



Tidsskrift for velferdsforskning
Årgang 19, Nr. 4-2016, s. 342–358
ISSN online: 2464-3076

DOI: 10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer

Bente L. L. Kassah

Dr.Polit, sosiologi, Førsteamanuensis, UIT Norges arktiske universitet, campus Harstad, Institutt for sosialt arbeid, barnevernpedagogutdanningen, bentelind.kassah@hih.no

Siri Tønnessen

Offentlig godkjent sykepleier, kandidat i sykepleievitenskap, PhD medisinsk etikk, Førsteamanuensis, Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, ISV campus Vestfold, siri.tonnessen@hbv.no

SAMMENDRAG:

I artikkelen presenteres en intervjustudie av 7 hjemmesykepleieres erfaring med samhandling med tildelingskontor, fastleger og legevakt. Hensikten var å utvikle kunnskap om deres opplevelse av utfordringer i samhandlingen og hvordan utfordringer imøtekommes. Datamaterialet er analysert og fortolket etter fenomenologisk hermeneutisk metode. Undersøkelsen viser at tildelingskontorets maktforvaltning og hjemmesykepleieres absorbering av ansvar styrer samhandlingen med tildelingskontoret. Når samhandlingen med fastleger lykkes, er moralsk forpliktelse et bærende element. I samhandling med legevakten gir hjemmesykepleiere fra seg ansvaret for pasienter når de opplever seg presset ut over egen kompetanse. Studien tyder på at det er behov for å myndiggjøre hjemmesykepleiere og å utvikle en felles forståelse for samhandling.

Nøkkelord

samhandling, hjemmesykepleie, myndiggjøring og makt.

ABSTRACT:

Interaction in Municipal Health Care – A Study of the Experiences of Home Care Nurses

This interview-based article presents the experiences of seven home health-care nurses on how they cooperate with the patient allocation office, medical practitioners and emergency medical centers. The study aims at developing knowledge on challenges in cooperation, and how home healthcare nurses meet them. The authors adopted the phenomenological–hermeneutic approach in analyzing and interpreting the data. The study reveals that


UNIVERSITETSFORLAGET

 **Idunn**
Nordiske tidsskrifter på nett

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for non-commercial use, provided the original author and source are credited.

the power management of actors in the patient allocation offices and the way the home healthcare nurses absorb responsibilities guide how they cooperate. There is a need for a moral obligation if the cooperation with the medical practitioners is to succeed. In cooperation with the emergency medical center units, the home healthcare nurses abandon their responsibility for the patients when they experience pressure to operate beyond their area of competence. The study shows that there is a need to empower home healthcare nurses and develop a common understanding of why and how to cooperate.

Keywords

coordination, home based nursing care, empowerment, power.

INNLEDNING

Kommunene har ansvar for å ivareta omfattende oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenester i velferdsstaten (Nyseter 2015). Formålet med kommunale deltjenester er at de skal dekke pasienters behov for helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011), og det er et juridisk krav at tjenester ytes faglig forsvarlig og at hjelpen er omsorgsfull (Helsepersonelloven 1999). Tjenester skal tilrettelegges slik at pasienter opplever et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud», noe som innebærer at pasienter opplever sammenheng mellom tjenester og tiltak ut fra individuelle behov (Gjevjon 2015). For å få til sammenheng mellom tjenester og tilbud er aktørene pålagt å samhandle slik at helsetjenesten fungerer som «en enhet» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Fokus i denne studien er hjemmesykepleieres opplevelse av samhandlingsutfordringer i relasjon til andre kommunale aktører.

Forskning viser at samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenester preges av ulike utfordringer, noe som blant annet kan ha sammenheng med kulturforskjeller i klinisk praksis (Hellesø og Fagermoen 2010), ulike styringsideologier (Busch 2012; Vabø 2007) kjønn og skjevfordeling av makt (Nettleton 2013; Vike og Haukelien 2007). Samhandling i helse- og omsorgstjenester er også kjennetegnet av at aktører tilhører ulike profesjoner som har monopol på kunnskap og praksis innenfor sitt felt (Nettleton 2013). Ifølge St. meld 47 har samhandling i helse- og omsorgstjenester et betydelig forbedringspotensial. For å legge til rette for bedre samhandling ble Samhandlingsreformen, som er en retningsreform, implementert (St. meld. 47 2008–2009). Hensikten med reformen er blant annet å bedre samhandlingen mellom aktører for å nå målet om et helhetlig tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten. Samhandling handler om «helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (ibid).

Gjennom samhandlingsreformen (heretter omtalt som reformen), ble det innført krav om avtaler som regulerer samhandlingen mellom spesialisthelse-tjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid

ikke krav om tiltak for å regulere samhandlingen mellom kommunale aktører, selv om reformen medførte nye oppgaver og påfølgende endringer i det kommunale tjenestetilbudet. Forskning viser at det har vært utfordrende for kommunene både økonomisk, kompetansemessig og organisatorisk å håndtere de nye oppgavene i tillegg til det allerede eksisterende tjenestetilbudet (Kassah, Tingvoll og Tønnessen 2014; Bing-Jonsson, Foss og Bjørk 2015). Det er for eksempel opprettet intermediære avdelinger og rehabiliteringsenheter i kommunene for å ta imot utskrivningsklare pasienter, samt vurdere pasienter for innleggelse. Forskning tyder imidlertid på at samhandlingsreformen har medført oppstykkede pasientforløp på grunn av intermediære avdelinger eller et forsterket intensivfokus i både kommuner og foretak (Norges Forskningsråd 2016). Endringene etter innføringen av samhandlingsreformen har også medført en ekspansjon av oppgaver og ansvar i hjemmesykepleien (Gautun og Syse 2013; Tønnessen, Kassah og Tingvoll 2016), en tjeneste som allerede før innføringen av reformen var preget av knappe ressurser i forhold til behov (Tønnessen 2011). For å håndtere endringene i oppgaver og ansvar er samhandling mellom helsepersonell på tvers av kommunale deltjenester et sentralt virkemiddel (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011; Meld. St. nr. 26 2014–2015).

