

## KAPITTEL 8

# Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen

*Ragnhild Hellesø*

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

*Merete Lyngstad*

Norsk Sykepleierforbund

*Berit Brattheim*

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

*Line Melby*

SINTEF Digital og Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

**Sammendrag:** I dette kapitlet viser vi hvordan sykepleiere i sykehus oppfatter at samhandlingen og informasjonsutvekslingen med kommunehelsetjenesten har endret seg over tid. Teoretisk bygger kapitlet på samhandlingsteorier. Intervjuer med 42 sykepleiere i tre tidsperioder er samlet inn og analysert. Analysen viser at det har skjedd en stor endring i hvordan informasjon blir utvekslet. Endringen kjennetegnes med tre forhold: fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og elektronisk informasjonsutveksling til en hovedvekt på elektronisk informasjonsutveksling. Videre finner vi at samarbeidsklima mellom sykehus og kommunen har endret seg.

**Nøkkelord:** samhandling, sykepleieres informasjonsutveksling, longitudinell studie, digitalisering

Sitering av dette kapitlet: Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 153–176). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>

Lisens: CC BY 4.0

**Abstract:** This chapter seeks to elucidate hospital nurses' experiences with how their collaboration and information exchange with municipal health services has changed over time. Theoretically, the chapter builds on interaction theories. Interviews with 42 nurses for three periods of time have been collected and analyzed. Analyses show that major changes in how information is exchanged has taken place. The changes are characterized by three aspects; from being completely paper-based, having a hybrid form with both paper and electronic information exchange to a main emphasis on electronic information exchange. Furthermore, the collaboration culture has also changed.

**Keywords:** integrated care, nurses' information exchange, longitudinal study, digitalization

## Innledning

I dette kapitlet setter vi søkelyset på hvordan samhandlingsprosessene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut, har endret seg før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført. Sykepleierne har en sentral rolle i utskrivingsplanleggingen når pasienter trenger kommunale helsetjenester etter et sykehusopphold (Allen, 2015; Hellesø, Sorensen & Lorensen, 2005; Vik, 2018). Manglende tilgang til gode systemer for informasjonsutveksling i helsetjenesten kan føre til redusert kvalitet i pasientomsorgen og merarbeid og frustrasjon for helsepersonell (Melby, Toussaint & Hellesø, 2014).

Myndighetenes mål er at pasientene skal oppleve at helsetjenestene er sammenhengende og preget av kontinuitet og trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er også etterspurt av både pasienter og helsepersonell (Hestevik, Molin, Debesay, Bergland & Bye, 2019; Wibe, Hellesø, Slaughter & Ekstedt, 2011).

En stadig økende spesialisering er en av årsakene til at det er behov for å bedre samhandlingen i helsetjenesten. Dette har ført til at pasienter møter en fragmentert og uoversiktlig helsetjeneste. Stadig flere pasienter må forholde seg til mange ulike helse- og omsorgstjenester med mange forskjellige helsepersonellgrupper for å få nødvendig helsehjelp. En annen årsak til samhandlingsutfordringene er at det over år har skjedd en nedbygging av døgnkapasiteten i sykehus med kortere liggetid og raskere overføring til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at kommunene i større grad må ivareta pasienter med mer avanserte og komplekse behov (Melby, Obstfelder & Hellesø, 2018). Det er en

generell trend at befolkningen skal få sine helsetjenester nær eller i eget bosted – det vil si i kommunene – for å sikre tilgjengelige, koordinerte og helhetlige tjenester. Det forventes at endringen fra mer sykehusbaserte til kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til økt kostnads-effektivitet og bedre ressursutnyttelse (Starfield & Shi, 2002). Det har også vokst fram en erkjennelse av at den sykdomsspesifikke modellen som helsetjenesten har vært organisert etter, ikke lenger er hensiktsmessig for å ivareta en økende andel pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer (Grimsmo, 2018). Organiseringen har hatt enkeltepisoder av sykdom og på akutte hendelser i fokus, ikke på de pasientene som har behov for samhandling mellom aktørene (Goodwin, Stein & Amelung, 2017). Men det skjer nå en endring av dette tankegodset – både internasjonalt og nasjonalt – der det satses på å utvikle mer helhetlige og sammenhengende tjenester for pasienter med behov for koordinerte tjenester (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson & Saltman, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Vik, 2018).

Nasjonalt ble oppmerksomheten om samhandlingsproblemene satt tydelig på dagsordenen i den offentlige utredningen «Fra stykkevis til helt» (NOU 2005: 3, 2005). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er oppfølgeren av denne utredningen, og løsninger for å bedre samhandlingen mellom ulike nivå i helsetjenesten og mellom ulike aktører har skutt fart etter at stortingsmeldingen ble lagt fram. Særlig ble det i meldingen pekt på behovet for bedring i samhandlingen mellom sykehus og kommunene hvor god informasjonsflyt og bruk av IKT ble lansert som sentrale virkemidler.

For at helsepersonell skal sikre gode helsetjenester til pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester, er det avgjørende at de har tilgang til relevant, nøyaktig og korrekt informasjon til rett tid (Kripalani et al., 2007). Likevel får ikke alltid helsepersonell nødvendig informasjon for å følge opp pasientene. Helsepersonell bruker derfor mye tid på å innhente nøyaktig og relevant informasjon om pasientene (Gronroos & Perala, 2005; Hellesø, Lorensen & Sorensen, 2004; Melby, Brattheim & Hellesø, 2015; Melby & Hellesø, 2010). En utfordring er at helseinformasjonen om pasientene er lagret i atskilte pasientjournalssystemer i de ulike helsetjenestene, og at disse ikke er integrert med

hverandre. Det skaper ikke bare problemer for helsepersonells tilgang på informasjon om pasientene, men også for pasienter som opplever at helsetjenesten består av separate siloer som ikke samhandler. Mange pasienter opplever derfor at de må koordinere egen helsehjelp og sørge for at informasjonen kommer fram til riktig mottaker (Hellesø, Eines & Fagermoen, 2012; Wibe et al., 2011).

