avtaleteksten gir rom for tolkning (Gautun, Martens et al. 2016).

Deler av litteraturen viser til at samhandlingsteam brukes som en måte å løse samhandlingsutfordringer på (Andersen 2013, Lindboe, Kufås et al. 2013, Ek 2014, Dalbakk, Olsen et al. 2016). I flere studier handler samhandlingsteam om ambulerende team (Skagestad 2015, Bjordal

2017). Forskingen nevner også erfaringer fra såkalte ACT-team (Haugen 2012) eller andre nettverkssamarbeid hvor personer fra de to ulike nivåene møtes og arbeider sammen (Håland and Osmundsen 2015). I litteraturen er samhandlingsteam gjennomgående relatert til psykisk helse, med ett unntak (Dalbak et al 2016).

Rammer for samhandling

Rammer handler her om litteratur som tar opp samhandling med fokus på økonomiske aspekter og informasjonsteknologi (IKT) som verktøy for samhandling (kommunikasjon og informasjonsflyt, kompetanse, gjensidighetskunnskap). Det foreligger en oversiktsartikkel som tar for seg effekt og virkninger av økonomiske insentiver og tiltak (Nødland and Rommetvedt 2019). Også her er økonomiske insentiver i all hovedsak forbundet med overgangstematikk og utskrivningsklare pasienter. Et gjennomgående funn er hvordan økonomiske insentiver bidrar til å skape mistillit og legge grobunn for en "vinn-tap logikk" som ikke gagnar samhandlingen (Aurdal 2016, La Rocca and Hoholm 2017). Nødland and Rommetvedt (2019) belyser samtidig hvordan etablering av forebyggende og rehabiliteringstiltak i kommunen har vist seg å være lønnsomt for kommunene samtidig som de økonomiske insentivene har fått en uintendert konsekvens som gjør at kommunene er mer opptatt av de utskrivningsklare pasientene enn det forebyggende tilbudet.

I forbindelse med bruk av ny teknologi, foreligger det litteratur som er tilknyttet tematikken utskrivningsklare pasienter og overganger (Bjørlo and Christensen 2014, La Rocca and Hoholm 2017, Hellesø, Lyngstad et al. 2019, Melby, Hellesø et al. 2019). Her undersøkes det hvordan ny eller allerede eksisterende teknologi brukes i overgangsyemed, ofte for informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene (Bjørlo and Christensen 2014, Heskestad and Aase 2015). Hellesø, Lyngstad et al. (2019) har blant annet vist at samhandlingsatmosfæren mellom ansatte i kommune og helseforetak har blitt bedre etter innføring av ny teknologi. Forskerne ser på tre ulike tidsmomenter (før samhandlingsreformen, kort tid etter innføring og en stund etterpå) og finner at særlig sykepleiere fra helseforetaket har blitt mer oppmerksomme på at kommunen trenger tid og planlegging i forbindelse med utskrivning. Momentet med kommunikasjon og informasjonsutveksling er sentralt for forskning på bruk av ny teknologi i samhandlingssammenheng, og forskningen viser til varierende resultater. For eksempel viser Melby, Hellesø et al. (2019) at den digitale informasjonen mellom tjenestenivåene i samhandlingssammenheng ofte er irrelevant, dårlig strukturert og at den ofte kommer for sent. Det finnes også forskning som omhandler IKT knyttet til samhandlingsreformen generelt, særlig med hensyn til mangel på kompetanse og kompetanseheving (Rønningen 2015, Huemer and Eriksen 2017, La Rocca and Hoholm 2017).

Samhandling og profesjonsutøvelse

Det er flere studier i den foreliggende litteraturen som trekker frem legene (Martinussen 2013, Vassbotn, Sjøvik et al. 2018, Glette, Kringeland et al. 2019) som en viktig gruppe i samhandlingsøyemed. Det finnes i tillegg enkelte studier som handler om andre profesjoner, som sykepleiere og fysioterapeuter (Giltvedt, Sætrang et al. 2012, Odsbu 2012, Schibeveag 2014). Også her handler litteraturen i hovedsak om overganger mellom sykehus og kommuner, blant annet belyses sykehuslegenes beslutningsmakt (Tønnessen and Tingvoll 2016).

Flere studier omhandler hvordan leger, både i sykehus og kommuner, spiller en sentral rolle med hensyn til samhandling, både med positivt og negativt fortegn (Kaasbøll, Hansen et al. 2016, Orvik,

Nordhus et al. 2016). Leger fra begge nivåer gir uttrykk for å verdsette dialog med hverandre. Likevel er det lite dialog i faktiske situasjoner hvor pasienter blir overflyttet fra et nivå til et annet (Romøren, Pedersen et al. 2012, Vassbotn, Sjøvik et al. 2018).

I litteraturen finner vi også studier hvor oppmerksomheten er rettet mot holdninger til og opplevelse av samhandling mellom de to tjenestenivåene (Olsen, Vatne et al. 2015, Aurdal 2016, Vik 2018). Legene rapporterer lite eller ingen samhandling mellom de to nivåene mens pasienter er innlagt på sykehus (Romøren, Pedersen et al. 2012, Martinussen 2013). I litteratur som handler om unge mennesker med psykiske helseutfordringer har fastlegene vist seg å ha en helt avgjørende rolle for forebygging (Kaasbøll, Hansen et al. 2016).

