

# Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold; samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten

---

## Sammendrag

Samhandlingsreformen har blitt innført med en intensjon om å bøte på problemet med for fragmenterte tjenester innenfor helsevesenet. Målsetningen er at primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten i større grad skal samhandle med hverandre og at pasienten skal oppleve et mer helhetlig forløp. Samhandling mellom de to tjenestenivåene kan imidlertid være utfordrende, fordi de representerer to ulike typer systemer med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering og struktur. I denne artikkelen undersøker vi, basert på empirisk materiale fra tre ulike samhandlingstiltak, *hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*. Vi bruker begrepet 'meningsskaping' for å undersøke hvordan aktører innenfor ulike samhandlingstiltak tolker og forstår sin situasjon og sine samhandlingsmuligheter. Hva er det som legger til rette for samhandling og hva er det som hindrer samhandling? Vi finner at organisering av *struktur, kompetanseutvikling, likeverd, og forankring* er sentrale forutsetninger for å få til samhandling. Avslutningsvis konkluderer vi med at ildsjeler er sentrale for etablering av samhandling, eksempelvis gjennom midlertidige prosjekter, men at for å kunne videreføre arbeidet som er igangsatt må det skapes strukturer for å få til *vedlikehold* av samhandling etter den entusiastiske etableringsfasen.

Nøkkelord: helsetjenesten, meningsskaping, organisatoriske grenser, samhandling

## Abstract

The Coordination Reform was introduced to address the problem of fragmented services within the healthcare system. The aims include better and more efficient cooperation between primary and secondary care and more coordinated patient trajectories. However, cooperation between these two levels of service can be challenging, because they represent very different cultures, tasks, competences, financial systems and structures. In this article, based on empirical material from three different cooperation initiatives, we investigate *how to establish and sustain cooperation across organisational boundaries within healthcare*. We use the concept of 'sensemaking' to explore how actors interpret and understand their situation and possibilities for (coordinated) action. Which factors facilitate cooperation and which factors constrain cooperation? We find that organisation of *structure, competence development, equality and commitment* are important for successful cooperation. Furthermore, we conclude that engaged individuals are important for the establishment of cooperation across boundaries, for example through temporary projects, but that to sustain cooperation over time, there is a need to establish structures that support cooperation beyond the enthusiastic first phase.

Key words: healthcare, integrated care, organisational boundaries, sensemaking

## Innledning

Sykehusene og andre deler av spesialisthelsetjenesten er preget av høy grad av spesialisering og fokus på behandling av enkeltlidelser, mens primærhelsetjenesten og andre deler av primærhelsetjenesten er preget av en større helhetlig tenkning hvor mange ulike lidelser inngår i behandlingen og hvor det også er fokus på eksempelvis funksjonsnivå (Hellesø & Fagermoen 2010; Røsstad m.fl. 2013). De to tjenestenivåene representerer to ulike typer organisasjoner, eller to ulike systemer, med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering, organisering og struktur (Hellesø & Fagermoen 2010; Paulsen, Romøren & Grimsmo 2013). For pasienter som skal bevege seg frem og tilbake over disse organisatoriske grensene kan dette skape utfordringer. Behandlingen kan oppleves som fragmentert, dvs. at de ulike partene som er involvert kun har overfladisk kunnskap om hverandres aktiviteter (Martinussen 2013; Axelsson & Axelsson 2006; Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Winthereik & Vikkelsø 2005).

Helsevesenet, både i Norden og i resten av den vestlige verden, står overfor nye utfordringer knyttet til at folk lever lengre og at antall pasienter med kroniske lidelser øker. Dette medfører at pasientene ofte har lange og mange opphold innenfor ulike deler av helsevesenet, og dermed mange overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Wintherheik & Vikkelsø 2005). Behovet for samhandling, kommunikasjon og større grad av integrasjon er dermed økende - det som i internasjonal sammenheng kalles for 'integrated care'. Det finnes ingen enhetlig definisjon på dette begrepet, og det brukes på mange ulike måter (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth 2015; Kodner & Spreeuwenberg 2002; Leutz 1999), men det omhandler hvordan man kan skape et 'sømløst', pasientsentrert helsevesen med fokus på økt kvalitet i pasientbehandlingen (Wintherheik & Vikkelsø 2005). Dette innebærer at det er nødvendig å skape gode samhandlingsrelasjoner (Glouberman & Mintzberg 2001; Petrakou 2009). Axelsson & Axelsson (2006) argumenter for at større grad av integrering av helsetjenestene krever inter-organisatorisk samarbeid på tvers av sektorer. Sykehus, primærhelsetjeneste og andre deler av helsevesenet må altså samhandle mer på tvers av organisatoriske grenser og disiplingrenser. Vi forstår i denne artikkelen samhandling som ulike

former for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste for å fremme god pasientbehandling. Dette innebærer noe mer enn ren koordinering av tjenester gjennom en arbeids- og ansvarsfordeling. Samhandling innebærer her etablering og vedlikehold av relasjoner over tid, hvor felles kunnskapsutvikling står sentralt.

Til tross for mange ulike initiativ over lang tid, er det fortsatt store utfordringer knyttet til det å få til samhandling på tvers av grenser innenfor helsevesenet (Axelsson & Axelsson 2006; Cameron m.fl. 2012; Holen-Rabbersvik m.fl. 2013). Huxham og Vangen (2000) beskriver at vanlige problemer i samhandlingssituasjoner er uklare målsetning for samhandlingen, ulikheter i språk, organisasjonsmessige strukturer, prosedyrer og kultur, utfordringer knyttet til makt og det å skape tillit, og til ansvarliggjøring. Ulike teknologiske systemer kan også skape utfordringer for samhandlingen, eksempelvis for informasjonsflyt mellom ulike aktører (Helsedirektoratet 2014).

Van Raak, Mur-Veeman & Paulus (1999) argumenterer for at selv om lovgivning og finansieringssystem har betydning for om samhandling på tvers av grenser fungerer eller ikke, så er ikke disse faktorene av avgjørende betydning. De finner at det er involveringen av aktører, hvilken støtte de får og hvordan slike prosjekter ledes, som er av størst betydning for at samhandlingen skal lykkes. I en senere artikkel hvor de sammenligner politikken når det gjelder 'integrated care' i flere europeiske land, finner de at en satsning på integrasjon fra myndighetenes side (nasjonalt, regionalt og lokalt), faktisk har betydning for utviklingen av et mer integrert helsevesen (Mur-Veeman, van Raak & Paulus 2008). Forfatterne konkluderer imidlertid også her med at en slik satsning ikke er tilstrekkelig. Williams & Sullivan (2009) etterlyser mer forskning for å forstå samspillet mellom ulike faktorer og ulike samhandlingskontekster. Vår artikkel representerer et bidrag i denne sammenheng, gjennom at vi bruker begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995) for å undersøke hvordan aktører innenfor ulike samhandlingstiltak tolker og forstår sin situasjon og sine samhandlingsmuligheter. Artikkelen er dermed også et bidrag til å forstå meningsskappingsprosesser mellom aktører fra ulike organisasjoner eller systemer, noe som kanskje er enda mer komplekse prosesser enn mellom aktører innenfor samme organisasjon/system.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) har blitt innført med en intensjon om å bøte på problemet med for fragmenterte tjenester. Det legges her opp til at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i større grad skal samhandle med hverandre, at primærhelsetjenesten skal overta noen av spesialisthelsetjenestens oppgaver og at pasienten skal oppleve et mer helhetlig forløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Med utgangspunkt i Norges forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), har vi undersøkt tre ulike samhandlingstiltak hvor det har kommet i stand og fortsatt foregår samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I denne artikkelen vil vi, basert på intervjuer med aktører i alle våre case, undersøke *hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*. Hva er det, slik aktørene forstår, tolker og definerer situasjonen, som legger til rette for samhandling og hva er det som hindrer samhandling? Tidligere forskning på reformen har vist at helsepersonell er grunnleggende positive til reformens intensjoner om bedre samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste og til styrking av kompetansen på kommunalt nivå, men at de opplever at reformens økonomiske incentiver står i motsetning til disse intensjonene (Carlsen & Sataøen 2013). Vi har derfor som utgangspunkt – og det stemmer også med hva våre informanter forteller – at helsepersonell ønsker å samhandle. En rekke faktorer kan legge til rette for denne samhandlingen, men de kan også møte ulike typer hindringer som gjør det vanskeligere å samhandle.

