

Denne filen er hentet fra **Lovisenberg diakonale høgskoles** institusjonelle arkiv  
[LDH Brage](#).

## Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem

**Paul A. Killie**

Lovisenberg diakonale høgskole

**Jonas Debesay**

Høgskolen i Oslo og Akershus

Ved henvisning til [publikasjonen](#), bruk fullstendig referanse:

Killie, P. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(2). doi: 10.7557/14.4052

**Rettigheter:**

[Nordisk tidsskrift for helseforskning](#) er et online Open Access tidsskrift som tillater publisering i institusjonelle arkiv. Les mer: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

# Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem

Paul A. Killie og Jonas Debesay

*Paul A. Killie, høskolelektor, Bachelor i sykepleie, Lovisenberg Diakonale Høgskole, [paul\\_killie@ldh.no](mailto:paul_killie@ldh.no)*

*Jonas Debesay, førsteamanuensis, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus*

## Abstract

### Nurses' experiences with the coordination reform at short-term wards in nursing homes

*The Coordination Reform came into force on January 1 2012, as a result patient responsibilities shifted from the hospitals to primary health care. Short-term wards at nursing homes was an essential contributor to the shift, because it entailed that they would receive patients ready for discharge from the hospital at an earlier stage than previously. The aim of this study is to investigate nurses' experiences in the wake of the Reform and how it affected their work at short-term wards. Nurses' role in the short-term ward has changed in several areas. The Reform has increased time pressure, a need for increased competence as well as influencing the cooperation between primary health care and hospitals.*

## Keywords/Nøkkelord

*coordination reform; nursing; primary healthcare; short-term ward; competence; time pressure*

*samhandlingsreform; sykepleie; primærhelsetjeneste; korttidsavdeling; kompetanse; tidspress*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## **Innledning**

I tråd med internasjonale reformframstøt i offentlig tjenesteyting, har Norge siden 1990 årene reorganisert ulike deler av det norske helsevesen. Endringene har stort sett vært begrunnet med behovet for å effektivisere tjenestene og redusere kostnader, og vært inspirert av det som er blitt kalt Ny offentlig styring (NPM) (Øgar og Hovland 2004; Le Grand 2003). Samhandlingsreformen er en av de store reformene som er gjennomført, hvor hensikten er å vri den økte bruken av spesialisthelsetjenester over på primærhelsetjenesten, samt bidra til økt satsing på forebygging (Hagen og Tjerbo 2013).

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og medførte en dreining av ansvar for pasienter fra sykehusene til kommunehelsetjenestens sykehjem og hjemmetjenester. Korttidsavdelinger ved sykehjemmene var viktige bidragsyttere i skiftet, de tok imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. I denne artikkelen utforsker vi måten samhandlingsreformen har påvirket sykepleiernes arbeidshverdag på korttidsavdelingene på sykehjem. Vi ønsker å belyse sykepleiernes erfaringer med innføringen av reformen og betydningen dette har hatt for deres mulighet til å utøve sykepleie overfor pasienter som er utskrevet fra sykehus.

## **Bakgrunn**

Samhandlingsreformen ble presentert av helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen og godkjent i statsråd 19. juni 2009 under Regjeringen Stoltenberg II. Reformen legger vekt på utfordringer knyttet til pasientperspektiv, bedret forebygging av sykdom, og samfunnsøkonomiske hensyn (St. meld. nr. 47 2008-2009). Som løsning til dette problemkomplekset foreslår myndighetene *samhandling*:

*«Manglende samhandling er den viktigste årsaken til systemets manglende evne til å forsyne samfunnet med nødvendige helsetjenester til kostnader samfunnet kan leve med: God samhandling er en forutsetning for gode helsetjenester» (Hagen og Johnsen 2013:39).*

Samhandlingsreformen er basert på ideen om bedret samhandling i helse- og omsorgstjenestene, og at samhandlingen må utvikles for å gjøre tjenestene bedre. Det pekes på at satsningen på samhandling skal fremme en trygg og kvalitetsbevisst tjeneste gjennom tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene. Formålet er å etablere rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til samarbeid og leveranse av tjenester som samsvarer med helse- og omsorgspolitiske mål (St. meld. nr. 47 2008-2009). Samtidig skal man søke å få involverte aktører til å legge helhetsperspektivet til grunn for deres vurderinger og endelige avgjørelser (Hagen og Johnsen 2013). Det er altså behov

for strukturelle tiltak for å fremme samhandling, samt å la riktig instans løse samhandlingsproblemet basert på et helhetsperspektiv.

En av reformens viktige endringer er raskere utskrivning av pasienter fra sykehus. Bakgrunnen er at sengebelegget på norske sykehus generelt er høyt. Dette kommer fram av OECDs Health at a Glance-rapporter som viser at Norge ligger jevnt over 90 %, som er over deres anbefalte maksgrense på 85 % (OECD 2011, 2013). Avlastningen av sykehusene har vært vellykket i den forstand at helsedirektoratet rapporterer om en økning i antall utskrivningsklare pasienter etter samhandlingsreformen. Man har dermed også sett en økning i antall pasienter som blir tatt imot på korttidsavdelingene i løpet av det første døgnet etter at de er blitt utskrivningsklare (Huseby 2015).

I samhandlingsreformen trer korttidsavdelingene på sykehjem fram som en viktig arena for å endre mønsteret i behandling av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Korttidsavdelingene er ansvarlige for korttidsopphold i regi av kommunen, og målsetningen for tilbudet er at pasientene skal få hjelp fram til de klarer seg på egen hånd og kan flytte hjem igjen.

Tilbudet kan benyttes når pasienter er utskrivningsklare fra sykehus, eller via søknad fra fastlege eller hjemmesykepleie om man ser at personen behøver mer hjelp enn det man kan tilby ham eller henne i sitt eget hjem. Pasientene som kommer fra sykehus er både medisinske og kirurgiske pasienter som behøver hjelp til å komme seg før de klarer seg i hverdagen igjen (Sykehjemsetaten 2013a).

Søknadskontorenes rolle som beslutningstaker mellom korttidsavdelingene og sykehuset i Oslos bydeler trådte opprinnelig fram gjennom bestillerutførermodellen. Kontorenes arbeid er separat fra pleie og holder seg på et administrativt nivå hvor de bestemmer hvor og når pasienter skal flyttes (Kassah et al. 2014). Søknadskontorene innvilger korttidsplasser, langtidsplasser og hjemmesykepleie i bydelen.