For å gjøre samhandlingen lettere lanserte helsemyndighetene strategier for bruk av IKT i samhandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og de etablerte det såkalte meldingsløftet som varte fra 2010–2011 (Helsedirektoratet, 2011). Deretter ble oppgavene overført til Helsedirektoratet.

Innføring av elektroniske meldinger som verktøy for å samhandle både horisontalt, dvs. mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastleger, og vertikalt, dvs. mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste, ble utviklet og innført. Som et resultat av dette erfarte sykepleiere i kommunen at tilgjengeligheten til pasientenes fastleger ble lettere når de kunne kommunisere ved hjelp av elektroniske meldinger (Lyngstad, Melby, Grimsmo & Hellesø, 2013; Melby & Hellesø, 2014). Også sykepleiere i sykehus og kommunen mente at bruk av elektroniske meldinger har gitt bedre tilgang til informasjon og dermed bedret pasientsikkerheten. Men innføring av elektroniske meldinger medfører at helsepersonell må etablere rutiner og systemer for hvem som er ansvarlige for å opprette, sende, motta og følge opp meldinger (Melby et al., 2015). Det er også studier som antyder at samhandlingen har blitt forverret etter samhandlingsreformen (Gautun, Martens & Veenstra, 2016). Det er derfor interessant å få en dypere innsikt i hvilke endringer som har skjedd over tid i måten samhandlingen foregår på for de pasienter som trenger oppfølging av kommunale tjenester etter utskrivelsen fra sykehus.

## **Teoretiske perspektiver**

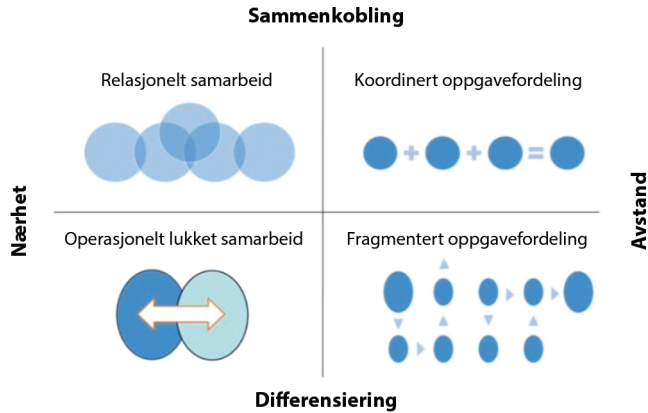
Å gi en enhetlig og god definisjon på hva samhandling er, har vist seg å være vanskelig. Det norske begrepet samhandling finnes for eksempel ikke i engelsk litteratur. I den internasjonale litteraturen brukes ofte

begrepet «integreerte helsetjenester». Det er også flere definisjoner på hva integrerte tjenester er. Spør man pasienter og helsepersonell hva som betyr noe, er det følgende forhold: Helse- og omsorgstjenestene må være integrerte rundt pasienters behov. Og det må være et særlig søkelys på planlegging, overganger mellom institusjoner og tjenester, god kommunikasjon og informasjon. Det må også være opplevelse av felles beslutningstaking mellom pasienter og helsepersonell mot avklarte mål og resultater (Goodwin et al., 2017).

En måte å forstå hva integrerte helsetjenester er, har vært å beskrive begrepet på ulike nivåer som mikro-, meso-, og makronivå (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013). På mikronivå – som er det individuelle nivået – handler det om å sørge for at informasjon om enkeltpasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en slik måte at helsetjenesten oppleves å henge sammen og å være personorientert. På mesonivå – det vil si det organisatoriske nivået – handler det om å utvikle hensiktsmessige retningslinjer og organisering slik at helsetjenesten kan sikre kontinuitet og gi helhetlige og sammensatte helsetjenester for pasienter. Det betyr også at nødvendig kompetanse, roller, mandat og ansvar må være tydelig og avklart. Makronivået handler om å sikre rammer og system for samhandling, som for eksempel lovverk og sentrale føringer. Samhandlingsreformen er et eksempel på styringssystem der myndighetsforventningene til helsetjenesten kommer til uttrykk. Denne nivåinndelingen viser at problemet med å forstå samhandling på en enkel og entydig måte ikke er mulig, og at man må erkjenne samhandlingens kompleksitet (Goodwin et al., 2017). Men systematiseringen kan være til hjelp for å forstå hva man må arbeide med for å forbedre samhandlingen.

En annen måte å beskrive samhandling på finner vi i Viks (2018) samhandlingstypologi, som presenterer fire former for samhandling (figur 1). Denne typologien kan forstås som en utdyping av mesonivået. Den reflekterer et funksjonelt perspektiv på hvordan samarbeidende helsepersonell fordeler oppgaver langs to dimensjoner.

Den ene dimensjonen er at samhandlingen skjer langs et kontinuum mellom nærhet og avstand. Den andre dimensjonen er et kontinuum mellom sammenkobling og differensiering. Innenfor disse to



**Figur 1.** Samhandlingstypologi (brukt med tillatelse fra Erlend Vik).

dimensjonene er det ulike kjennetegn ved samhandlingen. En form er *relasjonelt samarbeid*. Her kjennetegnes relasjonen mellom samarbeidspartene av «interaksjon, likeverdighetstankegang og respekt» (Vik, 2018) (s. 133). Å få til en slik samhandling forutsetter at samarbeidspartene har mulighetene for å ha møteplasser hvor aktørene kan møtes fysisk. Når samhandlingsformen er *operasjonelt lukket samarbeid*, opplever partene at kan det være vanskelig å finne konsensus i samarbeidet og at samarbeidet kan bli konfliktfylt. Selv om aktørene kan ha møteplasser, kommer de av ulike årsaker ikke fram til konsensus. Når samhandling kjennetegnes av *koordinert oppgavefordeling*, opererer aktørene selvstendig og hver for seg og har lite med hverandre å gjøre, de opererer i siloer. Mange av de utfordringene både pasienter og helsepersonell møter, er nettopp at helsepersonell opererer i siloer, hvor nærmest vanntette skott bidrar til frustrasjoner og manglende kontinuitet. Når pasienter trenger helsetjenester fra flere, må helsepersonell koordinere sin virksomhet og ha systemer som gjør samhandling mulig. Hensiktsmessig organisering, gode retningslinjer og IKT-systemer må være innrettet slik at de kan bidra til å koble sammen aktørene. Digitale meldinger som integreres i pasientjournalen og som muliggjør at aktørene kan koordinere oppgavene, er et eksempel på et slik IKT-system. Den fjerde samhandlingsformen, slik Vik (2018) beskriver det, kjennetegnes av *fragmentert oppgavefordeling*. Her har de samarbeidende aktørene ingen møteplasser, og de som skal samhandle har ofte liten kjennskap til og kunnskap om hverandre.