I denne artikkelen presenterer vi en kvalitativ studie med utgangspunkt i hjemmesykepleien som har ansvar for å yte grunnleggende pleie- og omsorgstjenester til innbyggere som bor i eget hjem (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Grunnleggende pleie- og omsorgstjenester handler om å ivareta pasienters basale fysiologiske behov, som ernæring, eliminasjon og personlig hygiene, men også psykososiale behov som fellesskap, nærhet og tilbud om samtaler knyttet til eksistensielle spørsmål (Henderson 1990; Kvalitetsforskriften 2003; Verdighetsgarantiforskriften 2010).

I denne studien fokuseres hjemmesykepleieres opplevelse av samhandlingsutfordringer i relasjon til ansatte ved tildelingskontor, fastleger og legevakt. Videre belyses det hvordan utfordringene imøtekommes når hjemmesykepleierne søker å ivareta pasienters behov for et helhetlig tjenestetilbud. Det ble gjennomført kvalitative intervju 2 ½ år etter innføringen av reformen. I intervjuene fokuserte vi på samhandling når pasienter skrives ut fra sykehus og har behov for tjenester fra hjemmesykepleien, når pasienter som får hjemmesykepleie har behov for et mer omfattende tilbud, samt når pasienter i hjemmesykepleien har behov for medisinsk tilsyn fra fastlege/legevakt. I diskusjonen vektlegges teoretiske ressurser som makt, faglig skjønn og ansvar. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om samhandlingsutfordringer og hvordan hjemmesykepleierne håndterer disse, samt å identifisere mulige tiltak som kan ha betydning for samhandlingen mellom kommunale aktører.

Studien har sitt utspring i at forskning gjennomført etter innføringen av reformen i liten grad har undersøkt selve samhandlingen mellom kommunale aktører (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen 2014; Gautun og Syse 2013; Helsedirektoratet 2015; Norges Forskningsråd 2016). Den gjennomførte forskningen viser at reformens insentiver trolig har medført redusert antall

liggedøgn på sykehus, samtidig som presset på kommunale tjenester i forhold til antall pasienter som skal behandles har økt (Grimsmo 2015; Abelsen mfl. 2014; Helsedirektoratet 2015; Hermansen og Grødem 2015). Studier som kartlegger ulike kommunale aktørers erfaringer med innføringen av reformen tyder også på at pasienter skrives ut fra sykehuset tidligere enn helse- og omsorgstjenesten klarer å følge opp på en tilfredsstillende måte (Helsedirektoratet 2015; Abelsen mfl.), samtidig som de er sykere (Norheim og Thoresen 2015; Sæterstrand, Holm og Brinchmann 2015). Pasienter med behov for kommunale tjenester er med andre ord mer behandlings- og pleietrengende enn før (Gautun og Syse 2013). Det fremheves at pasienter er i en svært sårbar situasjon når de får tjenester tilrettelagt fra kommunen, og flere uttrykker bekymring for om kommunale helse- og omsorgstjenester klarer å følge opp pasientene på en tilfredsstillende måte etter innføringen av reformen (Abelsen mfl. 2014; Helsedirektoratet 2015; Kassah mfl. 2014).

Dette innebærer at behovet for samhandling mellom kommunale aktører trolig er større etter innføringen av reformen, spesielt hvis pasienter skal oppleve helhet i tjenestetilbudet. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre om de funn som fremkommer i forskning etter innføringen av reformen entydig kan sies å skyldes reformen eller andre forhold. Dette fordi samhandlingsreformen innebærer store endringer i organisasjonene og det tar tid før alle effekter av reformen blir synlige (Grimsmo 2015; Norges Forskningsråd; 2016). Tross dette, kan forskning gjennomført i implementeringsfasen av reformen kunne belyse samhandlingsutfordringer og gi mulighet for korrigeringer tidlig i reformens forløp.

Studiens kontekst

Samhandling mellom aktører i offentlig sektor har de siste tiårene foregått innenfor rammen av New Public Management (NPM) (Busch 2012). NPM betegner teorier og modeller for styring og organisering av offentlig sektor og har sitt utspring i ideale markedsmodeller og privat sektor (Hood 1991; Lian 2003). Modellene bygger på markedsliberalistisk tenkning om offentlig sektor og innebærer i rendyrket form at en ikke styrer etter myndighet, men gjennom forhandlinger og kontrakter mellom bestiller og utfører (Nyseter 2015). Det overordnede målet er å styre, fordele og utnytte ressursene mest mulig effektivt (Torsteinsen 2012). Det legges også vekt på målstyring, konkurranse, desentralisert ledelse og brukernes frie valg. De fleste kommuners organisering av tilbud og tjenester er preget av NPM, men har fått ulik utforming i kommunene (Torsteinsen 2012). Modifiserte utgaver av bestiller–utførermodellen (BUM) er utbredt innenfor pleie- og omsorgstjenester (Øgård 2000). Modellen innebærer et organisatorisk skille mellom enheter som har et forvaltningsansvar og ivaretar myndighetsutøvelsen, og enheter som yter tjenester i pasienters hjem (NOU 2005:3; Busch 2012). I denne studien er pleie- og omsorgstilbudet organisert etter bestiller–utførermodellen (BUM). Forvaltningsansvaret er tillagt en enhet som omtales som tildelingskontoret, hvis oppgaver er å utrede pasienters pleie- og

omsorgsbehov, fatte enkeltvedtak og tildele kommunale pleie- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011; Forvaltningsloven 1967). Hjemmesykepleien har som utøvende enhet ansvar for å utføre de pleie- og omsorgstjenester tildelingskontoret innvilger pasienter. Dette innebærer at sykepleierne i hjemmesykepleien samhandler med aktører ved tildelingskontoret når pasienter skrives ut fra sykehus og trenger tjenester i hjemmet. De samhandler også med tildelingskontoret når pasienter har behov for å øke et allerede eksisterende tjenestetilbud fra hjemmesykepleien. Videre er fastlege og legevakt viktige samhandlingspartnere for hjemmesykepleierne når pasienter blir akutt syke og trenger medisinsk tilsyn og vurdering.