Tanken med reformen er at dersom kommunen oppgraderer tilbudet «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – vi får da etter sigende tilbud som både er bedre for pasientene og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling (St. meld. nr. 47 2008-2009: 27). Det er slik sett knyttet store forventinger til korttidsavdelingenes funksjon, og betydning for overflytning av pasienter fra dens sykehus til kommune. Hovedideen er kort sagt at denne omorganiseringen skal føre til et bedre tilbud for pasientene og spare helsevesenet for utgifter (St. meld. nr. 47 2008-2009).

## **Teoretisk referanseramme**

For å forstå sykepleieres erfaringer med og opplevelser av samhandlingsreformens konsekvenser på korttidsavdelingene i kommunen, er det hensiktsmessig å se nærmere på sentrale begreper relatert til profesjonsutøvelse i helsetjenesten. Det handler om profesjonsutøveres faglige kompetanse, deres arbeidsrutiner, skjønnsutøvelse og ansvar.

Relevant kompetanse er en forutsetning for alle profesjoner og «menneskebehandlende» tjenesteorganisasjoner (Schmidt 2010; Hasenfeld 2010). Orvik (2004) beskriver kompetanse som en kollektiv egenskap som er forankret i et arbeidsfellesskap, og på denne måten binder organisasjonen og fagpersonene sammen. Sykepleierens kompetanse er todelt og består av en klinisk del og en organisatorisk del. Det å være en dyktig kliniker og samtidig inneha organisatorisk kompetanse anses som viktig for å sikre en velfungerende helsetjeneste (Orvik 2004).

Skjønnsutøvelse i klinisk praksis er tett knyttet til profesjonell kompetanse. Utøvelse av faglig skjønn er basert på tidligere erfaringer som yrkesutøver. Skjønnsbasert handling er derfor en viktig side ved praksis der sykepleieren anvender generell kunnskap og dømmekraft ut fra resonnering og sammenfatning i enkelttilfeller. Det må finnes ett eller flere normative holdepunkter som styrer utfallet av skjønnsutøvelsen i den praktiske handlingen (Grimen og Molander 2008). Slike holdepunkter vil for sykepleieren være gitt via lovverk, styrende institusjoner og yrkesetiske normer. Normene vil være avgjørende for uttrykket skjønnen får. Dette legger grunnlaget for hvordan sykepleieren velger å handle, selv om holdepunktene i prinsippet kan vise seg å være vage eller uforenelige seg imellom.

Rutiner og kvalitet er to andre begreper som definerer profesjonell yrkesutøvelse (Lipsky 2010; Hasenfeld 2010). Haukelien et al (2009) er av den oppfatning at det generelt framstår som en sannhet at lavere kompetanse i helsevesenet vil skape problemer for aktuelle reformer. På bakgrunn av dette er det en viktig betingelse for vellykkede reformer at rutiner for kompetanseutvikling og kvalitet allerede er etablert, noe som synes å være tilfellet i spesialisthelsetjenesten mer enn i kommunehelsetjenesten (Haukelien et al. 2009).

Kvaliteten på profesjonsutøvernes arbeid er nært knyttet til pasientenes tilfredshet (Hasenfeld 2010). Noe som kan påvirke kvaliteten er eksempelvis tilgjengelig tid og målet om individuelt tilpasset hjelp. Om sykepleierne eksempelvis får mindre tid til individuelt tilpasset pleie, kan det få konsekvenser for tjenesten til pasientene. Når sykepleiere må ta beslutninger på bakgrunn av hvem som behøver mest hjelp, gitt begrensede tidsressurser, stiller dette store krav til sykepleierne. De må da prioritere å yte hjelp til dem som sykepleierne trenger mest (Debesay 2012). Dersom det oppstår akutte situasjoner må de for

eksempel legge alt annet til side for å hjelpe denne pasienten. Utfordringen er da at de må yte ekstra for å ta igjen arbeidet som gjenstår på et senere tidspunkt. Lipsky (2010) argumenterer for at denne type dilemmaer får uheldige utfall dersom sykepleierne finner ut at de på grunn av nye organisatoriske krav må fire på sine krav til tjenesten de er ansvarlige for.

Autonomi og ansvar i sykepleieutøvelsen er to andre vesentlige dimensjoner ved sykepleie. Sykepleieren har blant annet ansvar for helhetlig omsorg og oppfølging av pasientene. Når gapet mellom krav til arbeidet og myndighet til å utføre arbeidet er stort, kan ansvaret bli så omfattende at det gir sykepleierne en følelse av utilstrekkelighet (Vike et al. 2002). Sykepleierne søker å gjøre skjønnsbaserte beslutninger på individuell basis hos pasientene, mens de samtidig opplever at normene for arbeidet blir diktert lenger opp i det organisatoriske apparatet. Denne situasjonen kan utarte til en konflikt som sykepleieren opplever som en innskrenkning av profesjonell autonomi. Det å ta beslutninger på bakgrunn av hvem som behøver det mest stiller høye krav til sykepleierne, og de må foreta vanskelige valg (Debesay 2012).

## **Metode**

Studien er basert på en kvalitativ, eksplorerende tilnærming med det formål å undersøke sykepleieres erfaringer og opplevelser etter implementeringen av samhandlingsreformen (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2010). Undersøkelsen har utgangspunkt i filosofisk hermeneutikk, hvor hovedmålet har vært å forstå samtalene mellom forskeren og deltakerne i studien gjennom kritisk og refleksiv fortolkning (Gadamer 2004; Debesay et al. 2008).

Det er gjennomført intervjuer med sykepleiere ved fire korttidsavdelinger på ulike i sykehjem i Oslo våren 2014. Førsteforfatter har gjennomført intervjuene. Rekrutteringen til studien skjedde gjennom strategisk utvelging for å sikre at deltakerne hadde tilstrekkelig og variert erfaring med tanke på studiens formål (Stake 1995). Hensikten var å rekruttere om lag ti sykepleiere, men vi klarte kun å få tak i seks på grunn av varierende respons fra de ulike sykehjemmene. Sykepleierne som deltok i undersøkelsen ble valgt fordi de jobbet på forskjellige sykehjem og hadde hatt erfaring fra endringsprosessene i ulike bydeler i Oslo etter samhandlingsreformen. Deltakerne var alle kvinner ansatt på sykehjemmenes korttidsavdelinger og var i alderen 28 til 57, med et gjennomsnitt på 39 år. To av dem hadde lang erfaring fra arbeid på sykehjem (20 og 36 år), mens de andre hadde noe kortere fartstid (mellom tre og fem år). At deltakerne ble rekruttert fra ulike sykehjem sikret variasjon i sykepleiernes erfaringer med og opplevelser av endringer fra forskjellige bydeler i Oslo (Saastad 2013).