## **Teoretisk utgangspunkt**

Vi vil her kort klargjøre hvordan vi forstår 'organisasjon' og 'grenser' innenfor den konteksten våre samhandlingstiltak befinner seg i, før vi presenterer og diskuterer 'meningsskapning' som overordnet analytisk begrep.

Organisasjonene og systemene innenfor helsefeltet står overfor nye utfordringer, som krever at de tilpasser seg omgivelsene på nye måter (Scott m.fl. 2000). Ny-institusjonell teori beskriver at organisasjoner forholder seg til og tilpasser seg sine omgivelser (Scott 2008), at de altså ikke opererer

i et vakuum, og at endringer i omgivelser dermed vil medføre nye krav til endring for de ulike organisasjonene. Endringene i omgivelser (lokalt, regionalt og nasjonalt) innenfor helsefeltet kan være av materiell eller ressursmessig karakter (for eksempel demografiske endringer) eller av institusjonell karakter (for eksempel regler, normer, kultur etc.) (Scott m.fl. 2000). En av endringene helsevesenet nå må forholde seg til, som er tydelig til stede for våre samhandlingstiltak, er nye krav til koordinering, samhandling og integrasjon, som uttrykt gjennom samhandlingsreformen.

Det er vanskelig for ledelsen i en organisasjon å integrere ulike deler av organisasjonen, men enda vanskeligere å integrere aktiviteten i ulike organisasjoner (Axelsson & Axelsson 2006). Slike inter-organisatoriske relasjoner er ofte mer løst koblet (loosely coupled) (Orton & Weick 1990) enn intra-organisatoriske relasjoner, siden de ulike organisasjonene ikke er del av et felles hierarki med felles ledelse. Koordinering og samhandling blir dermed av en mer 'frivillig' karakter. Offentlig helsevesen er et felt som kjennetegnes av sterk inter-organisatorisk karakter (Axelsson & Axelsson 2006), og dette gir altså noen utfordringer for samhandling på tvers av organisatoriske grenser.

Vi forstår grenser mellom organisasjoner eller systemer som komplekse, dynamiske og forhandlingsbare, som noe som kontinuerlig skapes og gjenskapes (Paulsen & Hernes 2003). Gjennom all handling og interaksjon forholder aktørene seg til en forståelse av hva som er utenfor og hva som er innenfor, selv når dette er midlertidig. Grenser kan dermed defineres som midlertidig stabiliserte skillelinjer over lengre tid mellom systemer som individuelle aktører og grupper av aktører har skapt og blitt enige om (Kerosou 2006; Mørk m.fl. 2012).

Organisasjoner som skal samhandle på tvers av grenser innenfor helsevesenet har altså noen utfordringer. Vi vil i denne artikkelen ta utgangspunkt i begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995) for å undersøke hvordan aktørene tolker og forstår den nye situasjonen hvor de forventes å samhandle mer og på nye måter – hvordan de skaper mening i denne situasjonen. Meningsskaping (sensemaking) handler om å forstå og definere hva som foregår ('what's the story?'/ 'what's going on here?') (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005). Situasjoner hvor det oppstår usikkerhet og tvetydighet

setter i gang meningsskapingprosesser (Weick 1995), dvs. aktørene må prøve å forstå og skape mening i nye situasjoner. Endringer gjør altså at mening reforhandles.

Meningsskaping er sentralt for å organisere og skape orden, og er dermed en prosess som blir et utgangspunkt eller springbrett for videre handling og som er tett knyttet opp til identitet (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005). Slik Taylor & Van Every (2000) forstår Weick (1995), er meningsskaping “a way station on the road to a consensually constructed, coordinated system of action” (Taylor & Van Every 2000:275). Meningsskaping er altså, slik vi ser det, en kollektiv, sosial prosess som foregår i interaksjon med andre og som gir føringer for aktørenes videre handlinger. Organiseringer eller organisasjoner oppstår, slik Weick, Sutcliffe & Obstfeld (2005) ser det, gjennom meningsskaping, dvs. meningsskaping kan skape strukturer. Dette poenget behandles ulikt av ulike forskere innen meningsskapingstradisjonen, hvor, for eksempel, Weber & Glynn (2011) er opptatt av at dette også kan foregå motsatt vei, dvs. hvordan den institusjonelle konteksten er en nødvendig del av meningsskaping. Den institusjonelle konteksten kan fungere som forberedelse for, redigerer av og utløser for meningsskapingprosesser (priming, editing, triggering). Aktørene skaper dermed ikke mening utenfor eller på tross av institusjoner/organisasjoner, men med/gjennom dem (Weber & Glynn 2011). Meningsskaping kan dermed påvirke strukturer, og strukturer kan påvirke meningsskapingprosesser, i et gjensidig, samkonstituerende samspill.

Meningsskaping kan handle om både å forstå en situasjon i et tilbakeskuende perspektiv og om å tolke situasjonen i et fremoverskuende perspektiv (Brown, Colville & Pye 2015). I vår studie forteller informantene om sine erfaringer med samhandling over tid – hvordan de forstår, tolker og skaper mening i situasjonen, men også, basert på sine erfaringer, hvordan de opplever at samhandling *bør* foregå fremover – eller, enda mer spesifikt, hva de opplever er viktig for at samhandling *skal kunne* foregå fremover.

## Bakgrunn, metode og materiale

Samhandling og Pasientforløp i Støpeskjeen (SPIS)-prosjektet er en del av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd. Gjennom en av arbeidspakkene i dette prosjektet har vi fulgt tre ulike case (samhandlingstiltak) i en toårsperiode, og sett på hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten samhandler innenfor temaet fedme og overvekt. Alle tre tiltakene har til felles at de ble initiert av Regionalt Senter for Sykelig Overvekt (RSSO), ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Vi har ikke selv deltatt i etablering eller utvikling av tiltakene. De tre tiltakene presenteres under.