TEORETISKE RESSURSER

Samhandling inneholder ifølge Orvik (2015) et juridisk og etisk imperativ om at aktører skal handle sammen i konkrete situasjoner, noe som fordrer gjensidig tilpassing av partenes arbeidsoppgaver, felles forståelse av situasjonen og av at samhandling er nødvendig. To sentrale elementer i samhandling er samarbeid og samordning (Melby og Tjora 2013; *ibid.*). Samordning krever beslutninger på systemnivå og handler om å formalisere tiltak, enten innenfor den enkelte organisasjon, eller mellom organisasjoner for å løse bestemte oppgaver og realisere felles mål. Samarbeid beskrives videre som en positiv innstilling mellom aktører som fører til uformell kontakt. Det er imidlertid ikke knyttet forpliktelser til konkrete handlinger når aktører samarbeider, noe som innebærer at samarbeid er personavhengig (Orvik 2015). Det er videre et krav at kommunale tjenester skal ytes forsvarlig. Forsvarlighetskravet er rettet mot både virksomhetsnivå (systemnivå) og mot den enkelte profesjonsutøver på individnivå (Helsepersonelloven 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven 2011; Tønnessen 2011). På individnivå handler det om at hver profesjonsutøver yter tjenester etter faglige retningslinjer og normer, slik at pasienter sikres et faglig forsvarlig tilbud også på tvers av deltjenester (Helsepersonelloven 1999; Tønnessen og Nortvedt 2012). Behovet for samhandling er derfor omfattende og krevende, fordi det er mange aktører med ulik profesjonsbakgrunn som skal arbeide sammen for å ivareta et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud.

Organisatorisk kontinuitet er sentralt for at pasienter mottar rett hjelp og omsorg til rett tid av rett person (Gjevjon 2015). Sentrale elementer i organisatorisk kontinuitet er planlegging, koordinering og tilrettelegging av helsetjenesten, samt ressursfordeling og styring (*ibid.*). Organisatorisk kontinuitet er viktig for den informative kontinuiteten (Van Servellen, Fongwa, Mockusog D'Errico 2006; Freeman *mfl.* 2007). Informativ kontinuitet viser til at relevant informasjon om pasienter alltid er tilgjengelig for aktører som har rett til, og behov for, informasjonen. For å ivareta informasjonskontinuitet kreves systematisk skriftlig og muntlig kommunikasjon mellom aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Moen, Hellesø og Berge 2008). Samhandlingen skjer imidlertid i organisasjoner som består av både formelle

og uformelle strukturer (Selznick 1984), noe som kan få betydning for hvordan både informativ og organisatorisk kontinuitet fungerer.

Webers (1971) forståelse av makt som et relasjonelt fenomen er grunnleggende for vår forståelse av begrepet. I følge Weber (1971) er maktfordelingen i et byråkrati relasjonell, rollebetinget, knyttet til kompetanse, og orientert mot sak og rettferdighet. Hvis makt skal vedvare over tid er det viktig at makten er legitim (ibid). I følge Engelstad (2009) kan legitim makt forankres i maktposisjoner som er begrunnet i regler og prosedyrer, gjennom valg og gjennom aktørers kunnskap. Begrepet makt betegner ubalanse i relasjoner (ibid). Reorganiseringen av kommunalt ansvar og det at ansatte ved tildelingskontoret har beslutningsmyndighet i tildeling av tjenester i hjemmesykepleien, berører derfor maktbalansen mellom hjemmesykepleiere og andre kommunale aktører. Myndiggjøring (empowerment) handler om å omfordele og omstrukturere maktrelasjoner (Vik 2007). Askheim (2007) benytter begrepet strukturell myndiggjøring for å betegne at formelle strukturer gir rom for at den enkelte kan benytte de muligheter som finnes i et sosialt system. Begrepene kan bidra til å kaste lys over hjemmesykepleierens opplevelser av maktutøvelse og deres håndtering av samhandlingsutfordringer.

Våre informanter tilhører sykepleieprofesjonen og samhandler med andre profesjonsutøvere som leger, vernepleiere sosionomer osv. Kunnskap er et kjernebegrep for profesjoner, og innenfor profesjons sosiologi legges det vekt på ulike sider ved profesjoners monopoliserte kunnskap. Et felles trekk ser imidlertid ut til å være at kunnskap som underbygger profesjoner er kreditert gjennom relativt høy formell utdanning (Smedby 2008). Det forventes at profesjonsutøvere innenfor hjemmesykepleie har kunnskap om pasienters helsetilstand og funksjonsnivå. Hjemmesykepleiere forventes også å ha kontekstuell kunnskap som omfatter pasienters livssituasjon, sosiale nettverk, den kulturelle sammenheng pasienter lever i og det fysiske miljøet som omgir dem (Konsmo 1995; McCormack og McCanes 2006).

Sykepleiefaglig profesjonsutøvelse innebærer utøvelse av faglig skjønn (Alsvåg 2015) og skjønnsbasert arbeid beskrives som det å resonnerer om hva som bør gjøres i enkelttilfeller (Grimen og Molander 2008). Det særegne ved skjønnsbaserte vurderinger er at det kreves et faglig handlingsrom der utøvere har tid og rom til å foreta helhetlige vurderinger av pasienters situasjon (Alsvåg 2015). Handlingsrommet er begrenset av myndighetenes restriksjoner knyttet til økonomiske ressurser, organisatoriske strukturer og juridiske forpliktelser (Tønnessen 2011). I følge O'Neill (2002), kan ansvar forstås som både et forvaltningsansvar og et moralsk ansvar. Forvaltningsansvar handler om å være tilregnelig og til å stole på. Profesjonsutøveren er ansvarlig for sine handlingsvalg og disse skal kunne begrunnes, forsvares og rettferdiggjøres overfor de restriksjoner som er fastsatt av myndighetene. Moralsk ansvar handler om at man i tillegg til å være tilregnelig og til å stole, også er ansvarlig i årsaksbestemte relasjoner som i det komplementære rolle settet hjelper-pasient. Dette innebærer å imøtekomme pasienters behov for omsorg i konkrete situasjoner, noe som betyr å la seg berøre og ivareta pasi-

enters behov for hjelp her og nå (Martinsen 2003). For å illustrere ansvarsforholdene kan arbeidsfordelingen innenfor BUM tjene som et eksempel. Når hjemmesykepleieren er hjemme hos pasienten og kun forholder seg til tildelingskontorets vedtak, ivaretar vedkommende forvaltningsansvaret. Det å ivareta et moralsk ansvar i samme situasjon innebærer å utøve skjønn, det vil si å gjøre en selvstendig vurdering av pasientens behov for omsorg og pleie, og ikke bare handle i tråd med vedtaket (Tønnessen 2011).