Psykisk helse

En stor andel av litteraturen omhandler samhandling om pasienter og brukere innen psykiske helse (Haugen 2012, Andersen 2013, Elstad, Steen et al. 2013, Dahl 2014, Ek 2014, Teig 2014, Tøndel and Ose 2014, Evenhus 2015, Krogseth 2015, Olsen, Vatne et al. 2015, Sølvberg 2015, Wenzel 2015, Kaasbøll, Hansen et al. 2016, Khan 2016, Bjordal 2017, Strandheim 2017, Bjørkquist and Hansen 2018).

Hovedtemaene i denne litteraturen handler om ulike faktorer som hemmer og fremmer samhandling. Det pekes på betydningen av dialog mellom nivåene og kunnskap om hverandres arbeidsområder for å lykkes (Olsen, Vatne et al. 2015, Bjørkquist and Hansen 2018). Manglende kjennskap til samarbeidspartnerens rammer og planer for virksomheten hemmer kontinuiteten i behandlingen. Også her løftes betydningen av gode relasjoner fram (Elstad, Steen et al. 2013, Dahl 2014, Strandheim 2017). Formaliserte møter synes å fremme samhandlingen. Møtearenaer med ansvarlige team på tvers av tjenester (samhandlingsteam) løftes fram som en suksessrik løsning, men dette krever mer nettverksaktivitet enn det som er vanlig i dag (Bjordal 2017).

Enkelte studier inkluderer brukeres opplevelse av relasjonen til tjenesteutøvere og møtet med helsetjenesten (Tveter, Tønnessen et al. 2015, Sylte 2016).

Kontekst

Kontekst for litteraturen er tydeliggjort gjennom Tabell 2. I tillegg er det beskrevet i Vedlegg 1. Kontekst handler her om hvilken sammenheng studiene inngår i og er avgrenset til organisatorisk plassering av tjenestene, arenaer og aktører.

Tabell 2: Kontekst (hvilket nivå og overordnet tematikk)

Hvor foregår samhandlingen? (setting)	
Kommunehelsetjenesten	11
Spesialisthelsetjenesten	2
På begge nivå	(88+5) 93
Intermediær tjeneste	8
Totalt	114

Tabell 2 fortsetter:

Tema	
Organisering	2
Samarbeidsavtaler	10
Samhandlingsreformen	15
Samarbeid	19
Samhandling	68
Totalt	114

Funnene i litteraturen viser at flere studier handler om samhandling mellom sykehjem og helseforetak, hjemmesykepleie og helseforetak, NAV, DPS og helseforetak, DPS og psykiske helsetjenester i kommunen, intermediær tjeneste og helseforetak eller intermediær tjeneste og hjemmesykepleie, rehabiliteringsavdelinger med helseforetak (underrepresentert i litteraturen), oppsøkende team, akutt-poster ved helseforetak og kommuner.

Diskusjon

Diskusjonen tar utgangspunkt i den samlede litteraturen og er avgrenset til hva som fremmer og hemmer god samhandling, samt funn knyttet til effekt av og erfaringer med samhandlingstiltak. Funnenes relevans for lærings- og mestringsvirksomheten diskuteres underveis.

Hva fremmer og hva hemmer god samhandling?

I det følgende presenteres først en oversikt over fasilitatorer og barrierer for samhandling (Tabell 3). Oversikten er laget med utgangspunkt i kunnskapsoppsummeringen til Vik (2018) og er utvidet med funn fra litteraturen som er gjennomgått i forbindelse med dette oppdraget.

Tabell 3: Fasilitatorer og barrierer for samhandling: (se neste side)

Hva fremmer og hva hemmer samhandling?

Fasilitatorer	Barrierer
<ul style="list-style-type: none"> • Møtearena og ressursgrupper på tvers av tjenestenivå • Gode relasjoner og tillit • Gjensidighetskunnskap mellom profesjoner og tjenestenivå • God informasjonsflyt og velfungerende IKT-systemer • Forankring på alle nivåer og i alle ledd • Kunnskap om formelle avtaler samt tid og ressurser til implementering • Felles holdninger og oppgave- og ansvarsforståelse mellom tjenestenivåer • Samhandlingsteam med nettverk • Brukermedvirkning og beslutningsmyndighet i flere ledd 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfull informasjonsflyt og mangel på IKT-kompetanse • Mangel på gjensidighetskunnskap • Manglende involvering av tjenesteutøvere i planleggingsprosesser • Manglende forståelse for og anerkjennelse av hverandres kompetanse, samt kulturelle forskjeller • Uklar ansvarsfordeling, manglende tilpasning av retningslinjer for samhandling • Maktforskjeller mellom forvaltningsnivå og mellom profesjoner • Diskontinuitet i begrepsbruk • Bestiller-utfører modellen • Økonomiske insentiver som får direkte konsekvenser for prioritering

Som tabellen viser dreier mye av det som fremmer samhandling seg om hvordan skape gode møteplasser, utvikle gjensidighetskunnskap og gode relasjoner, samt legge til rette for god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom tjenestenivåene (Giltvedt, Sætrang et al. 2012, Haugen 2012, Odsbu 2012, Evenhus 2015, Folgerø-Holm, Færøy et al. 2015, Olsen, Vatne et al. 2015). Barrierene handler om liten kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver, mangel på formelle føringer i forbindelse med ansvars- og oppgavefordeling, manglende konkretisering av oppgave- og ansvarsdeling, utilstrekkelig informasjonsflyt og ujevn maktbalanse mellom de ulike nivåene (Olsen, Østnor et al. 2013, Løhre and Grimsmo 2015, Qvalben 2018, Vik 2018).