For å få en dypere forståelse av samhandlingsutfordringer kan typologien (figur 1) suppleres med å se på samhandling i et kulturperspektiv. Det har nemlig en særlig relevans knyttet til hvordan helsepersonell som har ulike organisatoriske tilknytninger, har vist å ha ulike tilnærminger og fortolkninger av pasientenes behov under og etter sykehusopphold. Når samarbeidende helsepersonell i sykehus og kommunen ikke har samme oppfatning av pasientenes behov, oppstår det spenninger og uklårheter i hvordan man kommuniserer rundt pasienter. Sykehusansatte er orientert mot diagnose og sykdomsepisoder og har et korttidsperspektiv, mens ansatte i kommunen er orientert mot funksjonsevne og mestring i et langtidsperspektiv hvor de skal balansere at pasientene har flere samtidige og kroniske sykdommer (Hellesø & Fagermoen, 2010; Hellesø & Melby, 2013; Rosstad, Garasen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013). Disse perspektivene på pasienten skaper spenninger og kommer ofte til uttrykk gjennom manglende og presis kommunikasjon og informasjon i samhandlingen.

Hensikten med dette kapitlet er å analysere og diskutere hva som karakteriserer endringer i samhandling med særlig søkelys på informasjonsutveksling mellom sykepleiere i sykehus og kommunene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut. Vi presenterer erfaringer fra sykepleiere i sykehus som er samlet inn før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført. Det gir et grunnlag for å analysere endringer i et longitudinelt perspektiv.

## Metode

Vi har brukt data som er samlet inn gjennom intervjuer med sykepleiere ved sykehus i tre forskjellige studier. Felles for alle tre studiene er at søkelyset har vært på sykepleieres oppfatninger av og erfaringer med pasientforløp fra innleggelse i sykehus til utskrivelse. Den første studien, som ble gjennomført i 2008, hadde sitt utgangspunkt i et prosjekt der formålet var å bedre forstå – fra sykehussykepleieres perspektiv – hvorfor det var utfordrende å få til gode utskrivingsplanlegginger, og om det var noen underliggende forhold som kunne forklare utfordringene.<sup>1</sup> Den

---

1 Norges forskningsråd 181859/V50.

andre studien<sup>2</sup> – hvor sykepleiere både i sykehus og hjemmetjenesten ble intervjuet – ble gjennomført i 2011/12. Den hadde som siktemål å se på de verktøyer sykehusene brukte i sin samhandling med kommunene, og hvordan sykepleierne erfarte at samhandlingen var. I dette tidsrommet var samhandlingsreformen initiert og helsetjenesten forberedte at den skulle innføres. Den siste studien fra 2014<sup>3</sup> ble gjennomført to år etter at samhandlingsreformen startet, og søkelyset var på evaluering av effekten av innføring av elektroniske meldinger som samhandlingsverktøy. Også i denne studien ble sykepleiere i sykehus og hjemmetjenesten intervjuet. Siden alle studiene har handlet om samhandling, dannet det et grunnlag for å gjøre en re-analyse av intervjuene for å identifisere utviklingstrekk (Ruggiano & Perry, 2019). Fordi ikke alle tre studiene hadde inkludert hjemmetjenesten, har vi i dette kapitlet avgrenset perspektivene på endringer til sykehussykepleierne.

Til sammen inngår 42 sykepleiere i analysedataet. De fordelte seg slik: I første datainnsamlingen deltok 14 sykepleiere, i andre var det 13 og i den siste var det 15 sykepleiere. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha jobbet i minst seks måneder på samme sted for å sikre at de hadde tilstrekkelig erfaring med samarbeid og informasjonsutveksling med kommunene. Intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes arbeidsplasser. Intervjuene startet med: 'Fortell om hva som skjer når en pasient kommer til din avdeling'. Dette åpningsspørsmålet åpnet opp for å spørre om samhandlingen gjennom hele sykehusoppholdet til pasienten.

## Analyse

Alle intervjuene var tatt opp på bånd og skrevet ut ordrett. Re-analyse av materialet ga oss mulighet til å se på materialet på nye måter fordi vi reiste nye spørsmål og gikk i dybden på nye deler av materialet som følge av disse nye spørsmålene (Ruggiano & Perry, 2019). Vi analyserte dataene først deduktivt ved å identifisere, organisere og kategorisere materialet fra alle tre datainnsamlingene ut fra tre faser i pasientenes sykehusopphold:

---

2 Norges forskningsråd 196365/H10.

3 Norges forskningsråd 229623/H10.



ved innleggelse, deretter hva som skjedde rundt utskrivningsplanleggingen mens pasienten var innlagt i sykehus, og til slutt hva som skjedde ved utreise. Vi var særlig opptatt å finne ut av hvilke verktøy sykepleierne hadde tilgjengelig for samhandling i sin hverdag, og hvordan disse redskapene understøttet arbeidsprosessene gjennom pasientens sykehusopphold. Videre søkte vi etter utsagn fra sykepleierne som omhandlet hvordan de opplevde samhandlingen med kommunen. Deretter undersøkte vi intervjuene induktivt for hver av kategoriene (Tjora, 2012). Vi så etter ord og uttrykk som handlet om samhandlingsprosesser og hvilken informasjon sykepleierne sa de hadde tilgjengelig. Vi søkte også å finne ut hvordan informantene snakket om sine samhandlingspartnere i kommunen, hva de sa om kvaliteten ved informasjonen, og hva som skjedde rundt pasientene gjennom pasientforløpet. Gjennom denne tilnærmingen fikk vi ny innsikt i hvordan sykepleierne snakket om kjennetegn ved samhandlingen i de ulike fasene og endringer som har skjedd. Alle forfatterne – som har ulik bakgrunn – var involvert i ulike deler av datainnsamling og analyse. Dette var en styrke fordi vi på tvers av faglige perspektiver og erfaringer, måtte diskutere oss fram til enighet om en felles forståelse av analysen og resultatene.

