



# Å skrive ut pasienter til kommunene – faglig rasjonalitet under press?

## Discharging Patients to Municipal Care – Professional Rationality under Pressure?

Inger Cecilie Frisvoll

*Stipendiat, Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde*

[Inger.Cecilie.Frisvoll@himolde.no](mailto:Inger.Cecilie.Frisvoll@himolde.no)

Turid Aarseth

*Professor, Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde*

[Turid.Aarseth@himolde.no](mailto:Turid.Aarseth@himolde.no)

Ralf Kirchhoff

*Førsteamanuensis, Institutt for helsevitenskap i Ålesund, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

[rk@ntnu.no](mailto:rk@ntnu.no)

### Sammendrag

Artikkelen tar opp hvordan beslutninger om *når* en pasient kan utskrives fra sykehus for å få oppfølging i hjemkommunen, fattes. Bakgrunnen er samhandlingsreformens forventning om økt behandlingsansvar for kommunene, økt formalisering av hvordan utskrivning skal skje og observert nedgang i liggetid. Hovedtyngden av forskningslitteraturen omhandler hvordan samhandlingsreformen har påvirket kommunehelsetjenesten. Vi ser på hva som skjer på sykehusene, før pasientene meldes utskrivningsklare til kommunene. Med grunnlag i kvalitative intervju og en kvantitativ spørreundersøkelse ses kjennetegn ved legenes utskrivningsbeslutninger i lys av regel- og konsekvensorienterte beslutningsmodeller.

Samlet bekrefter svarene fra legene, både i den kvalitative og kvantitative undersøkelsen, deres muligheter til å fatte individuelle og faglig baserte utskrivningsbeslutninger. Forsterkningen av formelle rammer for utskrivningsbeslutninger synes å ha liten betydning. Prosedyrekravene forvaltes av sykepleierne; legene synes ikke å oppfatte at reguleringene begrenser suvereniteten til de rent faglige vurderingene. Samtidig tyder våre funn på at individuelle faglige vurderinger er under press og at forhold internt i sykehuset kan ha betydning for hvilke utskrivningsbeslutninger som fattes. Flertallet mener pasientene skrives ut på riktig tidspunkt, men mange kjenner seg igjen i situasjoner der pasienter har blitt skrevet ut for tidlig.

Nøkkelord

Samhandlingsreform, utskrivninger, sykehusleger, kommunehelsetjeneste, rasjonelle beslutningsmodeller, mixed methods

## Abstract

The article addresses how decisions are made about when a patient is ready to be discharged from a hospital to receive further care in the home municipality. The context is the Coordination Reform's expectation of increased treatment responsibility for the municipalities, increased formalization of how discharge should take place, and the observed decrease in bedtime. Most of the research has emphasized the reform's impact on primary health care. We explore what goes on in the hospitals before the patients are declared ready for discharge. Based on qualitative interviews and a quantitative questionnaire, the characteristics of doctors' discharge decisions are seen in the light of rule- and impact-oriented decision models.

Overall, in both the qualitative and quantitative survey, the responses from the doctors confirm their ability to make individual and professionally based discharge decisions. The strengthening of the formal framework regulating these decisions seems to be of little significance. The nurses manage the formal requirements, and the doctors do not seem to perceive that the regulations limit the sovereignty of the purely professional assessments. At the same time, our findings suggest that individual professional assessments are under pressure, and that conditions within the hospital may impact discharge decisions. The majority believe patients are discharged at the right time, though many are familiar with situations where patients have been discharged prematurely.

## Keywords

The Coordination Reform, discharge decisions, hospital doctors, municipal health service, rational decision models, mixed methods

### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Sykehusene har gjennomgått store endringer de siste tiårene, med blant annet reduisering av antall pasientsenger, nedgang i liggetid og økt formalisering av prosedyrekrav ved utskriving til kommunehelsetjenesten.
- Kommunehelsetjenesten hevder sykehusene skriver ut for dårlige pasienter.

### Hva tilfører denne studien?

- Sykehuslegene hevder at pasientene blir meldt utskrivningsklare på riktig tidspunkt, og beslutningene blir fattet ut fra en skjønsmessig medisinsk vurdering. Likevel har flertallet erfaringer med at pasienter blir meldt utskrivningsklare for tidlig.
- Det blir overlatt til sykepleierne å tilse at de formelle kravene rundt utskrivningsbeslutningene blir oppfylt, men sykehuslegene forholder seg i liten grad til disse.