Fedme, overvekt og relaterte sykdommer, som diabetes, er alvorlige internasjonale helseproblemer (WHO n.d.) og øker sterkt i omfang. Lidelsene er vanskelig å behandle fordi årsakene er komplekse, men viktig å håndtere fordi vektrelaterte helseproblemer koster den enkelte pasient og samfunnet mye (Helsedirektoratet 2011). Fedme, overvekt og relaterte sykdommer er i økende grad et felles ansvar for primær- og spesialisthelsetjenesten, og behovet for samhandling er sterkt.

”Utdanningsstillinger for fastleger i overvektpoliklinikk” (Case A) innebærer å tilby fastleger som ønsker spesialisering i allmenntidig medisin en midlertidig stilling ved RSSO. Siden oppstarten i 2010 har slike stillinger også blitt tatt i bruk ved Ålesund og Namsos Sykehus, samt at andre avdelinger ved St. Olavs Hospital også har etablert lignende ordninger. Hensikten med tiltaket er å tilby fastleger spesialisering i allmenntidig medisin innen fedme og overvekt, og å styrke samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste gjennom gjensidig kompetanseheving og felles utvikling av behandlingstilbud.

Kompetanseprogrammet ”Overvekt og Folkehelse” (Case B) ble initiert i 2007, og involverer i dag samarbeid mellom RSSO og 33 kommuner i Midt-Norge. Formålet er å bygge kompetanse på hvordan overvekt kan forebygges og behandles i primærhelsetjenesten og i samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Programmet inkluderer formidling av forelesninger (video-opptak), fysiske samlinger hvor deltagere fra kommunene møter hverandre og utvalgte foredragsholdere, og tilgang på informasjon, dokumenter, forskningsresultater eller søknadsmuligheter for prosjekter.



Tiltaket "Diabetessykepleier i kommune" (Case C) ble opprinnelig iverksatt ved to legekontorer i Midt-Norge i 2010, og etter ett år flyttet til et Distriktsmedisinsk Senter. Sykepleieren beholdt en deltidsstilling ved St. Olavs Hospital, i tillegg til at hun/han jobbet i primærhelsetjenesten. Den samme ordningen med Diabetessykepleier ble også iverksatt ved enda et DMS i 2013. Formålet med ordningen var å bringe spesialistkompetanse på diabetes nærmere pasientene, både gjennom et tettere samarbeid med fastleger og ved direkte kontakt med pasienter på Diabetesskole og gjennom konsultasjoner.

### **Metode og materiale**

Studien har en kvalitativ tilnærming (Silverman 2009), noe som gir mulighet for å få god innsikt i de ulike involverte sine perspektiver og hvordan tiltakene har endret seg over tid. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer med informanter fra alle tre tiltakene i 2012-2013, i tillegg til at vi deltok som observatører på diabetesskole og på samlinger i kompetanseprogrammet. De tre samhandlingstiltakene i denne studien ble utvalgt fordi de involverer helsepersonell fra ulike deler av spesialist- og primærhelsetjenesten og representerer tiltak hvor samhandlingen er godt i gang. Informantene har derfor gjort seg noen erfaringer som kan belyse hvordan samhandling både kan etableres og vedvare over tid. Fokus i både intervjuer og observasjoner var på samhandling som praksis og hva informantene hadde erfart var sentralt i å etablere og videreutvikle samhandling. Totalt har vi intervjuet 41 personer (se fordeling i tabell 1). Vi benyttet snøballmetodikk for å identifisere aktuelle informanter. I intervjuer med sentrale personer ba vi om navn på andre som kunne bidra med flere perspektiver. Fra et metodeståsted innebar dette at utvalget av informanter både ble bredt med hensyn til erfaring, og variert med hensyn til ulike roller og organisasjonstilknytning. Informantene omfatter hovedsakelig helsepersonell, men inkluderer også administrativt personale og pasienter, fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

-----Tabell 1 inn her-----

De som samhandler i vår studie er altså hovedsakelig helsepersonell (leger, sykepleier, fysioterapeuter m.m.) på begge tjenestenivå. I tiltakene samhandler disse om utveksling av kunnskap, utvikling av felles praksis og prosedyrer og om å spre kunnskap til pasientgruppen og befolkningen generelt. Vi har hatt et ønske om å ha med pasientintervjuer i det empiriske materialet, men det viste seg å være vanskelig å rekruttere pasienter. Vi har gjennomført noen pasientintervjuer, i tillegg til at vi har deltatt som observatører sammen med pasienter på diabeteskole. Pasientperspektivet er imidlertid ikke sterkt til stede i artikkelen og er noe vi kunne ønsket å fokusere mer på i senere forskningsprosjekter om samhandling i helsevesenet. Deltagelse i intervjuene var frivillig og presenteres her anonymisert. Intervjuene varte i 1-2 timer, og ble alle tatt opp elektronisk og skrevet ut i sin helhet. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Personvernombudet for Forskning har godkjent studien.

Med basis i det empiriske materialet utviklet vi fire kategorier som sammenfatter fellestrekk ved informantenes erfaringer med samhandling på tvers av alle de tre tiltakene. Informanter fra alle tiltakene var også til stede på et heldags arbeidsmøte hvor vi la frem foreløpige funn for validering og videre diskusjon våren 2014. Tilbakemeldingen fra deltagerne var at de kjente seg godt igjen i de fire kategoriene som presenteres i denne artikkelen, samtidig som kategorier/funn ble diskutert og videre utdypet av deltagerne på møtet. Diskusjonen i møtet ble loggført av fire assistenter, og inngår som en del av datamaterialet. I forkant av arbeidsmøtet analyserte begge forfatterne datamaterialet hver for seg før sentrale kategorier ble diskutert i fellesskap. Kategoriene ble i etterkant videreutviklet og raffinert med utgangspunkt i begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995).

## **Samhandling på tvers av grenser – etablering og vedlikehold**

Meningsskapingprosesser er utgangspunkt for videre handling (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005) – i vårt tilfelle *samhandling*. Vi har utviklet fire kategorier, basert på vårt empiriske materiale, som vi finner er sentrale forutsetninger for at samhandling skal gi mening i denne konteksten – dvs.

forutsetninger for å få til samhandling på tvers av grenser over tid. Kategoriene omhandler hvordan informantene forstår, tolker og definerer hvordan strukturelle omgivelser, kompetanseutvikling, likeverd, og forankring kan organiseres slik at samhandling gir mening. Vi vil presentere dem hver for seg før vi til slutt diskuterer dem i sammenheng og peker på mulige videre implikasjoner.

## Organisering av strukturelle omgivelser

De strukturelle omgivelsene som våre samhandlingstiltak forholder seg til påvirker hva som oppfattes som mulig å gjøre (Williams & Sullivan 2009). De kan representere hindringer for samhandling gjennom ulikheter i organisering, og forskjeller i økonomi-, informasjon-, og beslutningssystemer (Hellesø & Fagermoen 2010; Paulsen, Romøren & Grimsmo 2013). For å samhandle opplever informantene i vårt materiale at de må løse utfordringer knyttet til ansvar-, oppgave- og kostnadsfordeling, beslutningsprosesser og informasjonstilgang. Samhandlingen kan også vanskeliggjøres av etablerte profesjonsstrukturer. Den institusjonelle konteksten utløser meningsskapingsprosessen (Weber & Glynn 2011), fordi nye krav til samhandling gjør at eksisterende strukturelle omgivelser ikke lenger gir mening. For at samhandlingen skal fungere opplever de involverte derfor at de må forhandle og re-fortolke disse grensene slik at det gir mening å samhandle (Weick 1995).