## Etikk

Alle prosjektene ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata. Tilgang til sykehusene ble gitt av ledelsen. En kontaktperson ved hver avdeling informerte og rekrutterte sykepleiere som fylte inklusjonskriteriene. Alle fikk skriftlig informasjon om studien og om sine rettigheter før de ga sitt informerte samtykke. Alle intervjuene var anonymisert i henhold til NSDs retningslinjer og anbefalinger.

## Resultat

Analysen viser to overordnede funn. Det første handler om hvordan sykepleiere utveksler informasjon, det vil si hvilke redskaper de har tilgjengelig i samhandlingen. Det andre funnet handler om samhandlingsklima med kommunen.

## Endringer i hvordan informasjon utveksles

Det har skjedd en stor endring i hvordan informasjon blir utvekslet. Endringen kjennetegnes med tre forhold: fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og elektronisk informasjonsutveksling til en hovedvekt på elektronisk informasjonsutveksling som vist i tabell 1.

| 2008   | 2011/12   | 2014   |
|--|---|--|
| Papirbasert og muntlig informasjonsutveksling.<br><br>Pasienter og pårørende tar med informasjon, eller det sendes ved ordinær postgang.<br><br>Fax og telefon sentralt virkemiddel. | Hybrid løsning – papirbasert og elektronisk informasjonsutveksling.<br><br>Pasienter og pårørende tar med informasjon.<br><br>Suppleres om nødvendig med telefon. | Elektroniske meldinger som er integrert i pasientjournalen, er hovedredskapet for informasjonsutvekslingen.<br><br>Suppleres om nødvendig med telefon. |

**Tabell 1.** Redskaper sykepleiere bruker i utveksling av informasjon.

I 2008 hadde sykepleierne et sett med ulike skjemaer som skulle fylle ulike formål og behov for at de kunne utveksle informasjon med kommunen. For at helsepersonell skulle få nødvendige opplysninger om pasienten ved innleggelse, ble informasjon – i den grad det ble sendt noe – overført i papirversjon, med faks eller at pasient eller pårørende var informasjonsbærere. Sykepleierne ga uttrykk for at de kunne streve med å få tilstrekkelig informasjon om nylig innlagte pasienter fordi verktøyene de hadde tilgjengelige, ikke fungerte hensiktsmessig:

I første omgang så snakker jeg med pasienten og prøver å få frem informasjon om hvordan hjemmeforholdene er, om de har noe hjelp fra tidligere og sånne ting. Og hva de eventuelt har fått hjelp til. Det er jo ikke i alle tilfeller at pasienten kan svare på disse spørsmålene, så da, da tar vi først kontakt med kommunen i forhold til det. Men uansett så fakser vi et skjema, for å si at nå er hun eller han hos oss, og de ringer og bekrefter på skjema. Det er ikke noe navn eller noe sånt, det er bare fødselsdato og kjønn på det skjemaet. (sykepleier, 2008)

I tillegg til skjemaene med informasjon om pasienten hadde de utarbeidet et oversiktsskjema hvor de dokumenterte alt som skjedde av samhandling med kommunen under pasientens sykehusopphold. Dette skjemaet lå i pasientjournalen slik at alle kunne ha oversikt over hva som var avtalt.

Vi har et eget skjema, det rosa arket, hvor vi dokumenterer alt av kontakt med hjemmesykepleien. Så da står det at A-skjema er sendt, og de har ringt tilbake, og hva vi har avtalt videre. Så nestemann som kommer, kan følge opp det da. Så alt blir dokumentert (sykepleier, 2008).

Selv om det ikke var mulig å utveksle informasjon elektronisk i 2008, var det en forventning om hva det kunne bety å ha slik kommunikasjon. Som en sykepleier uttrykker det:

Intervjuer: Er det noe du har lyst til å fortelle som har betydning for samhandling og informasjonsprosessene?

Sykepleier: Altså, du startet litt her med dokumentasjon, og nå har vi jo det at vi ikke kan sende elektronisk dokumentasjon rett over. Tenk om vi kunne sende sykepleiersammenfatningen, vært knytta til dem. Og skrive kommentarer og kunne spørre tilbake, slippe og ta alle disse telefonene. Men så har sykehus ett dokumentasjonssystem og som regel har kommunen et helt annet. Det er litt dumt at det blir sånn. (sykepleier, 2008)

I den «hybride perioden» ga sykepleierne uttrykk for at de måtte balansere flere systemer. Det kunne til tider være utfordrende for dem å holde oversikt over hvem de kunne sende elektroniske meldinger til, og hvem de fortsatt måtte sende papirversjoner til. Som denne sykepleieren uttrykker det:

Så det er ikke alle kommuner som mottar PLO [pleie- og omsorgsmeldinger]. Så foreløpig er det litt tungvint, av og til så vet du ikke riktig. Skal vi sende papir eller skal vi sende PLO? Så det er litt vanskelig, men etter hvert når vi vet litt mer om hvilke kommuner som tar imot, så blir det litt lettere. Og så om man skal gå litt inn på systemet, så er det jo mye der som trengs forbedringer. (sykepleier, 2011)

Selvetter at sykepleierne tok i bruk elektroniske meldinger som vist i tabell 1, hender det fortsatt at pasienter og pårørende er informasjonsbærere, fordi det oppfattes som mest hensiktsmessig for å sikre at kommunen får relevant informasjon. Da vi gjennomførte den siste datainnsamlingen, hadde sykepleierne i hovedsak gått over til elektronisk meldingsutveksling med kommunen. Selv om det fortsatt var «knirk i systemet» og at ikke alle var

like fortrolige med å ta i bruk det nye verktøyet, så var det tydelig at det hadde skjedd en forandring og hva forandringen gikk ut på:

- Intervjuer: Men hvis dere tenker dere – hva har skjedd etter samhandlingsreformen versus slik det var før. Hva vil dere si er endringene som dere opplever i deres hverdag?
- Sykepleier: Vi har gått fra papir til elektronisk. Og jeg synes at det er veldig, veldig bra. (sykepleier, 2014)

Sykepleieren forklarer videre om betydningen av å gå over til elektronisk samhandling og hva den praktiske forskjellen er:

... altså det er mye mer effektivt enn det var før. Da måtte vi jo printe ut skjemaene først og så skrive på dem. Det var tungvint. Vi måtte så inn på en annen side og se telefonnummeret til behandlingsenhetene i kommunen – eller koordinator. Mens her blir det linket opp med en gang til saksbehandler i kommunen. Det er veldig effektivt system. Vi får svar som regel veldig fort. Sjelden det glipper og skjemaer blir borte. (sykepleier, 2014)

Ved elektronisk samhandling ble det enklere å nå de ansatte i kommunen både når det gjaldt å sende informasjon og å svare på forespørsler. «Det er mye mer tidsbesparende. Absolutt!» forklarer en sykepleier.

## Endring i samhandlingsklima

Sykepleierne snakket om samhandlingen med sine kolleger i kommunen slik at det ga oss innsikt i og en forståelse av hvordan samhandlingsklima med kommunen har endret seg, og hvorfor endringene har skjedd. Vi fant endringer når pasienten ble lagt inn i sykehus, ved utskrivingsplanleggingen under pasientens sykehusopphold og ved pasientens utreise.

Når pasienter legges inn i sykehus, har det skjedd store endringer i hvordan samhandlingen med kommunen foregår. Ved den første datainnsamlingen i 2008 var det ingen selvfølghet at informasjon fulgte med pasienter når de ble lagt inn i sykehus. Det var heller ingen enighet om hva innholdet i slik informasjon skulle være. Vi kan si at samhandlingen var nesten fraværende selv om sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket det. Vi kaller denne perioden den «ikke-rutiniserte perioden» fordi sykepleierne

| Pasientforløp                   | 2008  | 2011/12   | 2014  |
|---------------------------------|---|---|---|
| Ved innleggelse                 | «Ikke-rutinisert»:<br>Informasjon er fraværende, men ønsket og etterspurt.<br><br>Ikke noe system for at informasjon følger med.      | «Rutinisering på gang»:<br>Økt oppmerksomhet på behovet for informasjon fra kommunen ved innleggelse, men ikke fullt ut inkorporert i daglig praksis.       | «Rutinisert»:<br>Informasjon om pasienter som har hjemmetjenester, forventes at blir sendt til sykehuset innen 24 timer etter innleggelse.                    |
| Under utskrivningsplanleggingen | Konfliktfylt samhandling: Fremtredende makthierarki hvor sykehusansatte mener de vet hva som er best for pasienten etter utskrivelse. | Kontrasterende samhandling: Forhandlinger, men kontrasterende perspektiver på pasientens behov etter utreise.   | Kommuniserende samhandling: Økende forståelse for behov for å diskutere pasientens behov etter utskrivelse, men fortsatt meningsmotsetninger mellom aktørene. |
| Ved utreise                     | Manglende anerkjennelse:<br><br>Vilkårlig om informasjon sendes og hva det skal informeres om.  | Økt anerkjennelse:<br><br>Erkjenner behovet for å utveksle informasjon, men informasjonen er ikke tilstrekkelig hverken i innhold eller tid for utveksling. | Uttrykt anerkjennelse:<br><br>Økt oppmerksomhet og årvåkenhet. Forståelse for at informasjon skal være tilgjengelig for kommunen når pasienten skrives ut.    |

**Tabell 2.** Kjennetegn på samhandlingsklima fra pasienter legges inn i sykehus til utskrivelse.

uttrykte at det ikke var klare systemer for hva som skulle sendes med av informasjon ved innleggelser av pasienter som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppmerksomheten til hverandres informasjonsbehov sto svakt, men de opplevde også lyspunkter:

Nei, nei, det kommer av og til sammen, det er mest fra sykehjem, så kommer det sammen med pasienten. Ett skriv om, om pasientens normale funksjon. Og det er veldig nyttig, men fra hjemmetjenesten – nei. (sykepleier, 2008)

Kjennetegn ved innleggelsesfasen har ikke endret seg over tid. Dette er en orienteringsfase. Sykepleierne bruker tid på å finne ut hvem pasienten er, hva pasienten trenger, hva som feiler pasienten og hva som skal følges opp ved ankomst til avdelingen. For å få god oversikt over pasientens behov trenger sykepleierne informasjon fra de i kommunen som kjenner pasienten best. Det som har endret seg, er holdninger til samhandlingen. Introduksjonen og piloteringen av elektroniske meldinger som kom

i gang i noen kommuner i 2011/12, representerte et tidsskifte i samhandlingen. Selv om sykepleierne strevde med å få på plass rutiner for hvordan elektroniske meldinger skulle tas i bruk i daglig praksis – som vist ovenfor – fungerte meldingene som en katalysator for endringer i samhandlingen. Det ble økt fokus på betydningen av god samhandling og hvordan de best kunne samhandle. Sykepleierne opplevde at elektroniske meldinger bidro til økt tilgjengelighet til hverandre, og at det hadde betydning for å få nødvendig informasjon om pasientens helse og sykdom – og for kvaliteten på helsetjenestens tilbud. Det var spesielt muligheten som lå i de såkalte dialogmeldingene, som bidro til at de kunne kommunisere om pasienten underveis i sykehusoppholdet.