## Innledning

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 med klare forventninger om at kommunehelsetjenesten skulle ta over mer av behandlingsansvaret fra sykehusene. Reduksjon av sengetall og raskere tilbakeføring til kommunene har ført til at pasientene tilbringer stadig kortere tid på sykehus (Riksrevisjonen, 2016). Gjennomsnittlig liggetid for pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunehelsetjenesten, ble redusert med 1,8 døgn i perioden 2012 til 2018 (Helsedirektoratet, 2019). Av disse var 0,5 døgn reduksjon av liggetid etter at pasientene var meldt til kommunene, såkalte «overliggerdøgn». Utskrivningsbeslutninger må antas å være en type aktivitet som i stor grad preger sykehushverdagen.

Hovedtyngden av forskningslitteraturen om samhandlingsreformen har vært orientert mot det kommunale nivået (Norges forskningsråd, 2016). Flere av studiene har reist kritiske spørsmål ved om reformen har ført til at pasienter skrives ut for tidlig til oppfølging i kommunene (Aarseth, Bachmann, Gjerde & Skrove, 2015; Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Hermansen & Grødem, 2015). Samtidig pekes det på at interne forhold i sykehusene heller enn økt behandlingskompetanse og -kapasitet i kommunehelsetjenesten, ligger bak nedgang i liggetid (Hermansen & Grødem, 2015; Riksrevisjonen, 2016).

Vi vet imidlertid lite om hvordan spørsmål om utskrivningsklare pasienter vurderes fra sykehusenes utsiktspost. En av de få studiene som har sett utskrivningsbeslutningene fra sykehusets perspektiv, konkluderer med at det foregår både eksterne og interne forhandlinger i utskrivningssituasjonen (Hellesø & Melby, 2013). Studien, som er kvalitativ, gir et interessant innblikk i hvordan leger og sykepleiere arbeider etter ulike planleggingshorisonter, og at mye av forhandlingene er usynlige og foregår på siden av de formelle retningslinjene. Vi tolker beskrivelsene som et uttrykk for kompleksitet og uklarhet, og ser behov for økt innsikt i samspillet mellom formelle krav og faglige vurderinger i selve beslutningssituasjonen.

Andelen som blir reinnlagt etter utskrivning, har steget noe etter 2012, og kan være en indikasjon på usikkerhet i beslutningsgrunnlaget ved utskrivning. En gjennomgang av 50 journaler til pasienter som ble utskrevet fra en hjerteavdeling og akutt reinnlagt innen 30 dager, viste at 29 pasienter (58 %) hadde én eller flere påvirkbare risikofaktorer for reinnleggelse (Lorentzen, Larsby, Bugge & Lindekleiv, 2020). Hos 6 pasienter (12 %) ble risikofaktoren satt til «for tidlig utskrivelse», mens det for den største gruppen (19 pasienter) ble identifisert mangelfull oppfølging etter utskrivelse og svikt i overleveringen til kommunehelsetjenesten.

Rent formelt er det legene som har ansvar for å fatte vedtak om en pasient er utskrivningsklar, og i slike beslutninger kan det, teoretisk sett, forventes samsvar mellom premisser og konklusjon. Vår hovedproblemstilling er knyttet til hva som kjennetegner legenes utskrivningsbeslutninger sett i lys av rasjonelle beslutningsmodeller? Derav har vi utledet følgende delspørsmål:

1. I hvilken grad styres beslutningene av regler, faglig skjønn eller mer situasjonsspesifikke forhold?
2. Hvordan vurderer legene selv utskrivningssituasjonen og rammene rundt denne?

Spørsmålene utforskes ved en gjennomgang av formelle rammer for utskrivningsbeslutninger og analyse av primærdata om legers egne opplevelser fra utskrivningsbeslutninger. Først trengs en teoretisk klargjøring av hva som i denne sammenheng forstås med *beslutninger*.

## Beslutninger – rasjonalitet på hvilket grunnlag?

Mye av litteraturen som omhandler beslutningsmodeller, er opptatt av det strategiske og organisatoriske nivået, og ikke de beslutningene som foretas til daglig i det operasjonelle feltet. Vår utforskning av utskrivningsbeslutninger representerer et anvendelsesområde for denne type modeller knyttet til profesjoners hverdagsbeslutninger.

Beslutninger hviler på rasjonalitet. Rasjonalitet kan defineres og forstås på ulike måter. Etzioni (1988) oppgir at det finnes minst 60 definisjoner, der de fleste handler om en aktør som gjør et bevisst valg av midler ut fra hensyn til måloppnåelse. Vi tar utgangspunkt i et skille som gjøres i beslutningsteorien mellom to former for rasjonalitet. En kan sikre samsvar mellom premisser og konklusjon enten gjennom å følge regler, eller ved å vurdere alternativer ut fra konsekvenser for måloppnåelse (Eckhoff & Jacobsen, 1960; Flaa, Hofoss, Holmer-Hoven, Medhus & Rønning, 1995; March, 1995). En konsekvensorientert beslutningsform handler om å anvende faglig skjønn i møte med den enkelte pasient. En regelorientert tilnærming vil derimot være orientert mot prosedyrekrav og standardisering av sjekkpunkter.