En av våre informanter beskriver hvordan ulike strukturelle omgivelser kan skape hindringer for samhandling på denne måten:

«Jeg tror jo det er først og fremst disse skottene da, denne organiseringen av kommunalt og statlig, og budsjetter, og vi har vårt og dere har et eget system. Jeg tenker det er sånn der strukturelle ting som hindrer det. Jeg tenker jo på at vi allmennleger vi er jo privatpraktiserende, slik at vi har jo den offentlige biten, og den måtte jo kunne brukes [...] også i forbindelse med samarbeidet med sykehuset, ikke bare kommunale legetjenester, men at sånn som, for eksempel at en av fastlegene i kommunen kan ha spesielt ansvar for dem, oppfølgingen av de fedmeopererte da, i samarbeid med den lokale frisklivsentralen. Sånne

ting, at det må være mulig, og at man ikke har den regelen om at det skal være kommunalt som sådan, under kommunalt budsjett. » (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 1)

Informanten peker på at behovet for å definere hvor kostnaden skal plasseres gjør det vanskelig å utføre arbeid som man finner er fornuftig for å utføre gode helsetjenester. I dette tilfellet peker hun/han på at andelen andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen (7.5 t/per uke) ikke inkluderer arbeid som oppfølging av fedmeopererte som defineres som oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt oppgaver defineres som spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste kan også få konsekvenser for hvor mye inntekt det enkelte tiltaket kan få og hvor levedyktige tiltakene er. Når konsultasjoner defineres som spesialisthelsetjeneste kan man sitte igjen med en høyere sum enn når det er primærhelsetjeneste.

Ulik organisering påvirker også hvordan beslutninger tas og ressurser fordeles. Flere av informantene fra primærhelsetjenesten peker på at den kommunale budsjettprosessen er lang og tungvint, sett i kontrast til hvordan prioriteringer og avgjørelser fattes på et statlig sykehus. I samhandlingen kan slike forskjeller vanskeliggjøre samarbeidet, slik informanten her beskriver:

«... det er klart at kommuner og sykehus er bygd så forskjellig, sånn at når beslutninger skal tas så kan vi ikke bare si ja fra kommunehelsetjenesten, da må det gjennom ganske mange ledd, og det er den store forskjellen mellom foretak og kommuner da. Vi må igjennom den her mølla, så det er den store forskjellen som jeg opplever, som kan være en sånn bremsekloss i samarbeidet vårt, at ja, det kan vi kanskje, men vi må bare først ta noen avgjørelser litt lenger bort i huset. » (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 2)

Det er viktig for informantene fra primærhelsetjenesten at deres kollegaer fra spesialisthelsetjenesten forstår hvordan beslutningsprosessen er i kommunene. Flere peker på at

forventningene fra spesialisthelsetjenesten er for høye, og en av informantene beskriver det på denne måten:

«Men at det er en forventning der om at vi skal gjøre litt mer enn vi...makter per i dag i hvert fall. Det opplever vi nok. Det hører jeg jo mine som har vært på de her samlingene også som har hørt forelesninger og fått disse her forventningene. At de delvis har vært litt provosert for det høres så enkelt ut. At det må jo kommunen liksom lage tilbud for dem og dem og.. når det ikke tilføres ressurser da så står du jo i klemma. Du må bare smøre ressursene enda tynnere utover. Eller gape over mer. » (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Informanten peker på at ressursene er knappe. Løsningen for flere av informantene var å søke på prosjektmidler, slik at man kunne finne ressurser innenfor en tidsavgrenset periode. Prosjekter gir også større muligheter for å gå på tvers av strukturer. Derimot ble midlertidigheten i prosjektene ofte en utfordring på sikt, fordi selv om prosjekter ble vurdert som vellykkete, betydde ikke det at de automatisk ble videreført.

På tvers av de ulike samhandlingstiltakene påpeker informanter at de ser nytten av at helsepersonell utveksler erfaringer og får innsikt i hvordan ulike strukturelle omgivelser påvirker samhandlingen. Dette kan blant annet skje gjennom at man arbeider på begge steder, slik denne informanten beskriver:

«...det er veldig bra at det er en person som jobber i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, som på en måte vet litt fra [begge] verdener, og det tror jeg er en veldig stor styrke å ha med da. Så...men hvis man bare jobber i spesialisthelsetjenesten og den kliniske settingen så tror jeg det er vanskelig å se det, hvordan det er i primærhelsetjenesten. » (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 1)

For at samhandlingen skal gi mening (Weick 1995) må man altså utvikle gjensidig forståelse for de strukturelle rammene som både spesialist- og primærhelsetjeneste jobber innenfor, samt utvikle mekanismer for å overskride disse grensene. I to av våre case oppnådde man dette gjennom å opprette stillinger slik at helsepersonell fra både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kunne arbeide i tidsbegrensete engasjement eller deltidstillinger hos 'de andre'. Våre informanter uttrykker at slike stillinger har ført til økt kunnskap om hvordan man forholder seg til andre organisasjonsstrukturer og bidratt til at nye løsninger for samhandling har blitt utviklet.

Deler av de strukturelle omgivelsene, slik som tilgang på pasientinformasjon og etablerte profesjonsstrukturer, opplevde informantene at vanskeliggjorde samhandlingen, samtidig som de opplevde at dette var hindringer de måtte leve med. I praktisk pasientarbeid er tilgang på informasjon om pasienten nødvendig, men på grunn av hensynet til personvern og pasientrettigheter legger lovverket<sup>i</sup> begrensninger på mulighetene for å utveksle pasientopplysninger på tvers av virksomheter. En av våre informanter arbeidet med pasienter fra to ulike sykehus og flere ulike kommuner. Etter mange ulike forsøk med forskjellige løsninger, ble informanten sittende med to ulike datamaskiner og tilhørende skrivere på kontoret for å få tilgang til systemene hos de ulike virksomhetene. Han/hun hadde fortsatt ikke tilgang på pasientjournalene fra fastlegene, noe han/hun derfor måtte be om for hver enkelt pasient. Slike situasjoner innebærer at det blir vanskelig å få tilstrekkelig informasjon om pasienter, noe som kan påvirke pasientbehandlingen.

Ulike profesjoner representerer også strukturer som våre informanter opplever som hindringer for samhandling. Våre informanter forteller om eksempler hvor samarbeidet mellom behandlende lege og spesialiserte sykepleiere har vært vanskelig fordi legene har opplevd at sykepleieren beveger seg inn på deres eget domene, og påvirker pasient-lege relasjonen.