METODE

Vi valgte å benytte en kvalitativ tilnærming fordi vi ønsket å gjennomføre en detaljert analyse av informantenes erfaringer (Flick 2014). Etter muntlig henvendelse til sykepleieledere i to kommuner, fikk vi tilgang til 7 informanter fra hjemmesykepleien. Valg av kommuner og informanter er begrunnet i at de befinner seg innenfor samme helseforetak, må forholde seg til de samme samhandlingsavtaler og tjenesteytingen er organisert i BUM. Ved å henvende oss til hjemmesykepleiere søkte vi målrettet etter informanter som hadde erfaring innenfor feltet, det vil si at vi benyttet et hensiktsmessig utvalg (Bryman 2008). Informantene ble valgt fordi de hadde administrativt ansvar for å planlegge tjenesteytingen, ta imot pasienter fra sykehuset, og yte tjenester direkte til pasienter. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke og informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra forskningsprosjektet når som helst, noe ingen valgte å gjøre. To forskere gjennomførte semi-strukturerte intervju som varte fra 1–1½ time. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen og data er lagret etter gjeldende retningslinjer.

Vi valgte semi-strukturerte intervju fordi denne formen for samtale gir mulighet for å gå i dybden, følge opp informantenes betraktninger og innspill, samtidig som det etableres en viss struktur i intervjuet (Kvale 1997; Fog 2001; Denzin og Lincoln 2011). Semi-strukturerte intervju gir rom for at informantene kan reflektere over egne erfaringer (Van Manen 1990). I intervjuene var vi spesielt opptatt av hvordan ansatte i hjemmesykepleien søker å løse utfordringer når pasienter utskrives fra sykehus, får endrede tjenestebehov og blir akutt syke med behov for medisinsk tilsyn.

I intervjusituasjonen la vi vekt på å etablere relasjoner preget av åpenhet. Kontakten som etableres i intervjusituasjonen vil være avgjørende for hva informantene deler og får dermed betydning for kvaliteten på forskningsmaterialet (Fog 1996; Kvale 1997). I samtalene erfarte vi at informantene reflekterte over hendelser i samhandlingen som de hadde opplevd som viktig for de løsninger de hadde «landet på» (Cresswell 2007). For å sikre datamaterialets kvalitet reformulerte vi ofte informantenes utsagn i form av spørsmål, for å sjekke at vi hadde forstått det de ønsket å formidle. Dette viste seg å

være nyttig fordi flere informanter reflekterte over våre reformuleringer og utdypet sine utsagn.

Vår interesse var knyttet til informantenes subjektive erfaring og deres dybdekunnskap om temaet. Denne undersøkelsen er derfor begrenset og kunnskapen som er utviklet er bundet til den enkelte informants subjektive opplevelse av samhandling, og av undersøkelsens kontekst. Vi søkte ikke å utvikle generaliserbar kunnskap, men å belyse informantenes opplevelse av den virkelighet de samhandler innenfor. Den utviklede kunnskapen kan bidra til å belyse utfordringer i samhandlingen mellom kommunale aktører i kommuner der tildelingen av tjenester foregår gjennom bestiller–utførermodellen. I følge Fog (1996) er informantenes erfaringer et resultat av en felles biologisk og kulturell sammenheng, og de er forbundet i en felles sosial sammenheng i praksis og språk. En kan derfor utvikle kunnskap om virkeligheten også gjennom utsagn (Fog 2001), slik som vi har gjort i denne undersøkelsen.

I bearbeidelsen av datamaterialet benyttet vi en fenomenologisk–hermeneutisk tilnærming med meningsfortetting og utvikling av meningsenheter (Kvale 1996). Etter første gjennomlesning ble det gjort markeringer i teksten og notater i marginen for å få et overblikk. Deretter ble det gjort meningsfortettinger av den enkelte informants utsagn. Disse meningsfortettingene ble så sett i sammenheng for å utvikle overordnede kategorier. Disse kategoriene utgjør våre empiriske funn.

EMPIRISKE FUNN OG DISKUSJON – OM HJEMMESYKEPLEIERES ERFARINGER MED SAMHANDLING

Gjennom analysen fremkom fire overordnede funn. Det første viser at tildelingskontoret har beslutningsmyndighet og styrer samhandlingen. Videre fremkom det at hjemmesykepleierne absorberer ansvar i samhandling med tildelingskontoret. Funn tre viser at aktørens moralske forpliktelse kan betraktes som et bærende element i samhandlingen mellom fastlege og hjemmesykepleier. Det siste funnet viser at hjemmesykepleierne setter grenser i samhandlingen med ansatte på legevakten.

Tildelingskontoret styrer samhandlingen

Informantene beskriver at aktørene ved tildelingskontoret har den formelle beslutningsmyndighet når pasienter får tildelt tjenester i eget hjem, noe som er i tråd med organiseringsmodellen BUM. En informant forteller:

Kanskje er det noe som vi ser allerede på papiret [enkeltvedtaket] (...) her er en pasient som trenger høyere omsorgsnivå, altså som ikke kan reise hjem igjen, som trenger en langtidsplass. Men tildelingskontoret sier noe om at vi har vurdert alle muligheter. Det finnes ikke noen annen måte å gjøre det på. Og vi mener det her er det beste ... Det er de som på en måte har det siste ordet (...) Vi føler vel ikke alltid at vi blir hørt.

En annen informant understreker også at det er tildelingskontoret som bestemmer hvilke tjenester pasienter skal få og sier: «Ja, vi må jo forholde oss til der de legger løpet, ikke sant, Det er jo de som legger løpet for oss ...». Hjemmesykepleierne gir videre uttrykk for at de opplever at aktører ved tildelingskontoret ikke kjenner pasienter like godt som de selv gjør og vil ha innflytelse over hvilke tjenester pasienter tildeles:

Det er ikke det at jeg ikke stoler på tildelingskontoret. Men (...) det er vel og det at jeg føler at jeg kjenner brukeren best (...). Og det tror jeg jo faktisk at tildelingskontoret kjenner litt på og.