Utviklingen av moderne beslutningsteori kan i første rekke spores tilbake til den såkalte Carnegie School representert ved Simon (1955), March, Simon, og Guetzkow (1958) og Cyert og March (1963). Deres bidrag stiller kritiske spørsmål ved økonomenes antakelser om

rasjonalitet, og argumenterer for at sosiale aspekter må integreres i beslutningsmodellene for å kunne forklare faktisk atferd. Denne innsikten danner grunnlag både for modifisering og differensiering av rasjonelle tilnærminger.

Perrow (2014) regner Herbert Simons bidrag til økt forståelse og begrepsfesting av begrenset rasjonalitet som selve grunnlaget for utvikling av nyere organisasjonsteori. I motsetning til ved full rasjonalitet, tar modellen med begrenset rasjonelle beslutninger forbehold om at beslutningstakerne ikke har fullt innsyn i alle aspekter ved beslutningen (Simon, 1997). Simon (1997) problematiserer grunnantakelsene i en konsekvensorientert beslutningsmodell gjennom å vise at beslutningstakere både har begrenset kunnskap om aktuelle alternativer og konsekvenser av disse, og at de i virkeligheten ofte står overfor motstridende mål. *Begrenset rasjonalitet* innebærer at beslutningstakerne forsøker å være rasjonelle, men hindres av de nevnte begrensningene. De forskningsmessige implikasjonene av forestillingene om begrenset rasjonalitet er at utforskning av beslutningstakernes oppfatninger og den sammenhengen de inngår i, blir av sentral betydning. I vår studie legger vi til grunn at begrensningene på rasjonalitet også vil omfatte en regelorientert beslutningsform, ved at det for eksempel kan være rom for manglende kunnskap om gjeldende regler og den situasjonen (fakta) reglene skal anvendes på. I fortsettelsen omtaler vi (for enkelhets skyld) både den regelorienterte og den konsekvensorienterte modellen som rasjonelle beslutningsmodeller.

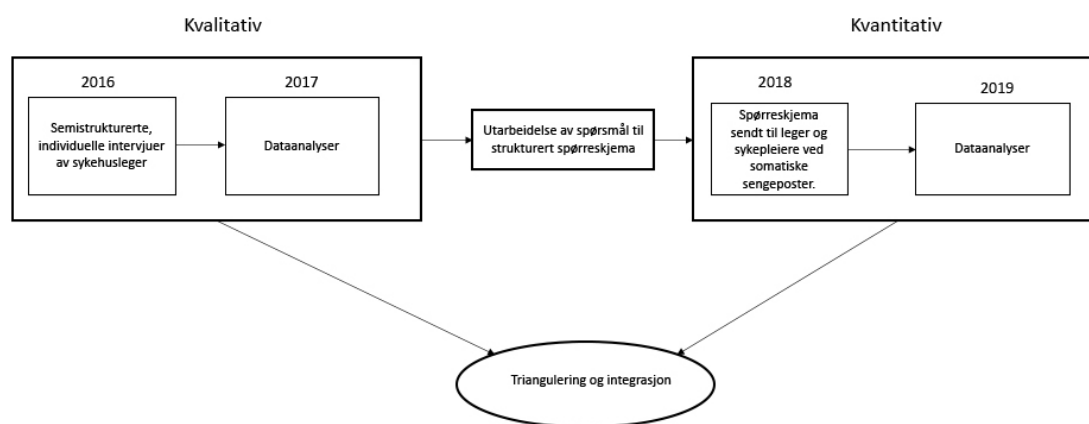
Ved en *regelorientert beslutning* vektlegges de eksisterende reglene som gjelder i gitt situasjon. Dersom reglene følges og oppfylles, vil målet nås. Beslutningstakernes oppgave er å tilse at reglene anvendes på korrekt måte. Her er rasjonaliteten knyttet til samsvar mellom premisser i form av anvendelse av regler på en gitt situasjon og den konklusjonen som trekkes. Denne formen for beslutningstaking omtales gjerne som *subsumsjon* og viser til en juridisk arbeidsmåte (Eckhoff & Jacobsen, 1960). Dersom beslutningsprosessen rundt utskrivningsklare pasienter skal ses i lys av en regelorientert beslutningsmodell, vil det si at en først og fremst er opptatt av hvorvidt gjeldende lover, forskrifter og samarbeidsavtaler blir fulgt.