Den generelle samhandlingslitteraturen beskriver en praksisvirkelighet hvor informasjon om samhandlingstiltak i liten grad er videreført fra et overordnet administrativt nivå til tjenesteutøvere som skal samhandle om pasientene. En annen viktig faktor som litteraturen trekker frem er hvordan tjenestenivåene fremstår som to ulike verdener eller kulturer med ulike forståelser av og tilnærminger til pasienter og brukere, ulik praksis, ulike tilbud og noen ganger verdier i konflikt.

Formelle møtearenaer

Det som oftest blir trukket frem som fremmende er felles møtearenaer som muliggjør at tjenesteutøvere fra begge nivåer kan bli kjent med hverandre og utveksle informasjon som bidrar til forståelse for hverandres arbeidsområde (Dahl 2014, Evenhus 2015, Nordsveen and Andershed 2015, Skinner 2015, Sjølvberg 2015, Dalbakk, Olsen et al. 2016, Bjørkquist and Hansen 2018, Vik 2018). Forståelse for den andre part sin arbeidshverdag kan betegnes som *gjensidighetskunnskap* (Haugen 2012, Elstad, Steen et al. 2013, Christensen and Hiller 2015). De formelle møtearenaene blir aktualisert fordi gode relasjoner kan bygges gjennom formelle møtepunkter, samtidig som formelle møter muliggjør hensiktsmessig informasjonsflyt (Evenhus 2015, Folgerø-Holm, Færøy et al. 2015).

Skinner (2015) skriver også at det er en sammenheng mellom den uformelle kontakten og den formelle relasjonsbyggingen. Dette handler om at den formaliserte møtevirksomheten avstedkommer uformell kontakt, som igjen kan bidra til at relasjonene styrkes og samhandlingen bedres. Der fysiske møter ikke er mulig på grunn av geografiske avstander, er det foreslått videokonferanser (Heskestad and Aase 2015). Det er viktig å merke seg at formelle møtepunkter også bør etableres for tjenesteutøvere som har direkte kontakt med brukere (Olsen, Vatne et al. 2015, Tønnessen and Tingvoll 2016, Vik 2018). Faste møtepunkter er beskrevet som viktig for at tjenesteutøvere fra det ene nivået vet hvor de skal henvende seg når viktige beslutninger skal tas (Kettilsen 2016).

Betydningen av formelle møtearenaer er i stor grad overførbar til lærings- og mestringsevne. NK LMHs kjennskap til praksisfeltet tilsier at det er etablert arenaer for samarbeid mellom nivåene, lykkes man bedre med samhandling om både kompetanseheving og tilbud. Dette bekreftes av funn i en nasjonal kartlegging av lærings- og mestringstjenester³ i kommunene (2015).

Relasjoner og tillit

Relasjoner i forbindelse med samhandling kan handle om relasjoner mellom tjenesteutøvere fra de ulike tjenestenivåene, relasjoner mellom bruker/brukerrepresentant og fagutøvere og relasjoner innad i spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

Gode relasjoner mellom tjenesteytere på de ulike nivåene muliggjør en mellommenneskelig dimensjon som kan bidra til personlig motivasjon for å få til bedre samhandling (Evenhus 2015, Folgerø-Holm, Færøy et al. 2015). Forskning viser at en slik personlig motivasjon bidrar til at tjenesteutøvere strekker seg fra begge nivå for å tilrettelegge for best mulige overganger mellom tjenestenivåene (Evenhus 2015). Det kan for eksempel handle om å sette seg inn i, etterspørre og forsøke å forstå hvilke tilbud brukeren kan få ved overflytting til neste nivå. La Rocca and Hoholm (2017) skriver blant annet at samhandlingen fungerer bedre der hvor lege og sykepleier (internt) i et helseforetak har en god relasjon og god kommunikasjon. Hvis lege og sykepleiere på sykehuset ikke kommuniserer godt sammen, er det større sannsynlighet for at samhandlingen mellom sykepleieren og kommunehelsetjenesten vil bære preg av ad hoc beskjeder som endrer seg og vanskeliggjør god planlegging og informasjonsflyt. Folgerø-Holm, Færøy et al. (2015) viser i sitt masteroppgavearbeid at samhandlingen i størst grad er knyttet til relasjoner. Gode relasjoner synes å bidra til god informasjonsflyt og bedre samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestetilbudet. Litteraturen peker også på at økonomiske insentiver har bidratt til mistillit i relasjonene mellom tjenestenivåene (Aurdal 2016). Økonomi løftes dermed frem som noe som kan hindre god relasjonsbygging.

Betydningen av gode relasjoner og tillit er ikke avgrenset til en spesifikk profesjon eller tjeneste og er således også relevant for lærings- og mestringsevne.