Informantenes utsagn kan forstås som at aktørene ved tildelingskontoret, som bestemmer omfanget av hvilke tjenester pasienter skal få i eget hjem, trolig har mindre kontekstuell kunnskap om pasienter enn hjemmesykepleierne. Dette tyder på at den formelle maktfordelingen innenfor BUM, gir hjemmesykepleierne liten mulighet for å påvirke tildelingen av type og omfang av tjenester, noe som fremkommer også i andre undersøkelser (Tønnessen 2011; Kassah, Tingvoll og Fredriksen 2014). Funnene antyder videre at hjemmesykepleierne sjelden blir hørt når de søker om å få endret en tildeling, og de kan betraktes som utøvere med liten, eller ingen makt i vedtaksprosesser.

Det er mulig at den formelle fordelingen av makt, som er legitim ifølge organisasjonens struktur, skaper barrierer som begrenser hjemmesykepleiernes innflytelse i vedtaksprosesser. Slik sett kan BUM hindre en strukturell myndiggjøring (Askheim 2003). Sagt på en annen måte, BUM bidrar trolig til en strukturell umyndiggjøring av hjemmesykepleierne i relasjonen til tildelingskontoret. Begrenset innflytelse i vedtaksprosesser ser ut til å hindre at hjemmesykepleiernes kontekstuelle kunnskap blir en aktiv ressurs i samhandlingen. Når hjemmesykepleierne erfarer at aktører ved tildelingskontoret mangler kontekstuell kunnskap, kan maktutøvelsen i vedtaksprosesser oppleves som å mangle legitimitet. Dette fordi kunnskap er et legitimitetsaspekt ved maktutøvelse (Engelstad 2009). Hvis vedtakene i liten grad inkluderer hjemmesykepleiernes kontekstuelle kunnskap, kan mulighetene for å imøtekomme pasienters faktiske behov i situasjonen reduseres. Hjemmesykepleierne kan slik bli utsatt for et krysspress fordi de i liten grad kan ivareta pasienters behov utover forvaltningsansvaret, det vil si, at muligheten for ivareta et profesjonelt moralsk ansvar er begrenset. Dette kan redusere muligheten for å yte et individuelt og helhetlig tilbud til den enkelte pasient (Alsvåg 2015), og det kan stilles spørsmål ved tjenestens forsvarlighet (Tønnessen og Nordtvedt 2012).

Studien tyder videre på at den formelle maktutøvelsen begrenser kommunikasjonen mellom aktørene. Etablering av uformelle relasjoner, som ifølge Orvik (2014) er et sentralt element i samhandlingen, kan da bli vanskelig. Den skriftlige dokumentasjonen som foreligger i enkeltvedtakene er videre ofte mangelfull (Tønnessen, Førde og Nordtvedt 2009). Dette får konsekvenser for ivaretakelsen av den informative kontinuitet, som skal

sikre at relevant pasientinformasjon er tilgjengelig til enhver tid for aktører som har rett til, og behov for den (Freedman, Woloshynowych, Baker, Boulton, Guthrie, Car, Haggerty, Tarrant 2007). Det kreves både systematisk skriftlig og muntlig kommunikasjon mellom aktører for å ivareta en informativ kontinuitet. Mangelfull pasientinformasjon gjør det trolig vanskelig for hjemmesykepleierne å ivareta pasienters behov for pleie- og omsorgstjenester på en tilfredsstillende måte.

Formelle maktrelasjoner kan slik påvirke hjemmesykepleiernes mulighet for å imøtekomme både det administrative og moralske ansvaret, som det forventes at de skal ivareta i utøvelsen av sin profesjon (O'Neill 2002). Samtidig inneholder samhandlingsreformen få krav om formaliserte tiltak rettet mot samhandling internt i kommunen, noe som kan bidra til at den organisatoriske kontinuitet svekkes. Det er også usikkert om samhandlingsreformen bidrar til strukturell myndiggjøring (Askheim 2003) slik at hjemmesykepleiernes kontekstuelle kunnskap kan legges til grunn for pasienters tilbud. Dermed kan det være vanskelig å realisere målet om et faglig forsvarlig og helhetlig tjenestetilbud, og samhandlingen om den enkelte pasients individuelle behov er fremdeles en utfordring.

Absorbering av ansvar

Hjemmesykepleierne forteller at de utfører oppgaver som er tildelingskontorets ansvar, og gjennomfører blant annet førstegangs hjemmebesøk, fordi tildelingskontoret mangler ressurser. En informant sier:

Men saken er jo den at tildelingskontoret har ikke den store kapasiteten til å gjøre alle de oppgavene. Så vi gjør jo mange av de oppgavene som tildelingskontoret [skal gjøre] (...) og besøke pasienten først, som egentlig tildelingskontoret skal gjøre (...)

De beskriver også at hjemmesykepleien yter tjenester før tjenester formelt er innvilget, fordi pasienter trenger det. En forteller:

I mange tilfeller så må vi gjøre det. For vi kan ikke vente (...) noen ganger så må vi jo sette i gang før vi har fått beskjed fra tildelingskontoret. Det kan være fordi at han [fastlegen] kanskje har sagt til oss at «Ja det er noe akutt med en som trenger noe ekstra hjelp, som ikke har mulighet til å få noe hjelp fra andre». Da gir vi beskjed til tildelingskontoret og så starter vi en tjeneste.

Sykepleierne sier videre at pasienter kan få tjenester fra hjemmesykepleien i lang tid uten at de har vedtak. Dette innebærer at tiden hjemmesykepleien bruker til å yte tjenester i perioden før vedtak fattes, ikke blir registrert hos tildelingskontoret. En sier det slik: «Pasienter kan stå på [hjemmesykepleiens arbeidsplan] i månedsvis før de får vedtak. Det blir ikke lagt inn i tjenestetid, og dermed er det ingen som ser at vi er der».

Informantenes utsagn viser at aktørene utfører arbeidsoppgaver for tildelingskontoret og iverksetter tjenester til pasienter uten at vedtak foreligger.