En *konsekvensorientert beslutning* fokuserer på hva beslutningen vil føre til. Beslutningstakerne må veie ulike mulige utfall opp mot hverandre og vurdere hvilket alternativ som i størst mulig grad realiserer målet, ut fra de kjente omstendighetene (Eckhoff & Jacobsen, 1960). I tilfeller der en pasient skal vurderes som utskrivningsklar eller ikke, vil det si at legene på et medisinskfaglig grunnlag må vurdere pasientens tilstand: Er tidspunktet riktig for at sykehuset kan overlate videre ansvar for helsehjelp til pasientens hjemkommune?

De to modellene fanger ulike sider ved hva som legges til grunn for en utskrivningsbeslutning. Men det kan også tenkes at de to rasjonalitetsformene er innvevd i hverandre på måter som gjør det vanskelig å skille mellom betydningen av henholdsvis regler og faglig skjønn. Videre vil modifikasjoner knyttet til begrenset rasjonalitet kunne spille inn andre og mer situasjonsspesifikke elementer i beslutningssituasjonen.

## Metode

Forskningsspørsmålene i studien er forsøkt besvart gjennom et sekvensielt, eksplorerende *mixed methods design* (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007; Tashakkori & Teddlie, 2010), der data samles inn og analyseres i adskilte faser av forskningsprosessen. Kvalitative data i form av individuelle intervjuer av leger ble brukt for å informere den andre fasen av undersøkelsen, som innebar utarbeidelse av spørsmål til den strukturerte spørreskjemaundersøkelsen (se figur 1). Studiens sekvensielle forskningsdesign innebærer at datainnsamling og analyse først foregikk etappevis for deretter å bli koblet sammen i en helhetlig fortolkningsprosess, som illustrert i figuren under.



**Figur 1** Studiens forskningsdesign

Den kvalitative intervjuundersøkelsen blant leger på medisinske sengeposter ble gjennomført i 2016. Fire leger med minst fem års fartstid fra to forskjellige sykehus ble i individuelle, semistrukturerte intervju bedt om å reflektere rundt begrepet «utskrivningsklar pasient», og hvordan de håndterte utskrivningsprosessen i praksis. Kriteriet med minst fem års fartstid ble satt for å sikre at respondentene hadde erfaring fra før samhandlingsreformen ble implementert. Rekruttering skjedde gjennom kontakt med en lege som anbefalte respondenter, og disse samtykket muntlig til å delta og til at det ble gjort lydopptak. Videre samtykket de til at transkriberingen av intervjuene kunne bli benyttet i intervjuerens videre forskning. Respondentene var i stor grad samstemte i uttalelsene og vurderingene av de spørsmål som ble stilt om utskrivningsbeslutninger. Legene kalles respondent 1–4 (R 1–4), tre assistentleger og én overlege, og for å unngå at overlegen blir identifisert, er respondentnummer fjernet i enkelte tilfeller. Intervjuundersøkelsen fra 2016 ble ikke meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Gjennomgangen av «meldeplikttesten» den gang tilsa at det ikke var meldeplikt på prosjektet på det aktuelle tidspunktet. Etter innføringen av GDPR i 2018, gjelder det nye regler for håndtering av digitalt lydopptak, siden en persons stemme på et lydopptak nå regnes som en personidentifiserende opplysning. Prosjektet var dermed ikke omfattet av meldeplikten i 2016. For øvrig var filene med opptakene passordbeskyttet, og under opptakene ble det ikke brukt navn eller andre opplysninger som kunne identifisere deltakerne. Lydfilene ble slettet etter transkribering.

Den andre datakilden er en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere ved somatiske sengeposter i norske sykehus, utført vår/sommer 2018. Spørreundersøkelsen ble meldt til NSD (prosjektnummer 55997), men ble der vurdert til ikke å være meldepliktig på grunn av distribusjonsmåte og bruk av anonymt, digitalt verktøy. Undersøkelsen representerer en videreføring av den kvalitative intervjuundersøkelsen fra 2016, og formålet var å få ytterligere informasjon om hvordan leger og sykepleiere tenker rundt utskrivningsklare pasienter. Undersøkelsen ble utført digitalt, og inneholdt blant annet spørsmål om hva legene og sykepleiere vektlegger i sin vurdering av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, og hvordan de vurderer det faktum at liggetiden ved norske sykehus stadig blir kortere. Respondentene fikk i hovedsak presentert en del påstander de skulle si seg enige eller uenige i, med hjelp av Likert-skala gradert fra 1 til 7. Skjemaet ble sendt til 13 av helseforetakene fordelt på alle helseregionene, og det kom inn 77 svar fra leger og 244 svar fra sykepleiere. Svarene fra sykepleierne blir her brukt for å se om sykepleiernes oppfattelse av legene samsvarer med legenes selvpresentasjon.