Gjensidighetskunnskap

Å bli kjent med hverandres tjenestetilbud og få innsikt i hva den andre tjenesten kan eller ikke kan tilby, er ofte trukket frem som en faktor som vil kunne bedre samhandlingen (Haugen 2012, Evenhus 2015, Nordsveen and Andershed 2015). Mangel på gjensidighetskunnskap nevnes gjennomgående i

³ Kommunal lærings- og mestringsevne (NK LMH 4/2016)

den foreliggende litteraturen som en sentral årsak til hvorfor samhandlingen ikke fungerer (Hagenes 2015, Olsen, Vatne et al. 2015, Bjørkquist and Hansen 2018, Vik 2018).

Eksempler på tiltak for å styrke gjensidighetskunnskapen er hospitering på tvers av nivåene (Håland and Osmundsen 2015), teamorganisering og samlokalisering. Nordsveen and Andershed (2015) fremhever at samarbeidsmøter er viktig for å oppnå god samhandling når pasienter skal flyttes hjem. Det viktigste for å bedre samhandlingen ved pasientoverganger er å utvikle en helhetlig systemforståelse hos de aktuelle helseprofesjonene.

Betydningen av gjensidighetskunnskap er svært relevant for lærings- og mestringsfeltet. I den nasjonale kartleggingen av lærings- og mestrings tjenester i kommunene (2015) fremheves det at når det ikke foreligger noen koordinering av tilbud på tvers av nivåer, medfører dette tilfeldigheter med hensyn til hvilke tjenester og tilbud som gis i kommunen, og dermed uønsket variasjon. Utilstrekkelig gjensidighetskunnskap kan føre til manglende helhet og sammenheng i tjenestetilbudet og forringer potensialet for likeverdige helsetjenester.

Informasjonsflyt og IKT

God informasjonsflyt mellom nivåene, skriftlig, elektronisk, telefonisk eller muntlig, er av avgjørende betydning for hvordan samhandlingen blir og hvordan brukere opplever kontinuitet (eller mangel på sådan) i tjenestetilbudet. Informasjonsflyten gjelder på generelt grunnlag, og som nevnt ovenfor kan gode relasjoner legge til rette for god informasjonsflyt. Tett forbundet med informasjonsflyt er behovet for og forutsetningen for gjensidighetskunnskap. Aktuelle verktøy, inkludert databaserte verktøy oppleves nyttige i denne sammenhengen (Hellesø, Lyngstad et al. 2019). Mangelfull IKT-kompetanse kan imidlertid hemme bruken av systemer og verktøy og dermed være en barriere for samhandlingen (Huemer and Eriksen 2017, La Rocca and Hoholm 2017).

Hva gjelder god informasjonsflyt og IKT-kompetanse er dette faktorer som har relevans for helse- og omsorgstjenesten i sin helhet. Lærings- og mestringsvirksomheten preges i dag av variasjon og tilfeldigheter hva gjelder IKT-systemer og dokumentasjon av aktivitet⁴. NK LMHs kjennskap til feltet viser imidlertid at ulike former for nettverk i stor grad ivaretar informasjonsflyten mellom sykehus og kommuner.

Forankring på ulike nivåer

Forankring omhandler administrativt og overordnet nivå samt tjenestenivå. For å etablere god samhandling i praksis, må det forankres både i ledelsen og hos praksisutøverne (Neverdal and Rystad 2014, Christensen and Hiller 2015, Olsen, Vatne et al. 2015). I forbindelse med forankring fra ledelse til tjenestenivå beskriver Remseth (2016) at det er viktig at tjenesteutøvere får lov til å være med og delta i beslutningsprosessene relatert til samhandling. Dette handler også om desentralisert beslutningsmyndighet (Neverdal and Rystad 2014). Det vil fremme samhandlingen om de som jobber direkte med pasienter/brukere får opplæring og kunnskap om innholdet i vedtakene. Det forutsetter imidlertid tid og ressurser til implementering før det kan anvendes i konkrete problemstillinger, eksempelvis det som har med overganger å gjøre.

⁴ Dokumentasjon av gruppebaserte lærings- og mestringsstilbud i sjukehusa (NK LMH 3/2016)

Litteraturen viser imidlertid at det er en utfordring for samhandlingen at forankringen ikke inkluderer tjenestenivået (Olsen, Vatne et al. 2015). Det er sentralt at ledelsen tar ansvar for å legge til rette slik at tjenesteutøvere har tilstrekkelig samhandlingskompetanse, blant annet kunnskap om avtaleverk og ansvars- og oppgavedeling samt ferdigheter knyttet til samarbeid på tvers av nivåer (Hagenes 2015, Elverum 2012 og Olsen 2015).

En annen barriere for samhandling mellom tjenestenivåene som løftes frem i litteraturen, er bestiller-utfører modellen (Elstad, Steen et al. 2013, Hansen and Ramsdal 2014, Boysen, Svagård et al. 2016, La Rocca and Hoholm 2017). Kommunehelsetjenesten uttrykker ofte misnøye med at spesialisthelsetjenesten henvender seg direkte til bestillerkontoret for å formidle hva en utskrivningsklar pasient har behov for. Dermed forsvinner potensialet for samhandling med kommunal helsetjeneste i denne planleggingen.