Tabell 1. Deltakere i studien

Informanter	Alder	Antall år på sykehjem (i helsevesenet)	Erfaring fra:
1	32	4 (10)	Sykehus, sykehjem og hjemmetjenester
2	57	36 (40)	Sykehus og sykehjem
3	31	5 (8)	Sykehus og sykehjem
4	28	3 (3)	Sykehjem
5	33	4 (6)	Sykehus og sykehjem
6	52	20 (29)	Sykehus og sykehjem

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Temaene som ble tatt opp var knyttet til samhandlingsreformens betydning for måten sykepleierne oppfattet sitt arbeid ved korttidsavdelingen, hvilket syn de hadde på tjenestekvaliteten etter innføringen av reformen, og hvordan de opplevde sin kompetanse i lys av endringene reformen medførte. Alle intervjuene fant sted på deltakernes arbeidssted, unntatt ett som måtte gjennomføres utenfor arbeidstiden. Intervjuene varte mellom én og to timer, og ble tatt opp på lydbånd. Det ble også tatt notater underveis i intervjuene for senere å kontekstualisere deltakernes utsagn med hensyn på blant annet betydningen av kroppsspråk og omgivelsenes påvirkning. Opptakene ble transkribert ordrett for å unngå utelatelser av temaer og sammenhenger som en ikke umiddelbart er bevisst på under intervjuet (Tjora 2010).

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD]. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble utlevert til deltakerne enten gjennom mailkorrespondanse eller ved et arrangert møte, slik at de fikk tid til å lese gjennom informasjonen om prosjektet og deres rett til å trekke seg til enhver tid. Deltakerne ble informert om at alle data ville bli anonymisert av hensyn til deres personvern og at de ikke skulle kunne bli gjenkjent gjennom materialet (Kvale 2006). Datafilene ble oppbevart på pc som var beskyttet med passord og uten nettilgang, samt at koblingsnøkkel og båndopptak ble slettet når prosjektet var avsluttet.

Det transkriberte datamaterialet ble analysert og fortolket i lys av den hermeneutiske sirkelen. Fortolkningen skjedde gradvis og i ulike faser hvor nye dimensjoner og hovedtemaer ble tydeliggjort (Debesay et al. 2008; Kvale 2006). Etter flere gjennomlesninger ble tekstmaterialet kondensert slik at viktig meningsinnhold ble trukket ut av deltakernes utsagn og inndelt i preliminaire kategorier. Etter noen runder med sammenstilling av utsagnene i kategoriene ble

det mulig å skille mellom vesentlige og mindre vesentlig trekk ved dataene. I samspillet mellom det teoretiske rammeverket og dimensjonene som framkom i empirien, samt tidligere studier på feltet, ble det utviklet noen sentrale hoveddimensjoner (Tjora, 2010; Kvale 2006). Hoveddimensjonene som ble utviklet handlet om deltakernes nye hverdag på korttidsavdelingen etter innføringen av samhandlingsreformen, økt tidspress, behovet for mer kompetanse og divergerende forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter.

### **Presentasjon av funn**

Under intervjuene beskrev sykepleierne hvordan samhandlingsreformen påvirket deres arbeidshverdag på korttidsavdelingene. Korttidsavdelingene de ble rekruttert fra var av forskjellig størrelse. Den minste avdelingen hadde 19 senger, mens den største hadde 32. Sykepleierdekningen mellom korttidsavdelingene varierte også. Avdelingen med best dekning hadde 2 sykepleiere fordelt på 28 senger på dagtid, og avdelingen med lavest dekning hadde 1 sykepleier på 23 senger. Selv om deltakerne ble rekruttert fra ulike sykehjem, var opplevelsene av forandring og de utfordringene dette medførte sammenfallende. Det var også likheter i beskrivelsene av personalets sammensetning og måten det påvirket det faglige ansvarsforholdet til sykepleierne på avdelingene. De beskrev en kontekst preget av nye og mer avanserte oppgaver, økt tidspress og savn av oppdatert kompetanse.

#### ***Den nye hverdagen på korttidsavdelingen***

En av de tydeligste konsekvensene av samhandlingsreformen, noe flere av deltakerne i intervjuene trakk fram, var avdelingenes manglende forberedthet på reformens ringvirkninger. Som en direkte konsekvens av reformen opplevde sykepleierne på korttidsavdelingen at definisjonen på hva som var «utskrivningsklar» pasient fra sykehusets side hadde endret seg etter reformen. De fortalte at denne endringen, slik de opplevde det fra «den andre siden», ikke tok hensyn til at pasienter med «væskende sår ikke skulle sendes ut», eller at enkelte rehabiliteringspasienter «skulle vært mobilisert et par ganger» til og at «det var ganske tydelig at man hadde endret standard for hva som var utskrivningsklar pasient» etter innføringen av reformen.

Sykepleierne opplevde tidlig at de var usikre på reformens betydning for deres arbeidssituasjon. En av dem beskrev det slik:

*Vi merket det veldig kjapt, fra dag 1. Man hørte jo så fint at det skulle følge penger med dette [samhandlingsreformen], men hos oss ble det jo ikke noe mer enn det det var når vi var en «vanlig» korttidsavdeling. Det jeg opplevde var at vi fikk mye dårligere brukere mye raskere enn vi var forespeilet .... Ja, det skjedde tilnærmet fra dag 1.*



Sykepleierne opplevde det som problematisk når endringene skjedde relativt raskt, og noen av endringene var vanskelig å tilpasse seg. Informasjonen rundt de konkrete konsekvensene i forkant av innføringen av reformen opplevdes som mangelfull. Flere av sykepleierne fortalte om usikkerhet med hensyn til pasientenes helsetilstand og hvorvidt avdelingen hadde nødvendig medisinsk utstyr og personale til å ta imot de utskrevne pasientene. En av dem beskrev situasjonen tidlig i prosessen slik:

*Vi fikk beskjed om hvilken dato, og vi satt med en viss anelse om hva som skulle skje med tanke på sykere pasienter og høyere tempo. Men mer enn det fikk vi ikke vite. Vi spurte om: «har vi det utstyret vi behøver?» «Nei, men det blir ordnet.» «Ja, når da?» Det tok noen år, og det er mange pasienter som har vært gjennom på den tiden vi hadde hatt behov for utstyret.*

Det var tydelig at både ansatte, ledelsen og sykehjemsetaten hadde forståelse for nødvendigheten av en opprustning av korttidsavdelingene. Avdelingene regnet med at det ville bli flere dårlige pasienter og at det ville bli travlere arbeidsdager. Samtidig opplevde sykepleierne at verken nødvendig medisinsk utstyr eller kvalifisert personale var på plass. Presset på korttidsavdelingene meldte seg raskt, og dette opplevde sykepleierne som krevende da de hadde blitt forespeilet at reformen ville tre gradvis i kraft. Da ville de fått tid til å omstille seg, sette seg inn i endringene og ikke blitt kastet ut i en helt ny hverdag. Som en konsekvens måtte sykepleierne den første perioden «løpe hele tiden» på grunn av tyngre ansvar, mens resten av pleiepersonalet i større grad fokuserte på oppgaver som å re senger og servere måltider og mindre på pasientkontakt for å håndtere tilflyt av stadig nye pasienter.