Utsagnene kan forstås som at hjemmesykepleierne absorberer ansvar i samhandlingen med tildelingskontoret. I følge BUM foreligger formelle regler om at hjemmesykepleierne skal vente med å yte tjenester til de har mottatt vedtak fra tildelingskontoret. Samtidig har pasientene, og sykepleierne selv, forventninger til at grunnleggende pleie- og omsorgstjenester skal ivaretas når pasienter har behov for det. Hjemmesykepleierne opplever slik mange og motstridende forventninger til hvordan de skal ivareta rollen som profesjonelle omsorgsutøvere (Tønnessen 2011). Dette kan betraktes som et krysspess i samhandlingen med tildelingskontoret, og hjemmesykepleierne søker å dempe krysspesset ved først og fremst å ivareta pasienters behov gjennom å absorbere tildelingskontorets ansvar. Dette kan betraktes som en ny dimensjon ved det å absorbere ansvar fordi tidligere forskning viser at aktører i hjemmetjenester absorberer ansvar når det er et misforhold mellom pålagte oppgaver og tjenestekapasitet (Vike og Haukelien 2007).

Hjemmesykepleiernes absorbering av ansvar kan blant annet forstås ut fra at helse- og omsorgstjenesten preges av en kjønnert profesjonsstruktur (Nettelton 2013). Kvinner ser ut til å ha få grenser for hvilke oppgaver de påtar seg, og er nærmest selvutslettende i rollen som omsorgsgivere (Vike og Haukelien 2007). Når hjemmesykepleiere tar ansvar for pasienter og handler i samsvar med en kjønnert profesjonsstruktur, kan dette også forstås som myndiggjøring fordi de tar moralsk ansvar i situasjonen i tråd med profesjonens verdier (Martinsen 2003). Imidlertid kan absorbering av ansvar samtidig forstås som om at de fraskriver seg ansvaret for å endre konteksten for samhandling. Når hjemmesykepleierne kompenserer for manglende ressurser ved tildelingskontoret for å dekke pasienters behov, kan dette på kort sikt være til pasienters beste fordi deres behov for tjenester blir ivare tatt. Samtidig innebærer hjemmesykepleiernes handlingsvalg at aktører ved tildelingskontoret fratras ansvaret for disse oppgavene. På lang sikt kan imidlertid hjemmesykepleiernes løsning på krysspesset bidra til at ressursmangelen både i hjemmesykepleien og ved tildelingskontoret kamufleres. Dette kan føre til at dysfunksjonelle strukturer som styrer den formelle samhandlingen mellom aktørene i de to ulike organisatoriske enhetene opprettholdes (Merton 1957).

Den moralske forpliktelsen bærer samhandling

Flere informanter forteller at det kan være vanskelig å få tak i pasienters fastleger når pasienter har behov for medisinsk vurdering. En uttrykker det slik:

Vi kan bruke ganske lang tid på å nå i gjennom til de [fastlegene] når det er noen henvendelser vi har. Vi har jo internummer ... vi kommer i gjennom og får lagt igjen beskjed, men det tar ofte lang tid å få tilbakemelding. Og den tilbakemeldingen kan ofte komme på kvelden og i helgene når vi kanskje har litt redusert bemanning. Så ringer de tilbake når man er ute hos en pasient og da kan det være vanskelig (...)

Andre informanter beskriver at samhandlingen med fastlegen oppleves som å fungere godt. En informant sier: «Ja, fastlegen har vi et veldig nært samarbeid med. Han kan du nå når tid som helst. Du kan få han med ut til brukeren og ... han har vært fastlege her i alle år og han kjenner dem».

En annen informant forteller at:

(...) er det syke pasienter så er han veldig fleksibel og foreslår du noe så er han veldig med på det /.../ foreslår vi at han kan ta seg en ettermiddagstur til noen så gjør han det. Så der er vi jo heldige som har.

Informantenes utsagn tyder på at samhandlingen mellom hjemmesykepleiere og fastleger oppleves forskjellig av hjemmesykepleierne og noen opplever at det er vanskelig å få kontakt med fastlegen. Dette kan forstås som om at både samordningen og samarbeidet mellom aktørene er begrenset (Orvik 2015). Andre informanter beskriver at samarbeidet preges av nærhet til, og kunnskap om pasientene, samtidig som tilgjengelighet og fleksibilitet løftes frem som viktige egenskaper ved samhandlingen. Dette kan forstås som om at samarbeidet mellom aktørene fungerer. I enhver omsorgsrelasjon vil det komplementære rollesettet hjelper – pasient inneholde en etisk fordring, det vil si en moralsk forpliktelse i den enkelte situasjon om å ivareta pasienters behov for tjenester her og nå (Martinsen 2003). Det er mulig at både fastleger og hjemmesykepleiere, som deler kontekstuell kunnskap om enkeltpasienter, handler på en moralsk forpliktelse som bidrar til at relasjonene preges av tilgjengelighet og fleksibilitet. I disse relasjonene opplever samtidig hjemmesykepleierne økt innflytelse, noe som kan bety at den delte kontekstuelle kunnskapen og den moralske forpliktelsen om å ivareta pasienters behov for tjenester her og nå, fungerer som grunnpilarer for samhandlingen. Det er også mulig at delt kontekstuell kunnskap bidrar til at relasjonene mellom hjelper og pasient blir mindre preget av anonymitet. Rolledistansen kan bli mindre slik at pasienten fremtrer med en personlig identitet (Goffman 1967; Travelbee 1971), noe som kan forsterke ansvarsfølelsen hos profesjonsutøverne. Den moralske forpliktelsen, og en forsterket ansvarsfølelse overfor pasienter kan slik bidra til å styrke samarbeid og kunnskapsutveksling mellom profesjonsutøvere på tvers av organisatoriske enheter.

Studien tyder på at samarbeidet kan føre til en uformell samordning (Selznick 1984) av tiltak, som for eksempel når hjemmesykepleierne ber fastlegen om å avlegge et hjemmebesøk hos pasienter etter arbeidstid. Uformell samordning fanges ikke av Orviks (2015) begrep om samordning, fordi det krever formelle vedtak. Diskusjonen tyder videre på at også den moralske forpliktelsen kommer til uttrykk i det uformelle samarbeidet mellom hjemmesykepleiere og fastlege. Dette kan bety at det er behov for samordnings-tiltak i kommunale deltjenester som bidrar til at det etableres et felles handlingsrom for kunnskapsutveksling mellom involverte aktører. Et felles møtested kan gi rom for profesjonelle diskurser og bidra til felles forståelse

blant ulike profesjonsutøvere om pasienter og deres situasjon, noe som ser ut å være sentralt for å ivareta moralsk skjønnsutøvelse og yte forsvarlige tjenester. Samhandling inneholder en moralsk forpliktelse om å samhandle til pasienters beste (ibid.).