## **Organisering av kompetanseutvikling**

Endringer i helsevesenet over lang tid, samt innføringen av samhandlingsreformen, medfører nye krav til kompetanse. Samhandlingsreformen innebærer at noen oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og dette betyr at helsepersonell i

primærhelsetjenesten opplever endringer som kan føre til usikkerhet og tvetydighet, dvs. en situasjon hvor man må re-orientere seg og mening reforhandles (Weick 1995). Fra spesialisthelsetjenestens side uttrykkes det noen ganger bekymring for primærhelsetjenestens kompetanse (dvs. for om den er god nok), mens det fra primærhelsetjenestens side noen ganger uttrykkes frustrasjon over stadig å bli pålagt nye oppgaver uten at det følger ressurser med. For at samhandling på tvers av grenser i denne situasjonen skal fungere, må altså helsepersonell settes i stand til å utføre nye oppgaver, dvs. det må settes i gang ulike tiltak når det gjelder kompetanseutvikling. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver utfordringene knyttet til kompetanse på denne måten:

«...da så jeg jo fort at vi måtte bygge opp kompetanse i primærhelsetjenesten for at både vi skulle få en god behandling av pasienter på et tidligere tidspunkt, altså før de fikk BMI 40, men også at de skulle ha kompetent oppfølging etter, for eksempel kirurgi eller behandling av...Så det var et vakuum ute i primærhelsetjenesten. » (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 2)

Informanten beskriver et vakuum ute i primærhelsetjenesten, sett fra hans/hennes ståsted, når det gjelder behandling av fedme, og har gjennom deltakelse i et av samhandlingstiltakene hatt som målsetning å bygge opp kompetanse i primærhelsetjenesten. Basert på 'forberedelse', 'utløsning' og 'redigering' fra de institusjonelle omgivelser (Weber & Glynn 2006) kan altså situasjonen tolkes slik at for at samhandling med bedre pasientbehandling som målsetning skal gi mening (Weick 1995), må man utvikle kompetanse som gjør dette mulig. Det er imidlertid mange måter å drive kompetanseutvikling på, og informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten vektlegger at dette må være en gjensidig utvekslings- og utviklingsprosess. For at samhandling skal gi mening i denne konteksten (Weick 1995), må altså begge parter anerkjennes som kompetente og profesjonelle aktører og det blir viktig å ha tillit til og respekt for hverandre og hverandres kompetanse. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver hvordan de etter hvert lærte

mye av kommunene, og at det ikke bare var de i spesialisthelsetjenesten som skulle 'overføre' kompetanse til den andre parten i dette samhandlingstiltaket:

«Og det går ikke bare den veien, altså, vi får jo tilbake fra kommunene, så kunnskapen går jo begge veier her. Det er litt viktig at det er ikke bare vi som skal plante noe ut i kommunene, det er jo ikke det, men vi får jo tilbakemeldinger fra dem som vi kan ta med oss videre og. Ja, vi lærer jo litt hvordan hverdagen deres er, sant, for vi kan jo sitte her og ønske at pasientforløpet skal være sånn og sånn...[...]...men så får vi tilbake at, nei, vet du at sånn er det ikke i min kommune. Her har ikke vi en psykolog tilgjengelig, for eksempel, for man ser at det er det kanskje behov for. Men sånn er det ikke i kommunene, at det sitter psykologer i hver kommune og kan ta i mot. Så vi lærer jo det av dem.» (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 3 )

Informanten beskriver hvordan de lærer mer om hverdagen ute i kommunene og dermed kan ha større forståelse for deres verden og deres behov. 'Behov' definerer dermed samhandlingssituasjonen i større grad enn 'overføring' og 'planting' av kompetanse. Meningsskapingsprosesser som involverer aktører fra ulike organisasjoner/systemer er altså avhengig av at de ulike aktørene faktisk møtes og gjennom dette kan se hvordan de forstår seg selv og sine handlingsmuligheter. Denne forståelsen av at spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingstiltaket har lært at primærhelsetjenesten har et mye bredere fokus, og dermed ikke har spesialister tilgjengelig på alle områder, deles av flere informanter. Den gjensidige kunnskapsutviklingen og kompetansebyggingen gjelder imidlertid ikke kun forståelsen av hverandres verden, men også konkret, faglig utvikling på feltet – i dette tilfellet når det gjelder fedme. En av informantene fra primærhelsetjenesten beskriver utviklingen i tenkningen på denne måten:



«Vi så jo at de [spesialisthelsetjenesten] ikke hadde..., at de hadde bare sett på den feite dama, men ikke på hva hun hadde i hodet sitt som var best. Ikke sant. Og der har de nå skjønt at de har bommet litt...[...]...Det går veldig mye på hva annen ballast du har i hodet ditt altså. Så det har endret seg og så har de jo heldigvis begynt å se på de opererte nå da. For det er jo mye bekymringer, for det er jo veldig mange som detter tilbake, i forhold til det.»  
(Helsepersonell, primærhelsetjenesten 4 )

Informanten beskriver hvordan tenkningen har gått fra et ensidig fokus på selve overvekten og hvordan den kan behandles til et bredere fokus hvor også psykologiske faktorer gis stor betydning. En slik bredere tenkning karakteriserer primærhelsetjenesten, og kan kanskje tas som et tegn på at tenkning fra denne parten har påvirket den mer diagnosepregede tilnærmingen i spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingstiltaket. Dette støttes også opp av andre informanter, som vektlegger at «veien har blitt til underveis» og at kommunene har vært en viktig del og part av dette arbeidet og at det gjennom denne aktiviteten har blitt utviklet ny kunnskap. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten uttaler om den gjensidige kompetanseutviklingen i tiltaket at «det er ikke en lærebok du kjøper, det er en lærebok du utvikler», dvs. kompetanseutvikling skal ikke bare bety å møte opp på et kurs uten å selv aktivt delta i utforming, utvikling og videreføring. Aktiv deltakelse fra alle parter vektlegges altså som viktig for kompetanseutviklingen. Begge parter i alle våre tre samhandlingstiltak peker også på at de ulike tiltakene (i ulik grad) faktisk har ført til reell kompetanseutvikling og konsekvenser for praksis. I et av tiltakene har eksempelvis konsekvensen vært at det har blitt utviklet nye, felles rutiner og prosedyrer på tvers av tjenestenivåene når det gjelder behandling av en spesifikk pasientgruppe.

Kompetanseutvikling må knyttes opp mot lokal praksis som ulike typer helsepersonell er del av eller skal tilbake til, dvs. for at kompetanseutvikling skal bidra til samhandling over grenser, så må den gi mening for lokal praksis (Weick 1995). En informant fra primærhelsetjenesten peker på hva som skjer når de ikke lenger klarer å knytte konkret aktivitet lokalt i kommunen opp mot det de lærer gjennom et av våre samhandlingstiltak:

«Når vi ikke hadde noe tiltak så følte vi ikke at det var så relevant med den deltakelsen lenger. Selv om vi tenkte jo at dette her er jo... ja, at det skjedde mye kompetanseheving og kompetanseutvikling som vi absolutt skulle ha fått med oss. For vi tenkte jo at dette her kommer jo til nytte senere en gang. Dette er jo noe vi trenger å kunne og vite noe om. Men det var noe med at vi...når det ikke var noe aktivitet i kommunen vår da, på det området, så klarte ikke vi og...ja, prioriterte ikke det.» (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3 )

Informanten påpeker altså hvor viktig det er at kompetanseutvikling har sammenheng med konkret aktivitet i lokal praksis. Selv om de ser nytteverdien av det som gjennomgås i tiltaket, så er det vanskelig å prioritere det når det ikke får noen umiddelbare konsekvenser i deres egen kommune.