### ***Økt tidspress i kjølvannet av samhandlingsreformen***

Flere av intervjudeltakerne forteller at særlig tidspresset de opplevde på jobb hadde økt. En av dem sa det slik: «Du kan si at det har vært en økt arbeidsbelastning. Det er mye travlere dager». De opplevde en endret hverdag med hensyn til tidspress, og dette var større på korttidsavdelingen enn på de andre avdelingene på sykehjemmene. En uttrykte for eksempel at «det er jo en himmel imellom å jobbe på korttidsavdeling og en vanlig sykehjemsavdeling nå». Det kan se ut som om håndteringen av konsekvensene av endringene ved korttidsavdelingen primært var overlatt til sykepleierne. De måtte løse problemene og gjøre prioriteringene som var nødvendige for å få avdelingen til å fungere, gitt de ressursene de hadde tilgjengelig. Sykepleierne fortalte om tøffere prioriteringer etter at pasientene ble utskrevet tidligere fra sykehus enn det som hadde vært vanlig:

*Du springer hele tiden etter klokka. Altså når klokka er halv åtte og du har fått rapport så har du en plan for dagen, men når klokka er kvart på ni så er den planen helt ute. Sånn som et sårstell blir ikke prioritert, man må gjøre det som*

*haster først, og så blir det bare forskjøvet videre og videre. Og til slutt så haster jo det også.*

Når korttidsavdelingene fikk pasientene tidligere fra sykehuset, endte de selv i noen tilfeller med å sende pasienter tidligere hjem enn ønsket for å frigi plassen til nye utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Tempoet hadde ifølge sykepleierne økt, og ansvaret overfor pasienter og pårørende opplevdes som tyngende i den nye arbeidshverdagen.

### ***Behovet for kompetanse etter reformen***

Et av de mest uttalte behovene sykepleierne ga uttrykk for under intervjuene, var behovet for økt kompetanse etter at samhandlingsreformens konsekvenser hadde gjort seg gjeldende på korttidsavdelingene. Flere av sykepleierne fortalte at de savnet muligheten til å øke sin kompetanse gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De begrunnet dette med forventningen om samarbeid og samhandling som de hadde oppfattet var en sentral forutsetning for samhandlingsreformen. Derfor hadde sykepleierne sett for seg at økt faglig kontakt og samarbeid med sykehusene ville bli en naturlig del av reformen, men opplevde at slike tilbud ikke forelå.

Avdelingene vurderte flere muligheter for kompetanseheving for å håndtere «sykere» pasienter enn tidligere. Kursing via fagdager eller en egen «sykehjemsskole» hvor personalet gjennomgikk aktuelle temaer, var noen av alternativene. Hensikten var at personalet på denne måten kunne ta opp faglige problemstillinger for å få til gode løsninger på problemene de opplevde ved korttidsavdelingen. Samtidig hadde sykepleierne blandede opplevelser rundt gjennomføringen av tiltakene. Flere kommenterte at «*det blir aldri noe av*» og «*noe sånt har vi ikke*» når tiltakene først skulle realiseres. En sykepleier bemerket at man på avdelingen var så svekket i grunnbemanningen at man måtte bruke all energi på å forsøke å holde avdelingen flytende. Dette gjorde det ifølge sykepleieren vanskeligere å gjennomføre fagdager eller kursing for ansatte. Slik beskrives situasjonen:

*Som jeg har sagt tidligere, vi trenger ikke flere hender, vi gjør ikke det, det er jeg helt overbevist om. Men vi behøver kompetansen på disse hendene, istedenfor at det plutselig dukker opp situasjoner som, «han her har jo fått kjempeødem i beina», «ja, sånn har jo beina vært i tre dager», «oj? Hvorfor har ingen sagt det?».*

Flere uttrykte også at den eksisterende kompetansen blant de ansatte hadde gjort situasjonen vanskelig for sykepleierne som hadde fått tyngre ansvar, men også for det øvrige pleiepersonalet på avdelingene som ikke nødvendigvis hadde relevant kompetanse for å ta vare på pasientene. Situasjonen opplevdes forverret

etter samhandlingsreformen ettersom pasientene nå kom til avdelingen tidligere i behandlingsforløpet:

*Veldig ofte er de ufaglærte. Så får man beskjed om at pasienten sover så godt og ikke vil spise. Jeg går inn og finner at pasienten har sklidd helt ned i sengen, nesten ikke får puste og holder på å dø. Og da definert som «sover så godt» av pleieassistenten. Den er klassisk.*

Etter utskrivning fra sykehus oppsto det ofte situasjoner som krevde raskt legetilsyn, men ikke øyeblikkelig. En av sykepleierne fortalte at de i slike situasjoner kun hadde legevakten å støtte seg til i mange tilfeller. Hun bemerket samtidig at legevaktslegen ikke hadde noe kjennskap til pasienten og at «den eneste vurderingen som er aktuell er den du gir per telefon til vaktstående». Kontakten med legevakten, istedenfor sykehuset som hadde skrevet ut pasienten, opplevdes derfor som lite tilfredsstillende når pasientens helsebehov tilsa legetilsyn.

Flere av sykepleierne beskrev også at det gjennomgående manglet faglig kompetanse på avdelingene som følge av det var mange ufaglærte blant personalet. I sum var de bekymret for flere sykehusinnleggelses og dårligere pleie som følge av både egen og det øvrige personales mangelfulle oppdatering av kompetanse.