I perioden vi har studert, skjedde det også endringer i hvordan sykepleierne opplevde hvordan utskrivningsplanleggingen foregikk. I den første datainnsamlingen var samarbeidsklimaet preget av mange konflikter og diskusjoner om pasientens behov for helsehjelp. Flere sykepleiere opplever fortsatt at det er problematisk å samhandle med kommunen, men motsetningene mellom «partene» fremstår ikke så tydelig som ved første datainnsamling. Et sitat fra en sykepleier illustrerer en opplevd endring i samhandlingsklimaet:

Sykepleier: Jeg opplever det i hvert fall sånn at som regel så gir man kommunen et par-tre dager på å liksom ... Jeg syns ikke det er så ofte at vi bare sier «nei, i dag skal han hjem, han må få sykehjemsplass nå». Det er mer det at vi liksom har et par-tre dager, og så veit de det at det kommer ... det vil bli en utskrivning i løpet av uka da, kanskje. Så ... Men det hender jo at vi må vente på en sykehjemsplass og ... det skjer jo det òg. Da blir dem jo liggende her, som regel. (sykepleier, 2011)

Selv om det altså fortsatt er spenninger mellom sykehusansatte og kommuneansatte når det gjelder diskusjonen om riktig omsorgsnivå for pasienten etter utskrivelse, opplever de at det har skjedd en bedring. Følgende sitat kan forklare et aspekt ved endringen.

Intervjuer: Men har du noen formening om samhandlingsreformen har hatt noen betydning for arbeidet deres?

Sykepleier: Jeg tror det har gjort ting lettere. I forhold til pasientbehandling også så ser vi at kommunene har blitt bedre rustet til å ta imot pasienter som mottar antibiotikabehandling eller ernæring intravenøst via sonde. De kan mer og mer, da, så det er lettere å få pasientene videre raskere. (sykepleier, 2014)

Videre uttrykker og utdyper en annen sykepleier:

Og etter at samhandlingsreformen kom, så får vi sykehjemsplasser nesten på dagen. Om det er fullt så bra i kommunehelsetjenesten, er et annet spørsmål, men hos oss er det kjempebra. De blir ikke liggende i flere uker i påvente av sykehjemsplass, som de kunne gjøre før. (sykepleier, 2014)

Ved innføring av elektroniske meldinger var det et uttalt mål fra myndighetene at samhandlingen i hovedsak skulle foregå elektronisk. Men sykepleierne delte erfaringer og begrunnelser om at dette mediet ikke alltid var hensiktsmessig når pasienten hadde spesielle behov. Eksempelet under utdyper utfordringene de møter, både organisatorisk og på pasientnivå:

Nå hadde vi et eksempel her i går da jeg sendte en melding om den pasienten trengte et korttidsopphold. Eller at vi vurderte, fordi vi ikke får lov å si at de trenger. For det er det kommunen som vurderer. Så vi får bare gi en beskrivelse av hvordan vi opplever pasienten, og så får vi bare skrive at vi kanskje hadde vurdert at den hadde hatt behov for det. Dette skrev jeg, og så fikk jeg tilbakemelding på at den pasienten gjentatte ganger før hadde stoppet både korttidsopphold og hjemmesykepleie før tidligere. Det er noe som blir litt dumt å skrive, så hun ringte meg opp igjen. Hun sa at den pasienten har avføring over hele leiligheten sin og at det var veldig vanskelig å få pasienten til å si ja, for først så sier vedkommende alltid ja, men så ble det alltid nei. Slike ting kan ofte bli vanskelig å forklare på en melding. Så da blir det en telefondialog av og til. Og det går egentlig veldig greit, det er ingen problem. Så hvis det er noe viktige ting eller det at vi savner en tilbakemelding, eller at vi har ventet lenge, så tar vi en telefon for å høre hva som skjer. (sykepleier, 2014)

Sykehussykepleierne anerkjenner de kommunalt ansatte sykepleierne for deres kompetanse og uttrykte konkret de endringene som hadde skjedd.

De opplevde at pasientene som ble skrevet ut til kommunen, var blitt sykere og at mange pasienter hadde behov for å ivareta kompliserte prosedyrer etter utskrivelse.

Det stiller mer krav til hva pasienten kan ha hjemme, da. CVK og få ernæring og væske hjemme. Før var det mer kronglete. Men etter reformen måtte kommunene lære seg mer av dette slik at de kan ta imot mer av det. Så det er litt lettere å sende hjem Hansen med ernæring. At de har dren – ja – kommunene har blitt flinkere. (sykepleier, 2014)

Når pasienter skrives ut fra sykehus, har det blitt en omforent forståelse av at sykehuset skal sende informasjon til kommunen og at informasjonen må være i sykepleierne i hende før pasienten kommer hjem eller overflyttes til sykehjem eller annen kommunal institusjon.

## Diskusjon

Hensikten med dette kapitlet er å analysere og diskutere endringer i samhandling med særlig søkelys på informasjonsutveksling mellom sykepleiere i sykehus og kommunene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut. Hovedfunnene viser at det har skjedd en digitalisering i måten informasjon utveksles på og at samhandlingsklimaet har endret seg over tid. På et generelt grunnlag viser utviklingen at samhandlingsformene slik de er beskrevet hos Vik (2018), i en viss grad finnes igjen både før, under og etter innføring av samhandlingsreformen. I lys av den horisontale dimensjonen til Viks typologi ser vi at kjennetegnene endres over tid. De ansatte opplever en økt nærhet til hverandre i form av økt anerkjennelse av behovet for å samhandle og i selve samhandlingen. For den vertikale dimensjonen finner vi at digitaliseringen medfører at de ansatte opplever seg mer sammenkoplede til tross for organisatoriske skiller. Dette vil vi diskutere i mer detalj under.

Den avstanden sykepleierne opplevde å ha til hverandre i 2008, bar preg av å være differensiert og med fragmentert oppgavefordeling. I den grad informasjon ble utvekslet før samhandlingsreformen, foregikk det enten muntlig ved bruk av telefon, ansikt-til-ansikt gjennom møter, eller det var papirbasert ved at informasjonen ble sendt i vanlig postgang.