## Organisering av likeverd

Utfordringer knyttet til det å få til samhandling på tvers av grenser kan forsterkes på grunn av ulikheter i status og makt (Gittel & Weiss 2004; Vangen & Huxham 2003). Denne type ulikheter mellom partene kan også gjøre det vanskeligere å bygge tillit (Vangen & Huxham 2003). Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten blitt oppfattet som en mektigere part enn primærhelsetjenesten innenfor det norske helsevesenet, og det blir derfor viktig å oppleve likeverd for å få til samhandling mellom disse partene. Hvis partene i en samhandlingssituasjon tolker hverandre som likeverdige, dvs. det er den mening som skapes i situasjonen (Weick 1995), ser det ut til at dette er positivt for samhandlingen. Weick, Sutcliffe & Obstfeld (2005:216) beskriver at “who we think we are (identity) as organizational actors shapes what we enact and how we interpret, which affects what outsiders think we are (image) and how they treat us, which stabilize or destabilize our identity”. I vår sammenheng kan dette innebære at hvis primærhelsetjenesten ser seg selv som en likeverdig partner, påvirker det spesialisthelsetjenestens forståelse av dem som en likeverdig partner – og omvendt.

Informantene i vårt materiale fremhever at opplevelsen av å være likeverdige parter er noe som har endret seg over tid, både før samhandlingsreformen, i prosessen hvor den ble innført og nå relativt kort tid etter at den er innført. Helsepersonell fra primærhelsetjenesten beskriver at de før i større grad opplevde at spesialisthelsetjenesten var den parten som 'bestemte', og kom med 'bestillinger', og at de bare måtte forholde seg til de føringene som ble gitt. De opplevde også i større grad at kommunikasjonen ikke fungerte godt og at spesialisthelsetjenesten hadde lite kjennskap til hverdagen ute i kommunene. Flere peker på at det fortsatt eksisterer utfordringer knyttet til dette, og en av informantene beskriver det på denne måten:

«Når det gjelder spesialisthelsetjenestens kunnskap om hvordan en kommune fungerer, så er det vel kanskje...Ja, det er ikke bare for oss å kaste det vi har i hendene og brette opp ermene og jobbe kun med overvektige. Fordi vi jobber på en helt annen måte i kommunen. Så en kan kanskje tenke seg at spesialisthelsetjenesten ser jo gjennom sine briller, mens vi er nødt til å forholde oss til virkeligheten ute her da. [...] Det er jo her det kanskje har vært litt frustrasjon gjennom årene da, at kommunene har opplevd at det forventes mye da fra spesialisthelsetjenesten» (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 5 )

Informanten peker på at det fortsatt er utfordringer knyttet til samhandling og kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, hvor de opplever at spesialisthelsetjenesten kommer med sine perspektiver på hvordan pasientbehandling skal foregå uten å kjenne til hvordan situasjonen er i kommunene og hva som er mulig å gjøre der. Denne opplevelsen deles av flere, men det er også flere som fremhever at denne situasjonen har endret seg de siste årene. En av informantene fra primærhelsetjenesten beskriver endringer over tid i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten på denne måten:

«Jeg føler ikke det er problematisk. Jeg vil si at i det siste har vært en utvikling, de siste to, tre årene, generelt, på all type samhandling, med at man blir møtt med en type forståelse som var litt mer låst bare for to, tre år siden. To, tre år siden så var det litt merkelige ting som

kunne foregå, jeg føler ikke helt sånn nå, når vi snakker nå, så er det mer dialogbasert allerede enn det var bare for kort tid siden.» (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 6 )

Informanten uttrykker at det nå er en mer dialogpreget relasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten enn for bare noen få år siden. 'Dialog' blir altså den tolkningen som definerer samhandlingssituasjonen i stedet for 'bestilling'. En viktig forutsetning for å få til denne dialogen og opplevelsen av likeverd, er å kjenne hverandres verden bedre. Informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten peker på at det er viktig å bli kjent med hverandre, finne møteplasser og utvikle gjensidig tillit og gjensidig forståelse for hverdagen hos den andre parten.

En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver hvordan den gjensidige tilliten kan bygges på denne måten:

«Den bygges med at man har kontakt og at man skjønner hva folk har behov for. At man ikke kommer ut [i kommunene] og sier at det her og det her, det må dere bare lære, også treffer du ikke i det hele tatt, de ser ikke det behovet. Så du må treffe. Hvis du kan medvirke til å gjøre hverdagen lettere og bedre for folk, så treffer du. Og hvis du medvirker til at folk lærer noe som de synes er viktig å kunne, så treffer du. Så det må være noe som folk synes er meningsfylt også. Men jeg tror også at det er dialog, at gjensidig respekt for hvert sitt ståsted tror jeg er kjempeviktig, så det ikke blir sånn eneoverføring.» (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 2 )

Informanten peker på betydningen av å ha kontakt med hverandre, dialog og gjensidig respekt for ulike utgangspunkt hos de ulike partene. Dette er måter opplevelsen av likeverd kan organiseres på for at det skal gi mening å samhandle i denne situasjonen.

## Organisering av forankring

Forankring fremstår som en viktig forutsetning for at samhandling skal vedvare over tid. I alle våre samhandlingstiltak var enkeltindivider tydelig viktige for etablering av tiltaket og for å skape engasjement. Våre informanter kaller dem ildsjeler. Andre steder defineres disse som grensearbeidere, eller 'boundary spanners' (Mørk m.fl. 2012; Levina and Vaast 2005), fordi de engasjerer seg i å utvikle ny praksis på tvers av ulike organisasjoner. Ildsjelene i våre tiltak er både kultivatorer og katalysatorer av samhandling. De utvikler nettverk utenfor egen organisasjon gjennom at de synliggjør et felles behov for samhandling og internt ved at de skaper muligheter for sine kollegaer til å ta del i nettverket. Slike ildsjeler er ofte sett på som uerstattelige i samarbeidet, til det punkt at samarbeidet kan forvitte om de erstattes av noen andre (Huxham & Vangen 2000). Selv om enkeltpersoner har stort engasjement, som kan være viktig for *etableringen* av samhandling, må også tiltak gi mening for flere (Weick 1995) for å få en solid forankring *over tid*. Våre informanter er derfor opptatt av å mobilisere andre og å etablere tiltaket i gjeldende strukturer, noe som kan gjøre samhandlingen mer permanent og mindre sårbar.

Alle våre samhandlingstiltak var opprinnelig organisert som midlertidige prosjekter. Dette kan føre til at samhandlingstiltak man har brukt mye tid og arbeid på å utvikle enten forvitret eller må utvikles på nytt for å kunne fortsette i en annen form (Vangen & Huxham 2003:21). En av informantene beskriver hvordan dette skjedde med et av kommunens igangsatte tiltak:

«Ledelsen hadde jo på en måte godkjent at vi skulle være med i det prosjektet her, men det var ikke en god plan for overgangen fra et prosjekt til å bake det inn i ordinær drift. [...] Så det var en nedtur altså, virkelig, så det tror jeg er veldig viktig sånn...når man går i gang med prosjekter og sånn at man har en veldig klar plan for videre.» (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Å organisere forankring kan handle om at tiltaket ikke fremstår som et enkelt, isolert tiltak, men at det faller under flere likelydende aktiviteter. En av informantene beskriver dette slik:

«...fram til nå så har det jo på et vis vært knyttet opp i mot ei arbeidsgruppe som har sittet og jobbet litt sånn på sidelinjen av det folkehelsearbeidet som har vært gjort og kanskje ikke vært...det har ikke kanskje vært dratt med i det helhetlige folkehelsearbeidet som gjøres i kommunen, men at det har vært mer et prosjekt som har pågått. [...]...Du får litt mer rotfeste når du får det inn i planarbeid og at det her skal være noe som skal drives videre og at en...forplikter seg på et vis til å ha et slikt tilbud. For per i dag så er det jo ingen som har forpliktet seg til å videreføre den her gruppen. Det har jo mer vært bare tilknyttet den her arbeidsgruppen og de tjenestene som har vært inne og jobbet. Eller gruppene. Så en kan tenke seg det at...hvis at enkeltpersoner slutter eller får andre arbeidsoppgaver så kan det her være noe som ramler bort i behovet for å flytte ressursene over på noe annet som må prioriteres. Så det vil jo være en kjempefordel og en stor styrke hvis en da får det her arbeidet inn i plan og får det inn i det systematiske arbeidet som gjøres i kommunen. »  
(Helsepersonell, primærhelsetjenesten 7)

Informantene i flere av våre samhandlingstiltak beskriver at de i lang tid hadde fokus på de faglige problemstillingene i tiltaket, men at det etter hvert ble klart at for å sikre videreføring var det nødvendig å forstå det politiske systemet i kommunen. En av informantene beskriver hvordan dette var en felles problemstilling for flere av de hun/han møtte fra ulike kommuner, og hvordan hun/han opplevde sin egne forutsetninger for å få dette til:

«[I en kommune] var det [navn] som er fagansvarlig og hun har jo mye mer erfaring i forhold til administrativt arbeid. Jeg var jo på en måte en vanlig fysioterapeut, en fagarbeider ikke sant, som på en måte var opptatt av faget og gruppen og brukeren og sånn. Sånn at hun kanskje hadde helt andre forutsetninger enn meg for å jobbe internt i egen kommune med og på en måte synliggjøre det for sin leder som da kunne bringe det inn til rådmann som så kunne.. » (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Når informantene våre tolker situasjonen i et framoverskuende perspektiv opplever de forankring som en viktig forutsetning for at samhandlingen skal kunne vedvare over tid. Dette innebærer blant annet at det å forstå og påvirke det politiske systemet (i kommunene) inkluderes som del av meningsskapingsprosessen og som en forutsetning for å få til samhandling. For at samhandling skal gi mening, også over tid, re-fortolkes dermed helsepersonell sin rolle også i andre systemer enn det rent helsefaglige.

## Diskusjon og konklusjon

Endringer i omgivelsene til de ulike aktørene innenfor helsetjenestene, blant annet gjennom innføringen av samhandlingsreformen, gjør at det stilles nye krav til samhandling (Scott m.fl. 2000). Dette betyr at mening reforhandles (Weick 1995), dvs. aktørene må finne ut hvordan de skal forstå og handle ut fra den nye situasjonen. Meningsskapingsprosesser mellom aktører fra ulike organisasjoner/systemer er kanskje enda mer komplekse enn mellom aktører i samme organisasjon, siden aktører i slike løst koblede systemer (Orton & Weick 1990) ikke nødvendigvis har samme referanseramme. Vi har i denne artikkelen presentert fire kategorier som vi, på bakgrunn av vårt empiriske materiale, finner er sentrale forutsetninger for at det skal gi mening å samhandle på tvers av organisatoriske grenser innenfor helsetjenesten over tid. Vi har altså undersøkt hvordan aktørene, gjennom meningskapingsprosesser 'forberedt', 'redigert' og 'utløst' (Weber & Glynn 2006) av de forventningene samhandlingsreformen medfører, tolker sine (sam)handlingsmuligheter, dvs. både hvordan de besvarer spørsmålet 'what's the story?' og spørsmålet 'now what?' (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005). Aktørene i våre tiltak skaper mening ut fra tidligere erfaringer og antakelser om fremtiden, gjennom interaksjon med andre – inkludert med aktører på 'den andre siden' – som igjen legger grunnlaget for kollektiv (sam)handling.

*Strukturelle omgivelser* tolkes som å representere både muligheter og utfordringer for samhandling. Informantene uttrykker at det ofte er utfordringer knyttet til ulikheter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det gjelder bruk av og tilgang på ulike informasjonssystemer,

finansiering og ressurser, profesjongrensar og ulike beslutningssystemer. De finner likevel ofte løsninger for å få til samhandling, for eksempel delte stillinger, og de lærer seg å bruke strukturer på en hensiktsmessig måte for å få til det de ønsker å oppnå. Struktur blir dermed noe som det *forhandles* om ut fra interaksjon mellom aktørene og den mening de gir til situasjonen.

*Kompetanseutvikling* som forutsetning for å få til samhandling på tvers av grenser handler om å settes i stand til å utføre nye oppgaver, om tillit og respekt for hverandres kompetanse, om gjensidig utvikling av kompetanse gjennom å være aktiv deltaker og at kompetanseutvikling skal få konsekvenser for egen praksis. Fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten trekkes det frem at man har fått større forståelse for at fedme og diabetes er komplekse lidelser og at det derfor er nødvendig å samhandle på tvers av sektorer og nivå i helsevesenet. Det gir altså *mening* for aktørene å samhandle (Weick 1995) når kompetanse og kompetanseutvikling defineres og organiseres på denne måten.

Opplevelsen av *likeverd* er noe informanter i vårt materiale definerer som viktig for at samhandlingen skal fungere. De beskriver en utvikling over tid, hvor kommunikasjon og dialog har blitt bedre, selv om det fortsatt finnes utfordringer knyttet til eksempelvis forventninger fra spesialisthelsetjenesten overfor kommunene. Informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten legger vekt på at det er viktig å kjenne hverandres verden for å bygge tillit, respekt og forståelse. Det blir sentralt å *oppleve* likeverd, dvs. at det ikke bare er noe som står på papiret. Når aktørene tolker hverandre som likeverdige, gir det altså mening å samhandle på tvers av grenser (Weick 1995). Likeverd kan derfor også sies å være noe som *forhandles* (Weick 1995). De nye kravene fra omgivelsene som bidrar til å aktualisere behovet for samhandling (Scott m.fl. 2000), kan medføre at den tradisjonelt mektige spesialisthelsetjenesten i mindre grad kan opptre som den som 'bestemmer'. Denne situasjonen gjør at aktørene må forhandle om hvordan de ser på hverandre og skal forholde seg til hverandre – mening reforhandles (Weick 1995). Gjennom å bli kjent med hverandres verden kan de få mer tillit og respekt for hverandre, og dermed eventuelt bygge et mer likeverdig forhold.



Våre informanter fremhever at det er viktig at samhandlingstiltak *forankres* i en større helhet for å kunne vedvare over tid. Dette kan bety forankring i kommunale planer, i større satsninger (for eksempel innenfor folkehelsearbeid), i kommunesamarbeid og gjennom å få flere personer involvert. Ildsjeler har ofte stor betydning for igangsetting og engasjement i samhandlingstiltak, men det blir sårbart over tid hvis ikke tiltaket forankres hos flere. Deltakelse i tiltaket må altså gi mening for flere i den lokale praksisen (Weick 1995).