### ***Ulike forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter***

Sett i lys av at «samhandling» var en sentral forutsetning, er det interessant at sykepleierne i den ene enden av samarbeidskjeden opplevde ulike forventninger. På sykehjemmene hadde de en annen oppfatning av og forventning til hvordan endringene ville arte seg enn på sykehuset. Flere av sykepleierne hadde jobbet på sykehus tidligere, og som ansatt på sykehus hadde de en annen oppfatning av hvilket utstyr og hvilken kompetanse som ville være tilgjengelig på korttidsavdelingene for å ta imot pasientene tidligere i behandlingsforløpet. Når de selv ble ansatt på korttidsavdelingene, var det en annen virkelighet som ventet dem. En uttrykte det slik:

*Jeg jobbet på sykehus før, når samhandlingsreformen starta, og det var ganske interessant å komme på den andre siden. Når jeg kom hit så jeg at virkeligheten ikke var som den var forespeilet med tanke på utstyr og kompetansen. Jeg skulle sende avgårde de dårligste pasientene med pumper og greier, og det var vanskelig. Jeg følte jo at sykehjemmet hadde ansvaret, og at kompetanse og utstyret var der fordi det var en del av samhandlingsreformen og sånn skulle det være. Man følte at det var en del av avtalen. Men så skjønnte man at det ikke var sånn, da satt man og var irritert på sykehjemmene for at det ikke var sånn.*

Det ser ut som sykepleiere både på sykehjemmene og i sykehusene hadde en annen forventning med tanke på hvordan reformen ville påvirke samarbeidet

mellom tjenestenivåene. Kanskje spesielt med tanke på hvilke endringer man var forespeilet. Dette kommer også til uttrykk i sykepleiernes beskrivelser av mellomleddet, bydelenes søknadskontor. Selv om enkelte fortalte at kontakten med søknadskontorene fungerte, var fortellingene om misnøyen enda tydeligere:

*På en måte har det etter samhandlingsreformen blitt slik at bydelen sier en ting til sykehusene og en ting til sykehjemmene. De forteller at sånn er det hos oss på sykehjemmet, men til oss sier de noe annet enn hva de forteller sykehuset om oss.*

Det virker som sykepleierne var klar over situasjonen søknadskontorene sto i, men opplevde likevel at søknadskontorene, slik en sa det, «glemmer» at pasienten som skal skrives ut «er et menneske og ikke bare et navn på en data». Sykepleieren bemerket også at det måtte være lettere å ta avgjørelsen om å sende pasienten hjem når man slapp «menneske-til-menneske relasjonen».

*Hvis fru Hansen er en klar sykehjemskandidat i våre øyne og vi begynner på en sluttrapport, mens søknadskontoret sier at fru Hansen ikke har hatt behov for noe hjelp hjemme tidligere og at hun har vært helt selvhjulpen, så prøver vi å sende henne hjem. Nei, mener jeg. Om de har hatt et slag eller noe som gjør at det er helt umulig at hun skal klare seg hjemme og bydelen allikevel ønsker å forsøke å sende henne hjem bare en siste gang for å se, da har det hendt et par ganger at vi har måttet sette ned foten og gi beskjed til legen vår om at det er uakseptabelt. Dette gjelder også palliative pasienter som de skal begynne å flytte på fordi vi har søkt langtidsplass på fru Hansen på grunn av at hun har vært stabil over en lengre periode, men så går det nedover og vi ser at det er snakk om dager. Men bydelen kjører allikevel på.*

Beskrivelsene gir inntrykk av at sykepleierne ofte opplevde at kontakten med sykehusene og søknadskontorene var tuftet på forskjellige oppfatninger og forventninger til hverandre. Sykehusene overvurderte kompetansen på korttidsavdelingene, mens søknadskontorenes primære oppgave framsto for sykepleierne som å oppdrive «ledige senger».

## **Diskusjon**

Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleieres erfaringer ved korttidsavdelinger på sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Ut fra deltakernes beskrivelser av situasjonen er det tydelig at reformen har hatt direkte konsekvenser for avdelingenes rutiner og de ansattes arbeidsdag. Mye av det som kom fram under intervjuene ser ut til å være rettet mot implementeringen av reformen i en tidlig fase. Reformen har påvirket sykepleiernes arbeid på minst tre ulike måter: ny utskrivningspraksis fra sykehusene har ført til økt behov for 1) kompetanse, 2) samarbeid og 3) bedre disponering av tidsressurser.

De mest presserende situasjonene for sykepleierne ser ut til å være det økte tidspresset som går utover faglig forsvarlig praksis. Som funnene antyder

opplever deltakerne en presset arbeidshverdag etter samhandlingsreformen, de gir uttrykk for at pasienten kommer tidligere fra sykehuset og at tempoet på korttidsavdelingen har økt betraktelig. Pasientene har behov for avanserte medisinske prosedyrer som tar lenger tid enn tidligere, og sykepleierne følte at de drev brannslukking og hele tiden hang etter i arbeidet. Korttidsavdelingen har også fått økt arbeidsmengde i forbindelse med økning i arbeidsoppgaver som følge av hyppigere ankomster og utskrivinger av pasienter.

En av årsakene til denne situasjonen er utvilsomt sykehusenes nye praksis med å skrive ut pasienter raskere for å prioritere de sykeste pasientene (St. meld. nr. 47 2008-2009). Sykehusene har på denne måten fått en mulighet til å frigjøre senger tidligere enn før. Samtidig fikk bydelene kortere frist til å skaffe utskrivningsklare pasienter sengeplasser i kommunen. Tiden de hadde til rådighet gikk fra 72 til 24 timer fra en pasient var meldt utskrivningsklar til dagbøtene begynte å komme (Kommunal- og Regionaldepartementet 2011). Samhandlingsreformens virkninger går direkte ut over sykepleiernes mulighet til å kartlegge pasientenes behov og iverksette nødvendige tiltak. Dette skyldes at de ikke rekker over alle arbeidsoppgavene som følge av en kombinasjon av økt tidspres og flere kritisk syke pasienter. En konkret konsekvens er at det oppstår et skift av oppgavefokus fra sykepleiernes faglig-etisk forankrede omsorg til mer teknisk krevende prosedyrer, noe som følger av at det er blitt flere pasienter med behov for mer spesialiserte tjenester.

Avdelingene har altså fått mer komplekse pasientgrupper med svært dårlig helsetilstand. De blir også i større grad værende til de dør, noe som ikke var intensjonen ved opprettelsen av korttidsavdelingene (Pedersen og Tingvoll 2014). At det er blitt mer medisinsk og pleiefaglig krevende oppgaver ved korttidsavdelingene, medfører også at annet pleiepersonell på avdelingen vanskelig kan avlaste sykepleierne. Den endrede situasjonen med økt tidspres etter implementeringen av reformen ser ut til å ha fått betydelige konsekvenser for sykepleiernes arbeid, hvilket samsvarer med funn i andre studier (Gautun og Syse 2013; Pedersen og Tingvoll 2014).