Av hensyn til anonymisering er tallene ikke brutt ned på avdelings- eller stillingsnivå. Undersøkelsen ble distribuert av fagutviklingsavdelingene ved de ulike helseforetakene. Det er uvisst hvor mange som fikk tilgang på undersøkelsen og med det ikke mulig å oppgi svarprosenten eller vurdere hvor representative svarene er. Svarene er behandlet ved hjelp av SPSS versjon 25. Gjennom univariat- og samvariasjonsanalyse gjør vi en vurdering av hva som kjennetegner utskrivning av pasienter til kommunal oppfølging. Vi stiller spørsmål om legene er samstemte eller om vi finner variasjon ut fra yrkeserfaring (antall år) når det gjelder vurdering av utskrivningspraksis. I tillegg speiler vi legenes svarmønstre mot svarene fra sykepleierne, når det gjelder spørsmål om hvem som tar initiativ i utskrivningsbeslutningene.

Praksis for godkjenning til utsending innad i helseforetakene varierte mellom de ulike foretakene. Noen innhentet godkjenning på avdelingsnivå, andre fra personvernombudet eller via interne godkjenningsrutiner. Ingen av undersøkelsene ble vurdert meldt til REK, da det ikke ble spurt etter pasientopplysninger, kun legenes erfaringer og vurderinger på generelt grunnlag.

I tillegg til primærdata bygger artikkelen på en gjennomgang av de formelle reguleringsene av utskrivningsprosessen. Formålet er å finne gjeldende rett for utskrivningspraksis i de ulike kildene både helseforetak og kommunehelsetjeneste må forholde seg til. Disse kildene danner de rettslige rammene for de beslutningene legene gjør. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) la opp til flere nye krav og endringer av de eksisterende, hjemlet i ulike lover og forskrifter. Vi har lagt spesielt vekt på samarbeidsavtalene helseforetakene og kommunene er pliktige til å inngå, og forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011) da det er her de rettslige kravene rundt utskrivninger er hjemlet.

## Formelle rammer for utskrivningsbeslutninger

Samhandlingsreformen har i virkemiddelbruken i stor grad forholdt seg til den vertikale relasjonen mellom sykehus og kommune (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). Innføring av lovpålagte samarbeidsavtaler og spesifikke krav til kontakten mellom de to forvaltningsnivåene, må antas å legge føringer på hvordan utskrivningsbeslutninger fattes. Vi skal i dette avsnittet se nærmere på innholdet i denne formaliseringen.

Allerede i 2002 ble det bestemt at begrepet «utskrivningsklar» skulle brukes istedenfor «ferdigbehandlet» (Rundskriv fra Sosialdepartementet, 2002), noe som skjedde på samme tid som sykehusene gikk fra fylkeskommunal til statlig styre og ble organisert etter helseforetaksmodellen. Begrepsendringen la føringer for at pasientene ikke nødvendigvis må være ferdig behandlet, men de kan skrives ut og motta videre behandling fra kommunehelsetjenesten.

Samtidig med samhandlingsreformen trådte ny Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011) i kraft. Kapittel 3 omhandler utskrivningsprosessen, og i §9 er legene ved sykehusene tillagt den formelle myndigheten når det gjelder beslutningen om en pasient skal defineres som utskrivningsklar og kommunehelsetjenesten kan overta ansvaret. Forskriften stiller følgende krav til utskrivningsbeslutningen:

1. Dersom sykehuset vurderer at pasienten har behov for helsehjelp etter utskrivning, skal kommunen varsles innen 24 timer etter innleggelse (§8).
2. Pasienten skal få en individuell helsefaglig og psykososial vurdering av behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i sykehus (§9).
3. Kommunen skal varsles straks når pasienten er definert som utskrivningsklar (§10).
4. Ved utskrivning skal epikrise sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging (§12).

Manglende hjemhenting av utskrivningsklare pasienter medfører betalingsplikt for kommunen fra første dag; ifølge Helsedirektoratet er døgnprisen i 2020 kr 5 036. Før samhandlingsreformen trådte i kraft, hadde kommunene en «friperiode» på 10 døgn, og den nye betalingsordningen førte allerede første året til reduserte liggetider for pasienter som ble meldt utskrivningsklare (Hagen, McArthur & Tjerbo, 2013). Vår interesse er i utgangspunktet ikke knyttet til hva som skjer i etterkant av beslutningen om at en pasient er utskrivningsklar, er fattet. Det er likevel klart at tendensen til tidligere kommunal hjemhenting av pasienter antakelig er med på å forsterke tendensene til økt gjennomstrømningshastighet, og vil dermed være en del av konteksten for utskrivningsbeslutninger.