Meningskapingsprosesser er mikro-prosesser som kan skape makro-endringer over tid (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005). Dette betyr at meningskapingsprosesser blant aktører på mikro-nivå kan skape endringer i samhandlingsmønstre på makro-nivå over tid, dvs. det skapes nye strukturer og nye måter å organisere på som gjør forutsetningene for å få til samhandling på tvers av grenser bedre. Aktørene skaper det de tolker (Brown, Colville & Pye 2015; Weick 1995), dvs. hvis aktørene tolker at samhandling er mulig og gunstig, at samhandling gir mening, *skapes* samhandling.

Samhandling innebærer komplekse, arbeidskrevende og dynamiske prosesser *over tid*. Samhandlingstiltakene i vår studie initieres av ildsjeler som skaper entusiasme for tiltaket i egen organisasjon og hos andre. Prosjektformen benyttes ofte som ramme for å etablere tiltaket på tvers av organisatoriske grenser. Denne løsningen møter imidlertid utfordringer når prosjektmidler tar slutt eller sentrale personer forsvinner. For å kunne videreføre arbeidet som er igangsatt peker informantene derfor på betydningen av å skape strukturer for å få til *vedlikehold* av samhandling etter den entusiastiske etableringsfasen. Ildsjeler, og institusjonelle omgivelser, kan 'utløse' samhandling, men hvis tolkningen om at samhandling gir mening kun deles av én eller noen få aktører, vil det være vanskelig å få til kollektiv (sam)handling. Når flere tolker situasjonen på samme måte, skapes felles mening, og når 'historien' om at det gir mening å samhandle gjentas over tid, blir denne 'historien' sterkere. Den relateres til tidligere erfaringer, kobles til betydningsfulle identiteter, og blir brukt som utgangspunkt for videre handling og tolkning (Weick, Sutcliffe & Obstfeld 2005). Gjennom meningskapingsprosesser kan altså samhandling både etableres og vedlikeholdes som meningsfull praksis i daglig arbeid.

## Referanser

Axelsson, Runo & Susanna Bihari Axelsson (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 21 (1): 75-88.

Brown, Andrew D., Ian Colville & Annie Pye (2015). Making sense of sensemaking in *Organization Studies*. *Organization Studies* 36(2): 265-277.

Cameron, Alisa, Rachel Lart, Lisa Bostock, & Caroline Coomber (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. Research Briefing nr. 14. Social Care Institute for Excellence. London.

<http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing41.pdf>

Carlsen, Benedicte & Hogne Lerøy Sataøen (2013). «Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet»: helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier* 15(1):29-54.

Gittel, Jody Hoffer & Leigh Weiss (2004). Coordination networks within and across organizations: a multi-level framework. *Journal of Management Studies* 41(1):127-153.

Glouberman, Sholom & Henry Mintzberg (2001). Managing the care of health and the cure of disease – part II: Integration. *Health Care Management Review* 26(1): 70-84.

Grimsmo, Anders, Kirchhoff, Ralf & Turid Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, xx(x): xx – xx.

Hellesø Ragnhild & May Solveig Fagermoen (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses; implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care* 10.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009).

Helsedirektoratet (2014). *Utredning av "en innbygger – én journal"*. IKT utfordringsbilde i helse og omsorgssektoren. Oslo, Norge.

Holen-Rabbersvik, Elisabeth, Tom Roar Eikebrokk, Rune Werner Fensli, Elin Thygesen og Åshild Slettebø (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research* 13:451.

Huxham, Chris & Siv Vangen (1996). Working together: key themes in the management of relationships between public and non-profit organizations. *The International Journal of Public Sector Management* 9(7): 5-17.

Huxham, Chris & Siv Vangen (2000). Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration. *Human Relations* 53(6):771-806.

Kerosuo, Hannele (2006). *Boundaries in action. An activity-theoretical study of development, learning and change in health care for patients with multiple and chronic illnesses*. PhD dissertation. University of Helsinki. Helsinki: Helsinki University Press.

Kodner, Dennis L. & Cor Spreeuwenberg (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2.

Leutz, Walther N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and United Kingdom. *The Milbank Quarterly* 77(1).

Martinussen, Pål E. (2013). Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 41: 874-882.

Mørk, Bjørn E., Thomas Hoholm, Eva Maaninen-Olsson & Margunn Aanestad (2012). Changing practice through boundary organizing: A case from medical R&D. *Human Relations* 65(2): 263-288.

Orton, J. Douglas & Karl E. Weick (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15(2):203-223.

Paulsen, Bård, Tor Inge Romøren & Anders Grimsmo (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care* 13.

Paulsen, Neil & Tor Hernes (2003). Epilogue: a reflection and future directions. I: Neil Paulsen & Tor Hernes, red. *Managing Boundaries in Organizations: Multiple Perspectives*. Houndmills: Palgrave Macmillian.

Petrakou, Alexandra (2009). Integrated care in the daily work: coordination beyond organisational boundaries. *International Journal of Integrated Care* 9.

Røsstad, Tove, Helge Garåsen, Aslak Steinsbekk, Olav Sletvold & Anders Grimsmo (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Service Research* 13:121.

Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel & Carol A. Caronna (2000). *Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care*. Chicago: The University of Chicago Press.

Scott, W. Richard (2008). *Institutions and organizations: ideas and interests*. Thousands Oaks: Sage Publications.

Silverman, David (2009). *Doing Qualitative Research*. Third Edition. Thousands Oaks: SAGE Publications.

Vangen, Siv & Chris Huxham (2003). Nurturing Collaborative Relations Building Trust in Interorganizational Collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science* 39(1), 5–31.

Van Raak, Arno, Ingrid Mur-Veeman & Aggie Paulus (1999). Understanding the feasibility of integrated care: A rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *International Journal of Health Planning and Management* 14:235-248.

Weber, Klaus & Mary Ann Glynn (2011). Making sense with institutions: context, thought and action in Karl Weick's theory. *Organization Studies* 27(11): 1639-1660.

Weick, Karl E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousands Oaks: SAGE Publications.

Weick, Karl E., Kathleen M. Sutcliffe & David Obstfeld (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science* 16(4): 409-421.

WHO | Obesity: preventing and managing the global epidemic. (n.d.). Lastet ned November 6, 2014, fra [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en)

Williams, Paul & Helen Sullivan (2009). Faces of integration. *International Journal of Integrated Care* 9.

Winthereik, Brit Ross & Signe Vikkelsø (2005). ICT and integrated care: Some dilemmas of standardizing inter-organisational communication. *Computer Supported Cooperative Work* 14(1): 43-67.

Tabell 1: Intervjuer og informanter

	Intervjuer	Informanter	Deltagere fasilitert arbeidsmøte
<b>Case A</b>	12	12	3
<b>Case B</b>	9	12	7
<b>Case C</b>	13	15	1
<b>Andre<sup>1</sup></b>	1	2	4
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>41</b>	<b>15</b>

---

<sup>i</sup> Pasientrettighetsloven §4-1, §3-2, §3-6, og Helsepersonelloven kap. 5. Ny forskrift er på høring høsten 2014 for å øke mulighetene for å utveksle pasientopplysninger mellom ulike tjenestetilbydere.

---

<sup>1</sup> Dette er personer som ikke var involvert direkte i noen av casene, men som er godt kjent med dem på et overordnet strategisk og administrativt nivå.