Et behov for flere profesjonelle fagutøvere, i motsetning til ufaglærte, kommer tydeligst fram i intervjuene. Sykepleiernes utsagn tyder imidlertid på at kompetansehevende tiltak for å ta seg av de utskrevne pasientene som kommer fra sykehus til korttidsavdelingen, er avhengig av sykepleiernes eget individuelle initiativ. Gjennom selv å ta ansvar for å oppnå nødvendig kompetanse, virker det som at de individuelt *absorberer* konsekvensene av endringene skapt av reformen (Vike et al. 2002). På denne måten forblir endringenes rekkevidde skjult for ledere og andre beslutningstakere. Lederne på korttidsavdelingene kan for eksempel bli mer opptatt av å nå målene for raskere utskrivning for å motta nye pasienter fra spesialisthelsetjenesten, for å unngå å pådra kommunen bøter. Samtidig kan denne raske utskrivingspraksisen gå på bekostning av

kvalitetsmålene for avdelingen. En lignende utvikling er beskrevet i en kanadisk studie hvor ledere på sykehus hadde nok med å innfri eksterne krav om effektivitet, slik at de forsømte oppfølgingen av sine medarbeidere, særlig med hensyn til kompetanseheving blant personalet. Det var lettere for lederne å få øye på, og følgelig prioritere, sykepleiernes innsats for å frigjøre sengeplasser i og med at det synliggjorde «effektivitet» i lett målbare størrelser (Bergh et al. 2015). Dessuten viser forskning at budsjettet, særlig i mindre kommuner, ikke tillater avsettelse av midler til videreutdanning eller til å ansette spesialsykepleiere (Kassah et al. 2014B).

Mangel på systematiske tiltak for å fremme god kompetanse kan få konsekvenser for bemanningen, noe intervjudeltakernes utsagn også vitner om. Våre funn tyder på at når sykepleierne opplever at de ikke kan gi god omsorg til pasienten, kan det svekke jobbtilfredsheten. En slik utvikling har man sett ved endringer i helsevesenet både i Norge og i utlandet, hvor sykepleierne rapporterer at opplevd mangel på muligheter til å gjøre en god jobb fører til at mange opplever misnøye og vanskeligheter med implementering av nye rutiner (Corey-Lisle et al. 1999; Fläckman et al. 2009; Parry-Jones et al. 1998; Sandvoll et al. 2012). Dette kan føre til frustrasjon når sykepleiernes kompetanse og profesjonsnorm innebærer at de utøver sitt yrke på bakgrunn av omsorg og et ideal om at man skal være der for pasientene (Breivik og Obstfelder 2012). Det kan føre til en verdikonflikt som blir spesielt framtrædende når sykepleierne opplever en stor grad av endring i sitt arbeid i forhold til hva de har vært vant til.

Denne verdikonflikten har fått konsekvenser for sykepleierne som ofte føler utbrenthet og maktesløshet, slik noen utenlandske studier viser (Keddy et al. 1999; Peter et al. 2004; Venturato et al. 2006). Det er en utfordring å tilpasse seg disse endringene i sin arbeidshverdag. Lipsky (2010) mener at frontlinjeansatte tilpasser seg slike situasjoner gjennom forskjellige strategier. Man kan, som enkelte av sykepleierne i vår studie forteller at de gjør, avfinne seg med at sånn har det blitt og resignere. Det handler altså om endringer som de opplever ligger utenfor deres kontroll. De kan ikke gjøre annet enn å ta innover seg at slik har det blitt. Samtidig er det enkelte av sykepleierne som av faglig-etiske hensyn nekter å etterkomme søknadskontorets anmodning om å skrive ut pasienter. Andre studier har vist at slike pressede situasjoner over tid kan føre til at sykepleiere sier opp sin stilling (Pedersen og Tingvoll 2014).

Endringen i dynamikken i samhandlingen mellom bydelene og kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten, trer klart fram i kjølvannet av samhandlingsreformen. Reformens målsetting om effektivisering ser ut til å ha bidratt til et skifte i ansvar blant de institusjonene og enhetene som skal samarbeide. Dette har sin bakgrunn i spesialisthelsetjenestens raskere utskrivningspraksis, søknadskontorenes behov for å frigjøre ledige plasser, og korttidsavdelingenes opplevelse av tidspress og kompetanseproblemer.

Sykepleierne forteller om forskjellige opplevelser av hvordan samarbeidet fungerer innad i de ulike bydelene. Noen opplever at de har en god dialog og de har ukentlige møter med søknadskontoret, men også at det ved enkelte avdelinger er lite samhandling mellom partene. Dette er i tråd med det Kassah et al. (2014) fant om søknadskontorenes innvirkning i kommunehelsetjenesten. Noen av sykepleielederne opplevde at modellen fungerte, mens andre fortalte at de ikke fikk gehør for sine synspunkter og ønsker i samhandlingen med forskjellige enheter. Flere opplevde at det var vanskelig å få god kontakt med søknadskontoret (Kassah et al. 2014). I intervjuene som er gjort i vår studie, er det noen av sykepleierne som forteller at de må respektere søknadskontorenes beslutninger fordi de sitter med beslutningsmyndigheten, selv om sykepleierne ikke alltid er enige.

Johannessens (2014) doktorgradsavhandling bekrefter at definisjonsmakt var noe man brukte mye tid på, ved å krangle om hva som var «riktige» pasienter for avdelingen. Hennes studie gjaldt imidlertid «intermediærposter» som for øvrig er avsluttet i Oslo, og som selv avgjorde hvilke pasienter de kunne ta imot (Sykehjemsetaten 2013b, 2013c). Ved å gi søknadskontorene beslutningsmakten har man i dag fjernet korttidsavdelingenes mulighet for «selvstyring», slik at de i dag er mer prisgitt søknadskontorenes vurderinger. Enkelte ganger skapte det en uholdbar situasjon for sykepleierne og de nektet å etterkomme beslutninger. Men situasjonen skapte daglige konflikter både med pasientenes pårørende og pasienter, da sykepleierne opplevde å måtte stå til ansvar for beslutninger de selv ikke har noen formell myndighet til å gjøre noe med. Ubehaget sykepleierne opplevde i slike situasjoner kan minne om strategier som frontlinjeansatte bruker når de får ansvar for handlinger hvor brudd på pasientsikkerheten er faretruende og de nekter å utføre handlingene (Lipsky 2010). Denne handlemåten kan få betydning for samarbeidsklimaet med bydelen.