Datamaterialet viser videre at når fastlegen ikke er tilgjengelig og tilbakemeldingen kommer sent, er det vanskelig å imøtekomme den moralske forpliktelsen om å ivareta pasienters behov her og nå. Begrenset tilgjengelighet kan ha sammenheng med at fastleger og hjemmesykepleiere i mindre grad deler kontekstuell kunnskap om den enkelte pasient, noe som kan påvirke både innstillingen til samarbeid og muligheten for å ivareta den enkelte pasients behov for pleie og omsorg.

Grensesetting i samhandling

Legevakten har, etter normal arbeidstid og i helger, formell beslutningsmyndighet for hvilke pasienter de tar imot, vurderer og eventuelt legger inn i sykehus (St. meld. 47 2008–2009). Sykepleierne beskriver at når pasienter blir akutt syke og trenger medisinsk vurdering utenom vanlig kontortid, kontaktes legevakten for å få pasienter innlagt på sykehus. En informant beskriver det slik:

(...) ifra klokken fem den ettermiddagen til hun ble innlagt, klokken halv ti, så var jeg i kontakt med de ... Jeg tror det var fire ganger. Og da fikk jeg beskjed om at ja, du må observere, du må se, du må ta en vurdering. Og jeg sa, alle de gangene, jeg kan ikke ta ansvar for hennes helse. Jeg forteller hva jeg ser. Ja, du må se, du må vurdere. Og til slutt så sa jeg: hun skal inn. Jeg kan ikke gjøre noe mer. Hun skal inn. Og da var det greit.

En annen forteller videre at: «Vi må ha argumenter i haugervis for å få dem inn på legevakta».

Hjemmesykepleierens utsagn kan forstås som om at de må forhandle med ansatte på legevakten for å få pasienter medisinsk vurdert. Hjemmesykepleierne gir videre uttrykk for at de i noen tilfeller også må fraskrive seg ansvaret for pasienter, og slik presses ansatte ved legevakten til å ta ansvar for en medisinsk vurdering. Våre funn viser at hjemmesykepleierne imøtekommer forventninger som legevaktens ansatte retter mot dem. De observerer og vurderer pasienters tilstand gjentatte ganger, selv om de mener at pasienter har behov for medisinsk tilsyn. Kommunikasjonen mellom aktørene tyder på at hjemmesykepleierens faglige vurderinger i liten grad blir tillagt vekt, noe de opplever som problematisk.

Dette kan tyde på at relasjonene mellom aktørene er preget av at de ansatte ved legevakten har definisjonsmakt tidlig i forhandlingsprosessen om den enkeltes pasient. Samtidig framkommer det at hjemmesykepleierne setter tydelige grenser når deres kompetanse oppleves som utilstrekkelig. Dette kan forstås som om at når sykepleierne «setter ned foten», tar de definisjonsmakten og fraskriver seg ansvaret fordi de opplever at det er fare for pasienters

liv og helse. Dette tyder på at makten i relasjonen mellom hjemmesykepleiere og ansatte ved legevakten bringes i balanse når sykepleierne presses til å ivareta et ansvar de hverken har kompetanse på eller mulighet til å ta.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi presentert og diskutert hjemmesykepleieres opplevelser av utfordringer i samhandling med tildelingskontor, fastleger og legevakt. Studien viser at når beslutningsmyndigheten formelt er tillagt tildelingskontoret utfordres hjemmesykepleierens muligheter for å ivareta pasienters behov for tjenester. Videre viser studien at hjemmesykepleierne utfører oppgaver som formelt er tillagt tildelingskontoret, noe som kan betraktes som en ny dimensjon ved sykepleierens absorbering av ansvar. Studien viser også at når hjemmesykepleierne opplever at samhandlingen med fastlegen fungerer, ser den moralske forpliktelsen ut til å være bærende i samarbeidet. Hvis det er slik at den moralske forpliktelsen er et bærende element i samarbeid, og dermed også for samhandling, er det nødvendig å legge til rette for at aktørene kan ivareta denne moralske forpliktelsen i den tverrprofesjonelle samhandlingen.

For å imøtekomme disse utfordringene er det foreslått et felles handlingsrom for samhandling. Dette kan jevne ut det skjeve maktforholdet mellom aktørene og bidra til utvikling av felles kontekstuell kunnskap og økt mulighet for å ivareta det moralske ansvaret. Samhandlingen mellom aktørene i studien bidrar trolig til at formelle dysfunksjonelle strukturer opprettholdes. På denne måten tildekkes tjenestebehov og mangelen på ressurser både ved tildelingskontoret og i hjemmesykepleien maskeres.

Denne undersøkelsen tyder på at det er behov for å utvikle mer omfattende kunnskap om hva som er bærende elementer når involverte aktører opplever at samhandlingen fungerer godt. Det er også behov for ytterligere kunnskap om hvordan profesjonsutøvere kan motiveres til økt samarbeid, samt hvordan man kan få til samordningstiltak som forplikter aktørene til samhandling over organisatoriske grenser. Sist, men ikke minst, ser det ut til å være nødvendig at aktørene utvikler en felles forståelse av hvorfor og hvordan man bør samarbeide. Dette krever trolig forskning på hvilke barrierer og muligheter selve organiseringen av, og maktfordelingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir.

LITTERATUR

Abelsen, B., M. Gaski, S.I. Nødland og A. Stephansen (2014)

Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, IRIS Rapport 382/2014, (07.05.2015) <https://goo.gl/34i0RJ>.

Alsvåg, H. (2015) Faglig skjønn og omsorg, i E.K. Grov og I.M. Holter (red.)

Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1, Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Askheim, O.P. (2003) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2007) Empowerment – ulike tilnærminger, i O.P. Askheim og B. Starrin (red.) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bing-Jonsson, P., C. Foss og T. Bjørk (2015) The competence gap in community care: imbalance between expected and actual nursing staff competence, *Nordic Journal of Nursing Research*, DOI: 10.1177/0107408315601814.
- Bryman, A. (2008) *Social Research Methods*, New York: Oxford University Press.
- Busch, T. (2012) *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Cresswell, J.W. (2007) *Qualitative Inquiry & Research Design*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Denzin, N.K. og Y.S. Lincoln (2011) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Los Angeles: Sage.
- Engelstad, F. (2009) *Om makt: Teori og kritikk*, Oslo: ad Notam Gyldendal.
- EVASAM, www.nfr.no
- Flick, U. (2014) *Introduction to Qualitative Research*, London: Sage Publications Ltd.
- Fog, J. (1996) Begrunnelsernes koreografi: Om kvalitativ ikke-statistisk representativitet, i Holter, H. og R. Kalleberg (red.), *Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning*, Gjøvik: Universitetsforlaget.
- Fog, J. (2001) *Med samtalen som udgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview*, København: Akademisk Forlag A/S.
- Forvaltningsloven (1967) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, *Justis- og beredskapsdepartementet*.
- Freedman, G. K., M. Woloahynovych, R. Baker M. Boulton, B. Guthrie, J. Car, J. Haggerty, C. Tarrant. (2007) *Continuity of care 2006; what have we learned since 2000 and policy imperatives now?* Report from the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, London: NCCSDO.
- Gautun, H. og A. Syse (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport nr.8/13. NOVA.
- Gjevjon, E.R. (2015) Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1):18–26.
- Goffmann, E. (1967) *Interaction Rituals: Essay and face to face behavior*, New York: Pantheon.
- Grimen, H og A. Molander (2008) Profesjon og skjønn, i A. Molander og L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget
- Grimsmo, R (2015): Samhandlingsreformen – hva nå?, *Tidsskriftet Norsk Legeforening* nr. 17:135.
- Hellesø, R. og M.S. Fagermoen (2010) Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care, *Journal of Integrated Care*. 10:1–9. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.508>.
- Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013–2014*, (7.5.2015). <http://www.helsedirektoratet.no>

- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Hermansen, Å og A.S. Grødem (2015) *Redusert liggetid blant de eldste, Sykepleien Forskning*, 10:24–32.
- Henderson, V. (1990) *Sykepleiens grunnprinsipper ICN, Fagserie 4/86. Oslo: Norsk sykepleierforbund.*
- Hood, C. (1991) *A public management for all seasons? Public administration*, 69(1):3–19. DOI: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x.
- Kassah, B.L.L., W.-A. Tingvoll og S.-T. Dreyer-Fredriksen (2014) *Samhandling – sykepleieledere og bestiller–utførerenshet, Geriatrisk Sykepleie*, 3:26–33.
- Kassah, B.L.L., W.-A. Tingvoll og S. Tønnessen (2014) *Samhandlingsreformen – utfordringer, løsninger og implikasjoner. i Samhandlingsreformen under lupen. B.L.L. Kassah, W.-A. Tingvoll og A.K. Kassah (red). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.*
- Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør ... Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori, Otta: TANO A.S.*
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju, Oslo: ad Notam Gyldendal.*
- Kvalitetsforskriften (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Lian, S. (2003) *Når helse blir en vare, Kristiansand, Høgskoleforlaget.*
- Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Otta: TANO AS.*
- McCormack, B og T.V. McCanes (2006) *Development of a framework for person-centred nursing, Journal of Advanced Nursing*, 56(5):472–479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Melby, L. og A. Tjora (2013) *Samhandlingens mange ansikter, i A. Tjora og L. Melby (red.) Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal akademisk.*
- Meld. St. nr. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Merton, R.K. (1957) *Social Theory and Social Structure, New York: Free Press.*
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe.*
- Nettleton, S. (2013) *Sociology of health and illness, Cambridge, Polity Press*
- Norges Forskningsråd (2016) *Evalueringsrapport av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), Oslo: 07 Media/Forskningsrådet.*
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Nyseter, T. (2015) *Velferd på avveie. Reformen, verdier, veivalg, Oslo: Res Publica.*
- O’Neill, O. (2002) *A question of trust, Cambridge: Cambridge University Press.*
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse, Oslo: Cappelen Damm As.*

- Selznick (1984) *Leadership in Administration: A sociological Interpretation*, London: University of California Press Ltd.
- Smebye, J.-C. (2008) Profesjon og utdanning, i A. Molander og L.I. Terum. (red.) *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Oslo: *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Sæterstrand, T.M., S.G. Holm og B.S. Brinchmann (2015) Hjemmesykepleiepraksis, *Klinisk Sygepleje*, 29(1):4–16.
- Torsteinsen, H. (2012). Hva skjer med den kommunale organisasjonen? i H. Torsteinsen (red.) *Resultatkommunen. Reformen og resultater*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tønnessen, S. (2011) *The Challenge to Provide Sound and Diligent Care. A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Doktorgradsavhandling, UiO: Unipub.
- Tønnessen, S., R. Førde og P. Nortvedt (2009) Pasientenes beskrivelse av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. *Omsorg på andres premisser, Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 5:57–71.
- Tønnessen, S., B.L.L. Kassah og W.-A. Tingvoll (2016) Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten, *Sykepleien Forskning* nr. 1:4–23.
- Tønnessen, S. og P. Nortvedt (2012) Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 3:280–285.
- Vabø, M. (2007) *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*, 22/7, Oslo: NOVA.
- Van Manen, M. (1990) *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, Albany: State University of New York Press.
- Van Servellen G., M. Fongwa og E.M. D'Errico (2006) Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review, *Nursing & Health Sciences* 8(3):185–195. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2006.00278.x.
- Verdighetsgarantiforskriften (2010) Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), Oslo: *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Vik, L.J. (2007) Makt og myndiggjøring – utfordringer for helse- og sosialarbeidere, i T.-J. Ekeland og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Vike, H. og H. Haukelien (2007) *Velferdspolitikken ved reiseslutt*, Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Weber, M. (1971) *Makt og byråkrati*, Oslo: Gyldendal.
- Øgård, M. (2000) New Public Management – markedet som redningsplanke, i H. Baldersheim og E.R. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium*, Oslo: Fagbokforlaget.