Utilstrekkelig forankring er et gjennomgående tema og en stor utfordring for lærings- og mestringsvirksomheten. NK LMHs nasjonale kartlegging av lærings- og mestringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten i 2016⁵ fremhever spesielt at fravær av forankring og tydelig ansvars plassering av virksomheten i kommunene medfører uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Holdninger og ansvars- og oppgaveforståelse

Felles holdninger og forståelse av ansvars- og oppgavedeling er vesentlig for helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Nordsveen and Andershed (2015) fremhever viktigheten av at tjenestenivået ikke skal «se seg ferdig» med en pasient når den blir overført til neste nivå før «de har fremmet en sikker og effektiv overgang for pasienten» med den omsorgen som er nødvendig for å ivareta pasientens behov. Dette handler om hvem som er ansvarlig for brukere og hvem som skal «slippe» ansvaret (Olsen, Vatne et al. 2015). Kontinuitet og sammenheng fordrer at tjenesteutøvere på begge nivåer forsikrer seg om at pasient/bruker er i gode hender. Det å ha et felles mål om å ivareta brukeres behov er førende for god samhandling (Olsen, Vatne et al. 2015 Elstad, Steen og Larsen 2013, Sølvsberg 2015).

Felles holdninger og forståelse av oppgave- og ansvarsdeling er av stor betydning også for lærings- og mestringsvirksomheten. Det å se verdien av å legge til rette for læring og mestring som en del av pasientforløp på tvers av nivåer, er avgjørende for å imøtekomme brukeres behov.

Samhandlingsteam

Samhandlingsteam er etablert for å møte utfordringer knyttet til fragmenterte tjenester. Samarbeid gjennom samhandlingsteam av ulike slag er en intervensjon som har vist seg å fremme samhandling og ha gode virkninger for brukere. Litteraturen beskriver samhandlingsteam som en *brobygger* mellom tjenestene (Lindboe, Kufås et al. 2013, Stokmo, Ness et al. 2014, Vik 2018). Samhandlingsteamet oppleves som en kontinuitetsbærer, som er tilstede i overgangssituasjoner mellom ulike tjenester (Lindboe m.fl. 2013 s. 311).

⁵ Nasjonal kartlegging av lærings- mestringsstentrene i spesialisthelsetjenesten (NK LMH 1/2016)

Samhandlingsteamet som en arbeidsform samsvarer i stor grad med lærings- og mestringsvirksomhetens måte å jobbe på. Arbeidsmåten kjennetegnes blant annet ved tverrfaglig samarbeid, formelle møtearenaer, relasjonsbygging, gjensidighetskunnskap og brukermedvirkning.

Effekt og erfaringer

Med utgangspunkt i litteraturen om samhandling generelt kommer det frem at det mangler studier som kan betegnes som rene effektstudier (RCT-studier). Det finnes imidlertid noen studier som sier noe om effekt av for eksempel den intermediære tjenesten på kostnadsbesparing (Dahl, Steinsbekk et al. 2014, Orvik, Nordhus et al. 2016), effekt av samhandlingsteam for antall reduserte liggedøgn på sykehuset for utskrivningsklare pasienter (Dalbakk, Olsen et al. 2016) eller effekt av statlige og økonomiske insentiver (Nødland and Rommetvedt 2019). I tillegg er det flere studier som omhandler effekt av bruk av ny teknologi (Rebac 2013, Heskestad and Aase 2015, Boysen, Svagård et al. 2016, Reitan, Halvorsen et al. 2016, Huemer and Eriksen 2017, La Rocca and Hoholm 2017).

Hva gjelder erfaringer knyttet til samhandling er litteraturen mangfoldig, av varierende kvalitet og har stor spennvidde. Et gjennomgående fokus er likevel samarbeidsavtaler, utskrivningsklare pasienter og overganger. I det følgende presenteres noen aktuelle eksempler.

Martens and Veenstra (2015) skriver at den viktigste konsekvensen av innføringen av samarbeidsavtalene er en formalisering. Formaliseringen innebærer en tydeligere arbeidsdeling mellom forvaltningsnivåene som i teorien skulle også bidratt til at det ble lettere å utfylle hverandre i forhold til hva pasienten får av tjenestetilbud og behandling. Selv om samarbeidsavtalene formaliserer og synliggjør rammer for samarbeid, betyr det ikke nødvendigvis at denne muligheten benyttes slik det er tenkt – og her foreslår forskere at samarbeidsavtalene har blitt brukt som premiss for forhandlinger (mer enn premiss for dialog). Forskere konkluderer med at nasjonale føringer har bidratt til en ensartet praksis i utformingen av samarbeidsavtalene, men det er først og fremst et verktøy i forhandlinger heller enn føringer for praksis. Det er et paradoks at formålet med samarbeidsavtalene er å konkretisere oppgave- og ansvarsdeling og etablere gode lokale samarbeidsrutiner, mens det i praksis ser ut til å skape usikkerhet hos partene.

De lovpålagte samarbeidsavtalene har gitt kommunen et juridisk verktøy knyttet til ansvars- og oppgavedeling som kunne gitt grunnlag for større likeverdighet. Likevel er det fremdeles slik at sykehusene med sin definisjonsmakt, eksempelvis knyttet til utskrivningsklare pasienter, representerer en styrkeforskjell (Martens and Veenstra 2015, Gautun, Martens et al. 2016). Den spesialiserte kunnskapen synes å ha en forrang på bekostning av en mer helhetlig funksjonsorientert kunnskap som kjennetegner kommunens tilnærming til brukere. Dette preger samarbeidsrelasjonene mellom ansatte i helseforetak og i kommune.