Omsorg er styrende for hvordan en sykepleier handler (Henriksen og Vetlesen 2000). Dette samsvarer med våre funn hvor informantene ser ut til å handle ut fra pasientens beste. I vanskelige situasjoner hvor sykepleierne blir stående mellom fattede vedtak og pasientens krav til omsorg, forteller deltakerne i vår studie at de heller handler på grunnlag av det de anser som pasientens beste. En slik prioritering er krevende for sykepleierne, men de er tydelige på at pasienten skal komme først. En konsekvens kan være at kommunene vil prioritere økonomi foran pasientene. En ekspertgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet i 2010 var skeptisk til at de økonomiske insentivene skulle styre tjenestene. Gruppen mente det forelå en risiko for at de syke eldre kunne få svekkede tjenester (HOD 2010).

Det er tydelig at sykepleierne i vår studie er fanget mellom ulike logikker på tvers av samarbeidskanalene. På den ene siden forholder de seg til den profesjonsfaglige omsorgsorienteringen med pasienten i fokus, og på den andre

siden må de rette seg etter den økonomiske rasjonalitet, representert ved søknadskontorene og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å påpeke at det er institusjonene og samhandlingslogikken mellom dem vi retter søkelyset mot, og ikke enkeltprofesjoner eller individene som jobber ved disse institusjonene. Økonomiske insentiver synes altså å være styrende for samarbeidsformen mellom de ulike enhetene etter samhandlingsreformen. Denne typen insentiver kan være et grep for å øke effektiviteten i de offentlige tjenestene, men kan også være et hinder for samhandling mellom helseinstitusjonene (Melby og Tjora 2013). Våre funn viser at de økonomiske insentivene påvirket sykepleiernes arbeidshverdag på en uheldig måte ved at de fikk økt belastning som følge av hyppigere overflytninger. Sykepleierne oppfattet det som at søknadskontorets vektlegging av økonomi overstyrte forsvarlig praksis, og at søknadskontorenes beslutninger, tuftet på økonomi, rammet pasientene ved at de verken fikk ivaretatt sine behov gjennom opphold på korttidsavdelingen, eller fikk tilfredsstilt behovet for fast sykehjemsplass. De opplevde at søknadskontoret nærmest tok beslutninger om at pasienten måtte hjem for at de skulle få kabalen til å gå opp, selv om sykepleierne opplevde det som uforsvarlig.

Problemer med koordinering og kapasitet når uavhengige organisasjonsenheter opererer på samme felt, men mangler samarbeidsfora og insentiver, er ikke uvanlig. Det kan føre til økt konsentrasjon og fokus på eget område på bekostning av redusert oversikt over de samarbeidende enheters betingelser og rammer. En uheldig konsekvens er at tjenesten til pasienten i sin helhet blir mer fragmentert og ansvaret pulverisert (Christensen et al. 2008). Med andre ord: pasienten kan bli «kasteball» mellom sykehus og korttidsenhetene. Pasienten skrives ut raskest mulig fra sykehus, men må tilbake etter kortere opphold ved korttidsavdelingen. Det er derfor viktig å merke seg at effektivitet kun er ett av de styrende prinsippene for menneskebehandling organisasjoner. Profesjonsutøvere, brukere og idelogier vil også øve trykk på det organisatoriske rammeverket. Dette spesielle kjennetegnet ved offentlig sektor bør i større grad tas hensyn til ved innføring av markedslignende insentiver i helsetjenesten (Christensen og Lægreid 2012).

Hermansen og Grødem (2013) framhever at det er rimelig å forvente at under samhandlingsreformen har korttidsavdelingene fått en «avlastningsfunksjon». Dette samsvarer med det sykepleierne forteller i vår studie. For at denne avlastningsfunksjonen skal kunne fungere som et godt mellomledd for pasienter som blir utskrevet fra sykehus og skal returnere hjem etter et kortere opphold ved korttidsavdelingene, må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og søknadskontorene fungerer godt. Dette tilsier at det må på plass tiltak for å øke samforståelsen av de respektive institusjoners funksjoner og kompetanse. Hvor vellykket en samhandling mellom enhetene blir avhenger derfor i stor grad av at de tar innover seg og vurderer de ulike påvirkningsfaktorene, slik som



kompetansen blant de ansatte på korttidsavdelingene og tidsressursene de har til rådighet for utføre arbeidet. Disse nye utfordringene kan spille en stor rolle for kvaliteten på tjenestene som pasientene kan forvente å få framover.

Styrken ved denne studien er at den bidrar med ny kunnskap om sykepleiernes erfaringer med og opplevelser av utfordringer knyttet til samhandlingsreformen i førstelinjen. Ved å belyse deres subjektive opplevelser får man større innsikt i måten reformen har hatt betydning for dem som skal iverksette den i praksis. Svakheter ved studien er at den er intervjubasert, og at det er en mulighet for at deltakerne i større grad trekker fram mer problematiske situasjoner eller som de husker best (Maynard-Moody og Musheno, 2003). Med seks intervjudeltakere er statistisk generalisering ikke formålet. Materialet virker imidlertid rikholdig nok til at det kan trekkes noen overordnede linjer rundt opplevelsen for sykepleierne på korttidsavdelingene og slik bidra til teoretisk generalisering (Tjora, 2010).

### **Avslutning**

Vår studie har vist at samhandlingsreformen i stor grad har endret sykepleiernes arbeidshverdag ved korttidsavdelinger. Det framkommer tydelig at det foreligger et stort behov for opprustning av kompetanse og grunnbemanning. Våre funn tyder på at det ikke er blitt igangsatt gode og helhetlige prosesser for å imøtekomme det store behovet for strukturelle tiltak ved korttidsavdelingene, annet enn den individuelle innsatsen fra enkelte avdelinger og engasjerte medarbeidere. Sykepleierne sitter derfor med mye ansvar for pasientene, men ofte med begrenset autonomi til å påvirke beslutninger som påvirker deres arbeid. Deres arbeidshverdag preges av en økt mengde rutiner som legger beslag på tiden deres, uten at de har fått mulighet til å utøve skjønn. Denne tilstanden kan på sikt true korttidsavdelingenes kvalitet og sentrale funksjon i ivaretagelsen av pasientene, spesielt for eldre pasienter med økt behov for behandling etter sykehusopphold.