Men pasientene selv eller deres pårørende var ofte de viktigste bærerne av informasjon ved utskrivelse fra sykehus til kommunen med det resultat at informasjonen ikke alltid kom fram til helsepersonell i kommunen (Hellesø, 2005). Da elektroniske meldinger gradvis ble tatt i bruk i 2008, var det mange som fortsatt samhandlet papirbasert. Men fra 2014 skjer det en endring mot digitalisering i samhandlingen. Det gjenspeiles også i antallet meldinger som utveksles. I 2014 ble det sendt 990 309 pleie- og omsorgsmeldinger over helsenettet. I 2017 hadde dette tallet økt til 1 592 803. Arbeidet med utviklingen av disse meldingene startet allerede i 2005 (Skarsgaard & Lyngstad, 2011). Men det har tatt tid fra oppstart til dagens omfattende bruk av elektroniske meldinger. Norsk helsenett har nå utviklet en standard for bruk av ulike meldingstyper til nytte i hverdagen for brukere av meldinger.<sup>4</sup> At elektroniske meldinger har fått et fotfeste i samhandlingen mellom sykepleiere i sykehus og kommunen, understrekes i en nyere studie hvor 2431 sykehussykepleiere har svart på en survey. Der rapporterer 73 % av de som svarte, at de opplever at elektroniske meldinger er effektive i samarbeidet med kommunen, og at de bidrar til økt sikkerhet for de eldste pasientene. (Hellesø & Gautun, 2018).

Analysen vår viser at samhandlingsklimaet mellom sykehus og kommunen har endret seg. Sykepleierne opplever en bedret tilgjengelighet til hverandre i årene fra første til siste datainnsamling. Etableringen av meldinger og norsk helsenetts retningslinjer viser hvordan etablering av systemer på mesonivå kan ha betydning for utviklingen av integrerte helsetjenester (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013). Endringene vi fant, har trolig sammenheng med det økte fokuset fra myndighetene, men også at det har skjedd endringer i måten de kan komme i kontakt med hverandre på. Ved den første studien var det lite oppmerksomhet på behovet for informasjonsutveksling generelt og manglende kunnskap om hverandre. Dette på tross av at myndighetene påpekte at samhandlingen måtte forbedres (NOU 2005: 3, 2005), og en økende faglig oppmerksomhet på konsekvensene av mangelfull samhandling (Hellesø & Lorensen, 2005). Dimensjon mellom nærhet og avstand i samhandlingen

---

4 <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/#kap-plo-meldinger>

har forskjøvet seg fra stor avstand til at samarbeidspartene står nærmere hverandre etter samhandlingsreformen. I 2008 hadde aktørene liten oppmerksomhet rettet mot hverandre sammenlignet med hvordan det har blitt etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. At det var nesten fravær av informasjon ved innleggelse, er i tråd med en studie (Olsen, Hellzen, Skotnes & Enmarker, 2014) som viser at det ikke fulgte med noen informasjon fra hjemmetjenesten ved innleggelse. Informasjon ved utreise var mer vanlig, og her ble skriftlig informasjon ofte supplert med muntlig informasjon.

Sykepleiernes bruk av elektroniske meldinger har over tid endret det relasjonelle samarbeidet. Sykepleiernes bruk av dialogmeldinger under et sykehusopphold bidrar til en tettere kontakt med hverandre under hele sykehusoppholdet (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016). Innføringen av meldingsutveksling som kommunikasjonsform ble et vendepunkt for bedret tilgjengelighet til hverandre. Det kan også ha vært en katalysator for bedring av samhandlingsklimaet. Arbeidet med implementering av meldingsutveksling har bidratt til etablering av prosjekter for å avklare hvordan samhandlingen skulle fungere.

Forhold i samhandlingen skaper utfordringer som ligger utenfor det elektroniske meldingssystemet og handler mer om helsepersonells arbeidsmetoder eller om pasienten helse (Paulsen & Grimsmo, 2008). For eksempel viser det seg at helsepersonell har ulike planleggingshorisonter. Sykepleietjenesten i kommunen har behov for mer langsiktighet i utskrivingsplanleggingen for at kommunen skal kunne etablere et forsvarlig tilbud til pasienten. Det kan komme i konflikt med sykehusets syn på når pasienten kan skrives ut (Hellesø & Melby, 2013). Samtidig som meldingssystemet tilrettelegger for at sykepleierne får lettere kontakt med hverandre, har den fysiske avstanden økt ved at møteplasser har blitt borte (Melby & Hellesø, 2014). Slik sett er det en risiko for at nye former for operasjonelt lukket samarbeid kan oppstå. Det vil være interessant å følge digitaliseringsutviklingen og se hvilken betydning denne får for det relasjonelle samarbeidet.

Myndighetenes mål om at samhandlingen og kommunikasjonen mellom helsearbeidere skal foregå digitalt, ser vi i stor grad er realisert. Selv om sykepleierne erfarer at elektroniske meldinger bidrar til bedring i

tilgjengelighet til hverandre, så viser funnene at de har behov for å nyansere informasjon og avklare spørsmål ved direkte kontaktpunkter. Digitaliseringen suppleres med relasjonelt samarbeid hvor de fortsatt bruker telefon for avklaringer om pasientenes behov og helsetilstand. Telefon er et nyttig redskap når de trenger å nyansere opplysninger. Dette er også i tråd med en annen studie som viste at sykepleiere opprettholder andre kommunikasjonsmetoder etter innføring av elektroniske meldinger, men at elektroniske meldinger bidrar til å styrke samhandlingen (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014). At sykepleierne bruker telefon og har ulike møtepunkter, kan oppfattes som ineffektivt eller at meldingssystemet er mangelfullt. Men kontakten kan ha avgjørende betydning for kvaliteten og kontinuiteten for pasientene (Brattheim et al., 2016). Helsepersonell i sykehus og kommunen har ulike mål og oppgaver de har ansvar for, og ulike perspektiver på hva pasienten trenger av helsehjelp er derfor en grunnleggende utfordring i samhandlingen (Hellesø & Fagermoen, 2010). Nettopp derfor kan direkte kontakt med hverandre være avgjørende for å harmonisere sin forståelse. Bruk av elektroniske meldinger og direkte kontakt bidrar til å «holde tråden» i utskrivingsplanleggingen og også at de «samler trådene» ved utskrivning (Brattheim et al., 2016). Men det å kunne avklare situasjoner ved andre typer møtepunkter synes å ha betydning for samhandlingsklima.