Evalueringsprosjektet *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* har undersøkt prosesser og resultater i tilknytning til samhandlingsreformen (Løhre and Grimsmo 2015). Analysene viser varierende grad av likeverd mellom kommune og helseforetak, men gjennomgående synes foretaket å være den sterkeste part. Involvering av brukere formidles som lav, med fravær av brukerinvolvering i avtaleforhandlinger fra kommunenes side og svært begrenset deltakelse fra foretakets brukerutvalg.

Funnene viser i tillegg at de økonomiske insentivene virker mot sin hensikt. Forløp for pasienter med kronisk sykdom og eldre pasienter har blitt mer oppstykkede med flere mellomstasjoner i overgangen mellom tjenestenivåene. *Det kan virke som om samhandlingsreformens overordnede mål med å gi bedre og sømløs pasientbehandling lider under de økonomiske insentivene* (Løhre and Grimsmo 2015).

Også Nødland and Rommetvedt (2019) belyser at økonomiske insentiver kan synes å ha en utilsiktet negativ virkning gjennom at pasienter med langsiktige behov i kommunen har blitt nedprioritert. Iverksettingsprosessen av samhandlingsreformen har vært preget av betydelige utfordringer, særlig på grunn av raskere utskrivning av pleietrengende pasienter. Effektene av reformen har vært betydelige når det gjelder mottak og oppfølging av pasienter. Flere kommuner har omdisponert ressurser slik at ivaretagelse av nye oppgaver har skjedd på bekostning av mer langsiktige omsorgstilbud (s.185-186). Frykt for økonomiske sanksjoner har generelt bidratt til at de samhandlingsfremmende strategiene ikke har blitt realisert.

Det er et oppsiktsvekkende funn i litteraturen at brukervedvirkning i samhandling i svært liten grad er adressert (Løhre and Grimsmo 2015, Kettilsen 2016, Solbjør, Ljunggren et al. 2017). Dette gjelder brukervedvirkning på alle nivåer.

Funn knyttet til effekt og erfaringer i litteraturen kan i stor grad relateres til samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet. De generelle funnene peker på at *samhandling omkring overganger* mellom sykehus og kommune ofte er utfordrende. Relatert til lærings- og mestringsvirksomheten kan dette for eksempel handle om informasjonsflyt knyttet til hvilke lærings- og mestringstilbud pasienten bør få på sykehuset og hva kommunen kan tilby. Hvilke vurderinger er gjort med tanke på pasientens behov for støtte til mestrings- og endringsprosesser i etterkant av sykehusoppholdet? Hvilken informasjon skal videreformidles knyttet til hva pasienten har fått av lærings- og mestringstilbud på sykehuset? Og andre veien – hvilken informasjon trenger sykehuset fra kommunen knyttet til pasientens helsekompetanse ved innleggelse? Det er flere indikasjoner på at dette er viktig informasjon. Svært mange pasientklager handler om manglende informasjonsflyt mellom pasient, sykehus og kommune. Støtte til å styrke egen helsekompetanse er sentralt når du skal håndtere endringer og mestre hverdagen med helseutfordringer.

Konklusjon

Et hovedfunn i litteraturgjennomgangen er at det ikke finnes norsk forskning som eksplisitt omhandler organisering og oppgave- og ansvarsdeling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet. Dette tilsier at det er et presserende behov for å initiere forskningsprosjekter omkring denne tematikken.

Som rapporten viser finnes det litteratur om samhandling generelt med overføringsverdi til lærings- og mestringsvirksomheten. I denne litteraturen avdekkes imidlertid også betydelige kunnskapshull og en ubalanse med hensyn til hvilke temaer og spørsmål forskningen har adressert. Det overordnede bildet viser en tydelig overvekt av litteratur som omhandler overganger mellom tjenestenivåer og utskrivningsklare pasienter.

Funnene i rapporten tilsier at det er behov for videre forskning knyttet til blant annet modeller for organisering og oppgave- og ansvarsfordeling, spesielt hva gjelder forebyggende og helsefremmende

helsetjenester, samt rehabilitering. I tillegg er det behov for mer kunnskap om hvordan løse implementeringsutfordringer knyttet til ulike samhandlingstiltak, som for eksempel utilsiktede virkninger av økonomiske insentiver. Videre viser funnene at det er behov for forskning knyttet til brukermedvirkning og brukererfaringer.

På tross av manglende dokumentasjon gir litteraturen nyttig innsikt i hva som fremmer og hemmer samhandling mellom helseforetak og kommuner generelt. Denne kunnskapen angir noen sentrale forutsetninger for samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet i praksis.