Samlet sett ser vi at Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter regulerer flere forhold knyttet til utskrivningsbeslutningen. Utskriving kan bare skje om samtlige fire punkter er oppfylt. Punktet om krav om individuell helsefaglig vurdering (§9) åpner imidlertid for konsekvensvurderinger og skjønnsutøvelse. Forskriften lister her flere forhold som har betydning for om pasienten har behov for ytterligere behandling ved sykehus, eller om hun kan få oppfølging i kommunen. Blant annet skal problemstillingene som var aktuelle ved gjeldende innleggelse, samt det som eventuelt har oppstått under oppholdet, være avklart. Det skal være tatt stilling til diagnose, og videre behandling, funksjonsnivå, endring og forventet forløp skal være vurdert. Kriteriene er på dette punktet rundt formulerte og gir rom for individuelle vurderinger. Profesjonskompetansen legene innehar, gjør det vanskelig for andre å overprøve beslutningene deres. De har etter forskriftens bestemmelser stor faglig frihet når det kommer til å vurdere hvorvidt en pasient er utskrivningsklar. Sykepleierne er ikke nevnt i forskriften.

Med samhandlingsreformen kom det også krav om at kommunene og helseforetakene må utarbeide gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler. Avtalene er hjemlet blant annet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kapittel 6, der §6-2 oppgir hva avtalene minimum skal inneholde. Avtalene omhandler blant annet utskrivningsklare pasienter, men de fleste avtalene har i liten grad gjensidig forpliktende formuleringer, og stort sett er ordlyden fra forskriften gjentatt som definisjon på når en pasient er utskrivningsklar (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015). Det kan likevel nevnes at det i noen avtaler er spesifisert at epikrise eller tilsvarende dokumentasjon skal sendes det helsepersonellet som overtar omsorgen for pasienten senest ved utskrivning. Dette var en innstramming av Forskrift om pasientjournal (2000) der § 9 sa at epikrisen skulle sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen var avsluttet. Epikrise er en kort sammenfatning av journalopplysninger: innleggelsesgrunn, forløp og eventuell behandling av tilstanden samt eventuell oppfølging.

Sett i lys av rasjonelle beslutningsmodeller, synes både forskrift og samarbeidsavtaler å forsterke regelorientering i forbindelse med utskrivningsbeslutninger. Fra kommunenes side har det i praksis ført til «jakt på avvik» (Gjerde, Torsteinsen & Aarseth, 2015). Et eksempel fra 2017 er saken om manglende epikriser når pasientene sendes ut fra Molde sjukehus. Molde kommune hevdet at de pasientene som ikke hadde epikrise tilgjengelig ved utskrivningspunktet, per definisjon ikke var utskrivningsklare i henhold til samarbeidsavtalen, og krevde å få tilbakebetalt dagmulkt for de aktuelle pasientene. Saken gikk til forliksrådet, Molde kommune fikk der medhold og Molde sjukehus måtte skjerpe rutinene (Molde kommune, 2017).

Formaliseringen av måten utskrivningsbeslutninger skal skje på, er imidlertid ikke total. Kravet om individuell faglig vurdering (§9) gir legene det fulle ansvar for innholdet i beslutningen. I denne konteksten blir vårt andre forskningsspørsmål operasjonalisert til å dreie seg om hvordan legene selv vurderer utskrivningssituasjonen og rammene rundt denne. Vår gjennomgang har vist hvordan de formelle rammene legger føringer for når pasien-

tene kan meldes utskrivningsklare. Det må antas at de virkemidlene samhandlingsreformen medførte, blant annet gjennom forskriftsendring og pålegg om samarbeidsavtaler, forsterker vektleggingen av regelorienterte beslutninger. Opplever legene likevel at det faglige skjønnet har en beskyttet stilling, eller begrenses handlingsrommet av standardprosedyrer eller andre, mer situasjonsspesifikke forhold?

## Legers erfaringer med utskrivningsbeslutninger

I intervjumaterialet er de fire respondentene klare på at de i kraft av sin kompetanse har det avgjørende ord når det gjelder innholdet i utskrivningsbeslutningen: «Det er bare den enkelte ansvarlige lege som bestemmer at nå kan den pasienten her behandles utenfor sykehus.» En av respondentene reflekterer over at det ikke finnes klare definisjoner av når en pasient er utskrivningsklar; det må anvendes faglig skjønn:

(...) er alle som er utskrivningsklare, er de utskrivningsklare? Vi har jo ikke noe definisjon på en utskrivningsklar pasient egentlig, det finnes ikke helt. Det er bare den enkelte ansvarlig lege som bestemmer at nå kan den pasienten her behandles utenfor sykehus i en institusjon.