Analysen vår viser at samhandlingen tidligere var konfliktfylt, men at den nå har blitt mer kommuniserende i utskrivingsplanleggingen. Pasienter som får helsetjenester i hjemmetjenesten, er blitt sykere og trenger mer avansert helsehjelp (Melby et al., 2018; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyller, 2017). Den økte anerkjennelsen materialiserer seg i en forståelse av at det er helt avgjørende å sende informasjon til kommunen ved utskrivning. Det er grunn til å hevde at endringene som har skjedd over tid, fordrer at sykepleierne i sin arbeidshverdag – i tillegg til den kliniske kompetansen – må ha informasjonskompetanse slik at et godt samhandlingsklima stadig videreutvikles og bedres.

## Studiens begrensninger

Det har i de ti siste årene skjedd mange endringer som kan påvirke analysen vår. Fra myndighetenes side er det kommet krav om at samhandlingen

må bedres for at pasienter skal oppleve at helsetjenesten henger sammen og er koordinert. Et av virkemidlene har vært å sørge for informasjonskontinuitet ved å ta i bruk elektroniske meldinger. Funnene over tid viser at helsepersonell opplever å ha lettere tilgang til hverandre og til informasjon om pasienten. Men vi kan ikke konkludere med at meldingene alene påvirker samhandlingsklimaet. Et utall sentrale føringer er gitt og mange faglige initiativ er tatt for å skape forbedringer i helsetjenesten. Funnene våre må ses i lys av de generelle endringene. Men styrken i vår analyse er at vi har fulgt sykepleiere over tid ved å fokusere på de samme spørsmålene, og at vi har fått dyptgående innsikt i hvilke daglige utfordringer og muligheter de står opppe i. Selv om antall intervjuer er en annen begrensning, er vår analyse gjort med bakgrunn i mange andre data som har vært samlet inn på de ulike tidspunktene. Vi har brukt dette som et bakteppe og vurdert funnene i dette kapitlet opp mot andre studier.

## Implikasjoner for praksis og utdanning

Funnene i analysen viser at det fortsatt er behov for å arbeide med bedring av informasjonsinnholdet. I tillegg er det nødvendig at debatten om forskjeller i perspektiv løftes opp, problematiseres og gjøres synlig slik at man satser på å iverksette hensiktsmessige forbedringstiltak. I et utdanningsperspektiv kan funnene også gi retning for hva som kan tas opp videre slik at studenter er forberedt på utfordringene og mulighetene for å sikre kvalitet og kontinuitet i pasientforløp.

## Konklusjon

Det har skjedd endringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunene før, under og etter samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. For det første er det endringer i hvordan informasjon utveksles fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og digital informasjonsutveksling til en hovedvekt på digital informasjonsutveksling.

Den andre endringen handler om hvordan samhandlingsklimaet har skiftet karakter. Men de faglige diskusjonene om hva som er det mest relevante innholdet i informasjonen, er det fortsatt behov for å avklare bedre.

## Referanser

- Allen, D. (2015). Making visible the unseen elements of nursing. *Nursing Times*, 111(46), 17–20.
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 11(1), 26–33. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830>
- Gautun, H., Martens, C. T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskriving av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 88–93. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03>
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. WHO. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>
- Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. (2017). What is integrated care? I V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (Red.), *Handbook integrated care* (s. 3–23). Hannover: Springer International Publishing AG.
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpassning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 102–106. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03>
- Gronroos, E. & Perala, M. L. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 288–295. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00343.x>
- Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan 2011: Meldingsløftet i kommunene 2010–2011*. Rapport 03/2011. IS-1882. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hellesø, R. (2005). *Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk pasientjournal*. Avhandling for dr.polit graden. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hellesø, R., Eines, J. & Fagermoen, M. S. (2012). The significance of informal caregivers in information management from the perspective of heart failure patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3–4), 495–503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03927.x>
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10(1), e036. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>
- Hellesø, R. & Gautun, H. (2018). Digitalized discharge planning between hospitals and municipal health care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 250, 217–220. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-217>

- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Hellesø, R., Lorensen, M. & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7–8), 569–580. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009>
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivingsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 222–242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R., Sorensen, L. & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*, 5(3), e12). <https://doi.org/10.5334/ijic.133/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2008–2013*. Oslo: Statens trykksakekspedisjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2019). Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: A qualitative metasummary. *BMC Health Services Research*, 19(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians – implications for patient safety and continuity of care. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3424–3433. <https://doi.org/10.1111/jocn.12590>
- Lyngstad, M., Melby, L., Grimsmo, A. & Hellesø, R. (2013). Toward increased patient safety? Electronic communication of medication information between nurses in home health care and general practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 25(5), 203–211. <https://doi.org/10.1177/1084822313480365>
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: Providers'

- perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3389–3399. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Melby, L. & Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 10(21. april), 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.527>
- Melby, L. & Hellesø, R. (2014). Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International Journal of Medical Informatics*, 83(5), 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001>
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). “We tie up the loose ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.1177/2333393618816780>
- Melby, L., Toussaint, P. & Hellesø, R. (2014). Patients in transition: E-messages as a tool for collaboration between hospital and community healthcare – a Norwegian case. I *Computer-based medical systems (CBMS), IEEE 27th international symposium*, 386–391. <https://doi.org/10.1109/CBMS.2014.11>
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: Observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- Olsen, R. M., Hellzen, O., Skotnes, L. H. & Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://doi.org/10.5334/ijic.1525>
- Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre*. SINTEF Rapport nr. A7877.. Trondheim: SINTEF Helse.
- Rosstad, T., Garasen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 121. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Ruggiano, N. & Perry, T. E. (2019). Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? *Qualitative Social Work*, 18(1), 81–97. <https://doi.org/10.1177/1473325017700701>
- Skarsgaard, S. & Lyngstad, M. (2011). *Elin-K prosjektet sluttrapport*. Hentet fra <https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205.9%20ELIN- K%20SLUTTRAPPORT.pdf>

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/smspill-2007-elektronisk-samarbeid-i-hel/id102075/>
- Starfield, B. & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201–218. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00208-1)
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03 ER>
- Wibe, T., Hellesø, R., Slaughter, L. & Ekstedt, M. (2011). Lay people's experiences with reading their medical record. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1570–1573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.006>