Litteraturliste

- Abelsen, B., et al. (2014). "Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet."
- Andersen, B. J. (2013). "Samhandlingsteamet i Bærum–S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **10**(04): 317-327.
- Aurdal, K. S. (2016). Samhandlingsutfordringer mellom kommuner og sykehus som kan påvirke re-innleggelser, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Berntsen, G. K. R., et al. (2015). "How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care." BMJ open **5**(12): e009403.
- Bjordal, T. (2017). «På rett spor?» Erfaringar frå samhandling mellom ambulerande alderspsykiatrisk team og sjukeheimstilsette innan demensomsorg.
- Bjørkquist, C. and G. V. Hansen (2018). "Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care." Journal of multidisciplinary healthcare **11**: 233.
- Bjørlo, A. R. B. and H. Christensen (2014). Elektronisk meldingsutveksling-et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester?: to delstudier for å identifisere og vurdere kvalitet i elektroniske PLO-meldinger mellom kommunehelsetjeneste og helseforetak, Universitetet i Agder; University of Agder.
- Boysen, E. S., et al. (2016). "Samhandling og IKT-støtte for pleie- og omsorgstjenesten i Bærum kommune. Erfaringer med IMATIS Visi i Bærum kommune."
- Christensen, F. G. and Ø. H. Hiller (2015). Hvordan kan prosessorientering bidra til å løse samhandlingsutfordringer? En kvalitativ studie av norske sykehus og tilhørende kommunale helsetjenester, Universitetet i Agder; University of Agder.
- Dahl, I. H. (2014). «Uten dialog kommer vi ingen vei». En kvalitativ studie av erfaringene sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å være en del av nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten, UiT Norges arktiske universitet.
- Dahl, U., et al. (2014). "Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital—a qualitative study of health professionals' experiences." International Journal of Integrated Care **14**.
- Dalbakk, M., et al. (2016). "Pasientsentrert helsetjenestetteam-en samarbeidsmodell mellom kommune og helseforetak."
- Ek, A. (2014). Skulder ved skulder. Samarbeid i psykisk helse- og rusfeltet i Bærum.

Elstad, T. A., et al. (2013). "Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **10**(04): 296-305.

Evenhus, A. (2015). Hva fremmer og hva hemmer samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse?, NTNU.

Folgerø-Holm, J. J., et al. (2015). Har samarbeidsavtaler mellom kommune og helseføretak nokon effekt? Plan. Master: 61-61.

Foss, M. K. (2014). Samhandlingskultur og ledelse: utfordringer og muligheter i kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen, Universitetet i Agder; University of Agder.

Gautun, H., et al. (2016). "Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter." Tidsskrift for omsorgsforskning **2**(02): 88-93.

Giltvedt, K., et al. (2012). "Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune-og spesialisthelsetjenesten."

Glette, M. K., et al. (2019). "Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway." BMJ open **9**(8): e031297.

Hagenes, A. J. (2015). Sentrale utfordringer ved samhandling i høve utskrivning av pasient frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

Håland, E. and T. Osmundsen (2015). "Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten."

Hansen, G. V. and H. Ramsdal (2014). "Kan man skape en samarbeidskultur?" Tidsskrift for psykisk helsearbeid **11**(01): 55-63.

Hauge, F. (2017). Ingen dans på roser. Avdelingssykepleieres mestring av utfordringer knyttet til samhandlingsreformen, VID vitenskapelige høgskole. Diakonhjemmet Oslo.

Haugen, C. (2012). Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten: ACT-team bygger broer og sprer kompetanse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for

Hellesø, R., et al. (2019). "Samhandling mellom sykepleiere i spesialist-og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen." Digitalisering i sykepleietjenestene—en arbeidshverdag i endring: 153.

Heskestad, R. N. and K. Aase (2015). "En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter." Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning (Only English version of the articles needs to be processed) **10**(4).

Huemer, J. and L. T. Eriksen (2017). "Teknologi i Samhandlingsreformen. Utfordringer med implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten." Nordisk Sykepleieforskning **2017**(7): 48-62.

Kaasbøll, J., et al. (2016). "Samhandling for bedre mestring av lettere psykiske lidelser hos unge voksne."

Kassah, B., et al. (2014). "Samhandlingsreformen—utfordringer, løsninger og implikasjoner. i Samhandlingsreformen under lupen. BLL Kassah, W." A. Tingvoll og AK Kassah (red). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kettilsen, T. (2016). Samhandlingsutfordringer i utskrivelsesprosessen.

Khan, A. Y. (2016). Spesialisthelsetjenestens veiledning til kommunale tjenesteyterne som jobber med mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse: En spørreundersøkelse om utbytte av faglig veiledning til kommunale tjenesteytere i fem boliger i kommunal regi, Høgskolen i Sørøst-Norge.

Kirchhoff, R., et al. (2015). "Kommuner og helseforetak-ble de enige om noe?"

Krogseth, L. (2015). En kartlegging av behandlingstilbudet til pasienter med psykisk utviklingshemning og samtidig psykiske lidelser. Hvilke tiltak og samarbeidsforhold er gjeldende, og hvordan vurderes samarbeidet med andre aktører å fungere?

La Rocca, A. and T. Hoholm (2017). "Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives." BMC health services research **17**(1): 149.

Lindboe, B., et al. (2013). "Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier—samhandlingens betydning." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **10**(04): 306-316.

Løhre, A. and A. Grimsmo (2015). "Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)."

Markestad, K. (2015). Samhandling for korte opphold; En studie av tidlige effekter på samhandling på Nedre Romerike.

Martens, C. and M. Veenstra (2015). "Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune." Fra dialog til avviksmelding.

Martinussen, P. E. (2013). "Hospital physicians' assessments of their interaction with GPs: the role of physician and community characteristics." Health policy **110**(1): 14-21.

Melby, L., et al. (2019). "Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon—en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner." Digitalisering i sykepleietjenestene—en arbeidshverdag i endring: 131.