Studien har hatt et eksplorativt fokus på enkeltsykepleiernes opplevelser og erfaringer med reformen. Funnene peker mot et behov for videre forskning som kartlegger pasientenes opplevelser av overgangen til primærhelsetjenesten ved utskrivelse fra sykehus. Det er også behov med større intervju- og observasjonsstudier fra flere sykehjem.

### **Litteratur**

Bergh, A L, Friberg F, Persson E og Dahlborg-Lyckhage E (2015) Perpetuating 'New Public Management' at the expense of nurses' patient education: a discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 22(3)  
<http://dx.doi.org/10.1111/nin.12085>

- Breivik, E og Obstfelder, A (2012) Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(02), 110-119.
- Christensen, T og Læg Reid, P (2012) Competing principles of agency organization - the reorganization of a reform. *International Review of Administrative Sciences*, 78(4)  
<http://dx.doi.org/10.1177/0020852312455306>
- Christensen, T, Lie, A og Læg Reid, P (2008) Beyond New Public Management: Agencification and Regulatory Reform in Norway. *Financial Accountability and Management* 24(1)  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0408.2008.00441.x>
- Corey-Lisle, P, Tarzian, A, Cohen, M og Trinkoff, A (1999) Healthcare reform: Its effects on nurses. *J. Nurs. Adm.*, 29(3), 30-37.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00005110-199903000-00006>
- Debesay J, Nåden D og Slettebø Å (2008) How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry* 15(1), 57–66.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00390.x>
- Debesay, J (2012) *Omsorgens grenser: en studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Fläckman, B, Hansebo, G og Kihlgren, A (2009) Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. *Nurs Inq*, 16(1), 82-91.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00434.x>
- Gadamer H-G (2004) *Truth and Method*. London: Continuum
- Gautun, H og Syse, A (2013) *Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehus?* Hentet fra Nova.no: [http://www.nova.no/asset/6986/1/6986\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/6986/1/6986_1.pdf)
- Grimen, H og Molander, A (2008) *Profesjon og skjønn*. Oslo: Universitetsforl.
- Hagen, R og Johnsen, E (2013) Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I L. Melby og A. H. Tjora (red.), *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hasenfeld, Y (2010) *Introduction*. In: Hasenfeld, Y. (Ed.), *Human Services as Complex Organizations*. Sage Publications, Newbury Park, CA, pp. 1e5.
- Haukelien, H, Vike, H, og Bakken, R (2009) *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Hentet fra Telemarkforskning: <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/filer/1643.pdf>
- Henriksen, J-O, og Vetlesen, A J (2000) *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- HOD (2010) *Helsetjenester til syke eldre* Hentet fra [http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne\\_rapporter/110124Rapport\\_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf](http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf)

- Huseby, B M (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013-15*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>.
- Johannessen, A-K (2014) *The role of an intermediate unit in a clinical pathway*. (nr. 1716), Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Johannessen, A, Tufte, P A, og Kristoffersen, L (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kassah, B, Tingvoll, W-A, og Fredriksen, S-T D (2014) Samhandling - sykepleieledere og bestiller-utførerenehet. *Geriatrisk sykepleie*, 6(3), 26-33.
- Kassah, B, Tønnessen, S og Tingvoll, W-A (2014b) Samhandlingsreformen-utfordringer, løsninger og implikasjoner. I (red.) Kassah, B.; Tingvoll, W-A; Kassah, A K: *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforl. Bergen
- Keddy, B, Gregor, F, Foster, S, og Denney, D (1999) Theorizing about nurses' work lives: the personal and professional aftermath of living with healthcare 'reform'. *Nurs Inq*, 6(1), 58-64. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00007.x>
- Kommunal- og Regionaldepartementet (2011) Kommuneproposisjonen 2012. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Kvale, S (2006) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Le Grand, J (2003) *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Pawns and Queens*. Oxford University Press, Oxford. <http://dx.doi.org/10.1093/0199266999.001.0001>
- Lipsky, M (2010) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Maynard-Moody S W og Musheno M C (2003) *Cops, Teachers, Counselors: Stories from the Front Lines of Public Service*. University of Michigan Press, Ann Arbor, MI. <http://dx.doi.org/10.3998/mpub.11924>
- OECD (2011) *Health at a Glance 2011* (Publication no. 10.1787/health\_glance-2011-en ). Hentet 20. februar 2013
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013*: OECD Publishing.
- Orvik, A (2004) *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Parry-Jones, B, Grant, G, McGrath, M, Caldock, K, Ramcharan, P, og Robinson, C A (1998) Stress and job satisfaction among social workers, community nurses and community psychiatric nurses: implications for the care management model. *Health & social care in the community*, 6(4), 271-285.
- Pedersen, K R og Tingvoll, W-A (2014) Kompetanseutfordringer i sykehjem - en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdags situasjoner. I Kassah, B, Tingvoll, W-A og Kassah, A K (red.), *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforl.

- Peter, E H, Macfarlane, A V, og O'Brien-Pallas, L L (2004) Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356-364. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03113.1.x>
- Saastad, A (2013) *Feil medisin: historien om Norges største sykehusskandale*. Oslo: Kagge.
- Sandvoll, A M, Kristoffersen, K og Hauge, S (2012) New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. *BMC Nursing*, 11 (7). <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-7>
- Schmid, H (2010) Organizational change in human service organizations: theories, boundaries, strategies, and implementation. I Y. Hasenfeld (red.), *Human services as complex organizations*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stake, R E (1995) *The Art of Case Study Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Sykehjemsetaten (2013a) *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i oslosykehjemmene*. Hentet fra <https://kgv.doffin.no/app/docmgmt/downloadPublicDocument.asp?DVI=D=144499&FMT=1&AT=15&ID=33072>
- Sykehjemsetaten (2013b) Oslo kommune styrker korttidstilbudet i sykehjemmene [Press release]. Hentet fra <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=252649&categoryID=24307>
- Sykehjemsetaten (2013c) Spydspiss Abildsø Hentet fra <http://www.utviklingscenter.no/spydspiss-abildsoe.5330546-179691.html>
- Tjerbo, T og Hagen, T P (2013) Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag, I: Noralv (red.) Veggeland (red.), *Reformer i norsk helsevesen: veier videre*. Akademika forlag. 65 - 77
- Tjora, A H (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Venturato, L, Kellett, U, og Windsor, C (2006) Searching for value: the influence of policy and reform on nurses' sense of value in long-term aged care in Australia. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 326-333. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009346371&site=ehost-live>
- Vike, H, Brinchmann, A, Brinchmann, A, Haukelien, H, Kroken, R, og Bakken, R (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øgar, P og Hovland, T (2004) *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal akademisk, Oslo.