Legene synes å ta de formelle rammene rundt utskrivningssituasjonen for gitt, og ga uttrykk for at de ser det som sykepleiernes oppgave å sikre at prosedyrene følges, noe som samsvarer med det Hellesø og Melby (2013) finner i sin studie. Flere av de intervjuede sa at sykepleierne i større grad enn legene hadde fokus på å melde pasientene utskrivningsklare og at det ofte er sykepleierne som først bringer temaet på bane. Respondentene mente det kunne komme av at sykepleierne på en helt annen måte kjente presset i møte med kapasitetsproblemer på kroppen:

Fordi de på sin side også, er marginalt bemanna. Marginalt bemanna for et belegg på 85 %, sant, og når belegget er tett opp mot 100 % hele tida, noen ganger over, så er de veldig ... de er kjørt i perioder, da (R1).

Sykepleierne er kanskje mer presset til å tenke mer på logistikken totalt sett i avdelingen, den totale plassituasjonen, mens legene, vi tenker nok kanskje mest på vårt her og nå, diagnostikken, rent medisinske behandlingen, tror jeg. Ikke så mye logistikken, nei (R4).

I spørreundersøkelsen fikk både leger og sykepleiere spørsmål om hvem som først tar opp spørsmålet om pasientene er utskrivningsklare eller ikke.

**Tabell 1** Hvem tar først opp spørsmålet om pasienten er utskrivningsklar?\* Hhv. leger og sykepleiere. Prosent.

	Lege	Sykepleier
Som oftest lege (svarverdier 1, 2 og 3)	24	16
Verken eller	47	37
Som oftest sykepleier (svarverdier 5, 6 og 7)	29	47
Sum	100 (77)	100 (239)

\* Spørsmål: Ta utgangspunkt i egne opplevelser og erfaringer fra prosesser der pasienter skal meldes utskrivningsklare. Er det lege eller sykepleier som først tar opp spørsmålet om pasientene er utskrivningsklare eller ikke?



En stor andel av sykepleiere (37 prosent) og leger (47 prosent) har svart at det er vanskelig å si hvem som tar opp spørsmålet først. Men mens legene deler seg i omtrent like store grupper når det gjelder å tilkjenne henholdsvis egen faggruppe (24 prosent) og sykepleierne (29 prosent) initiativ i utskrivningsbeslutninger, mener sykepleierne i langt større grad at det er de som først tar opp spørsmålet om en pasient er utskrivningsklar (47 prosent). Totalt sett finner vi bare delvis hold for legenes syn i intervjuene om at det er sykepleierne som først reiser spørsmål om å melde pasienter utskrivningsklare. Sykepleierne på sin side gir i større grad støtte til de intervjuede legene.

Samtidig som de intervjuede legene bekrefter egen beslutningsautonomi og gir inntrykk av å overlate forvaltningen av de formelle og ressursmessige forholdene til sykepleierne, erkjenner de å stå i et spenningsfelt mellom behov og kapasitet. Det er ikke alltid de kan følge sitt faglige skjønn fullt ut i vurderingene av om pasienten er utskrivningsklar. I noen tilfeller skriver de ut på grunn av nødvendighet, ikke fordi de mener det er den beste beslutningen: «Men igjen så aksepterer man vel litt større grad av usikkerhet, faktisk, før ferier og helligdager, fordi man må, for man vet at det fyller seg opp uansett.» (R4). Legene er samstemte i at de har meldt pasienter som utskrivningsklare før de egentlig mener de er det, blant annet på grunn av de fysiske begrensningene sykehusavdelingene har.

... du må noen ganger prioritere hvem ... hvem som skal ut. (...) Og da må du noen ganger ta slike ... «hadde vi hatt plass så skulle du fått blitt, men nå må du bare ut». Det går jo som regel bra, men opplevelsen er jo ikke noe moro. (R1)

En av legene uttalte at det da var en «ganske dårlig følelse å skrive ut pasienten ... for jeg tenker at «her burde vi vel kanskje ... vi er ikke helt sikker ... vi har ikke helt kontroll» eller «her er det stor sjanse for at pasienten blir reinnlagt» (R4).

Alle de fire respondentene i intervjuundersøkelsen sa de hadde skrevet ut pasienter de helst hadde sett fikk være lenger på sykehuset. De ser kapasitetsproblemer som en typisk situasjon der de må prioritere og fordele knapphetsgoder mellom pasientene. «Det er ... hver eneste dag så er det et jag etter å få pasienter ut fordi at vi har for få plasser, ikke sant, vi må klarere for neste bølge med pasienter» (R1).