- Neverdal, M. N. and K. E. Rystad (2014). Å samhandle om samhandling: Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist-og kommunehelsetjenesten, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse.
- Nødland, S. I. and H. Rommetvedt (2019). "Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger." Tidsskrift for samfunnsforskning **60**(02): 166-188.
- Nordsveen, H. and B. Andershed (2015). "Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem- Sykepleieres erfaringer av samhandling." Nordisk sygeplejeforskning **5**(03): 239-252.
- Odsbu, A. (2012). Samarbeid i fysioterapitjenesten: Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten.
- Olsen, B. M., et al. (2015). "Kontinuitets-og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester–en fokusgruppestudie." Klinisk Sygepleje **29**(04): 55-68.
- Olsen, R. M., et al. (2013). "Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences." Journal of clinical nursing **22**(19-20): 2964-2973.
- Orvik, A., et al. (2016). "Interorganizational collaboration in transitional care–A Study of a Post-Discharge Programme for Elderly Patients." International Journal of Integrated Care **16**(2).
- OSMUNDTSEN, E. H. O. T. C. (2015). "Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold."
- Qvalben, S. (2018). Samhandling og rehabilitering: En studie av hvordan kommuner i Region Kristiansand forstår samhandling, og hvordan det påvirker organiseringen av rehabiliteringstjenester, Universitetet i Agder; University of Agder.
- Rebac, S. (2013). Hvordan kan telemedisinske løsninger bidra til samhandling, rehabilitering og oppfølging av KOLS-pasienter?, Universitetet i Agder/University of Agder.
- Reitan, J., et al. (2016). "Samhandlingsmodeller for avstandsoppfølging av kronisk syke." SINTEF Rapport.
- Remseth, A. S. (2016). Samhandlingsreformen og samhandlingsavtaler. En studie om iverksettelse av avtalene, Høgskulen i Volda.
- Rommetvedt, H., et al. (2014). Hvordan har vi det i dag, da?: Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk, Fakkbokforlaget.
- Romøren, M., et al. (2012). "Én pasient, to verdener–samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger 193–7."
- Rønningen, M. (2015). Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær-og spesialisthelsetjenesten.

Rostami, M. (2018). Utfører helsehus tjenester etter hensikten?

Schibevaag, L. (2014). Tverrfaglig samhandling. En studie av fysioterapeutens rolle i overføringer av eldre pasienter mellom spesialist og primærhelsetjenesten, University of Stavanger, Norway.

Skagestad, L. (2015). Det ekstra leddet? En kvalitativ studie om samarbeidet mellom kommunal psykisk helsetjeneste og ambulerende akutteam, Universitetet i Agder; University of Agder.

Skinner, M. S. (2015). "Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter."

Solbjør, M., et al. (2017). "Brukermedvirkning i avtaleverket for samhandlingsreformen." Tidsskrift for velferdsforskning **20**(01): 60-80.

Sølvberg, S. M. (2015). Tverrfaglig samarbeid-en kvalitativ studie av samarbeid mellom profesjoner som arbeider med psykisk helse, NTNU.

Stokmo, H., et al. (2014). "Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **11**(01): 14-23.

Storm, M., et al. (2019). "Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research **46**(3): 352-367.

Strandheim, T. (2017). Det handler om å bli kjent med kvarandre: samhandling mellom primærhelsetjenesta og døgnavdeling i distriktpsikiatriske senter.

Sylte, G. H. (2016). Hvordan samhandler spesialist-og kommunehelsetjenesten om barn med funksjonshemming? En kvalitativ intervjustudie med foreldre.

Teig, J. (2014). Hvordan påvirkes barn av å vokse opp med en psykisk syk forelder, og hvordan blir barn som pårørende ivaretatt av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten?

Tøndel, G. and S. O. Ose (2014). "Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser."

Tønnessen, S. and W.-A. Tingvoll (2016). "Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten."

Torjesen, D. O. and S. I. Vabo (2014). "Samhandlingsreformen–virkemidler for koordinering." Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveter, C., et al. (2015). Hvordan kan kvalitetsindikatorer benyttes og synliggjøres ved bruk av IT-løsning for å forbedre kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og/eller hjemmet?, Universitetet i Agder; University of Agder.

Vassbotn, A. D., et al. (2018). "General practitioners' perspectives on care coordination in primary health care: A qualitative study." International journal of care coordination **21**(4): 153-159.

Vik, E. (2018). "Helseprofesjoners samhandling—en litteraturstudie." Tidsskrift for velferdsforskning **21**(02): 119-147.

Wallenius, G. H. (2013). Samhandling mellom kommuner: Hva må til for å lykkes med samhandlingsreformen i små kommuner, og hva er til hinder for å lykkes?

Wenzel, H. G. (2015). Kvalitet og samhandling i distriktpsykiatriske tjenester. Med kommunehelsetjenesten i førersetet, bruker i forsetet og spesialisthelsetjenesten i baksetet.

Wikheim, H. (2013). Samarbeidsavtaler-formalitet eller redskap til samhandling?, University of Stavanger, Norway.

Williksen, R., et al. (2014). "Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak—etterlevs de?: En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak."

Wyller, T. B. (2020). "Reell samhandling forebygger reinnleggelse." Tidsskrift for Den norske legeforening.