I spørreundersøkelsen fikk legene følgende spørsmål: «Har du noen gang avgjort at en pasient skal meldes utskrivningsklar selv om din vurdering er at pasienten ikke er det?» Av de 68 legene som svarte, var et klart flertall (85 prosent) av svarene benektende. Et annet spørsmål som ikke går så direkte på egen beslutning, men mer på opplevelsene av å være uenig i vurderingene som er gjort av andre, gir et noe mer nyansert bilde:

**Tabell 2** Har du opplevd at pasienter blir definert som utskrivningsklare selv om du ønsker å vente? Leger. Prosent.

En gang i uken eller oftere	9
Tre ganger i måneden eller sjeldnere	69
Aldri	22
Sum	100 (77)

Hovedtendensen i svarene er at nærmere 80 prosent oppgir at de har vært uenige i beslutninger andre har tatt om å melde pasienter til kommunene som utskrivningsklar. Slike opplevelser forekommer ikke så ofte, og 22 prosent svarer at de aldri har opplevd en slik situasjon.

Svarene kan være en indikasjon på at innholdet i den individuelle vurderingen av pasientene varierer fra lege til lege, men det kan også være et tegn på at det kan være lettere å bekrefte at andre leger melder pasienter til kommunene for tidlig, enn at de tar den beslutningen selv. Her er det verdt å merke seg at 9 av 77 leger valgte å la være å svare på om de personlig har tatt en slik beslutning, mens samtlige svarte på den mer generelle formuleringen.

Som en oppfølging av intervjuundersøkelsens funn når det gjaldt betydning av plassmangel, stilte vi i spørreundersøkelsen et spørsmål som direkte peker på betydningen av situasjonen på sengeposten for vurderingen av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar:

**Tabell 3** | vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hvor viktig er situasjonen ved sengeposten/sykehuset for deg? Leger. Prosent.

Svært viktig (svarverdier 7 og 6)	7
5	10
4	22
3	20
Ikke viktig (svarverdier 1 og 2)	42
Sum	100 (77)

Svarene viser at selv om den høyeste andelen (42 prosent, svarverdier 1 og 2 slått sammen) mener at de ikke legger vekt på situasjonen ved sengeposten, så er det 39 prosent som bekrefter kapasitetspresset (verdiene 4–7 slått sammen). En mulig tolkning er at legene i etterkant av den medisinskfaglige beslutningen må ta en relativ vurdering av hvilke pasienter som har mest behov for å være på sykehuset og hvilke som kan takle å reise ut, uavhengig av om de er vurdert til å være utskrivningsklar eller ikke. En slik tolkning samstemmer med det legene i intervjuundersøkelsen hevder.

Legenes beslutningsatferd kan dermed i tilfeller med kapasitetsbegrensninger ses som en to-trinns konsekvensvurdering. Først vurderes pasientene individuelt, i tråd med kravene i forskriftens §9, så gjøres en prioritering der pasientenes situasjon sammenlignes. En slik trinnvis begrensning på medisinskfaglige konsekvensvurderinger oppfattes som systempåført og noe de intervjuede legene gir uttrykk for at de til dels aktivt motarbeider:

Men vi opplever hele tiden et fokus på det at ... liggedøgn, sant, hvor mange ... hva viser tallene fra forrige måned? (...) Hvor mange har vi hatt innlagt? Hvor masse DRG har vi produsert, sant, hvor flinke vi har vært på det, og hva er gjennomsnittlig liggetid (R1).

Jeg tror nok kanskje ledelsen her også oppfatter at ... vi har vel kanskje en litt sånn ulydig legegruppe som ... når vi hele tiden får pålegg om at nå skal dere kutte liggetid og korte ned på epikrisetiden, og så kommer det protester også, på møtene, at denne ... det her det går ikke, vi kan ikke kutte noe mer senger, vi kan ikke kutte noe mer epikrisetid, vi har ikke nok folk, og det er ikke forsvarlig. Og da gjør vi litt som vi vil, likevel. Heldigvis, egentlig, at vi liksom går etter det vi selv synes er riktig (R4).

Svarene kan tyde på legene selv opplever å holde den faglige autonomien i hevd. Samtidig gir intervjumaterialet mange eksempler på at grensene for når en pasient kan skrives ut, er situasjonspåvirket. Er det samhandlingsreformen og utviklingen generelt som gjør at grenser flyttes gradvis, og kanskje uten at endringene alltid artikuleres og problematiseres?

I spørreundersøkelsen fikk de legene som hadde mer enn fem års fartstid, med andre ord de som hadde erfaring fra før samhandlingsreformen ble implementert, spørsmål om de over tid hadde endret vurderingene av når en pasient kunne regnes som utskrivningsklar:

**Tabell 4** Har dine vurderinger rundt når en pasient er utskrivningsklar endret seg i løpet av de siste fem årene?\* Leger. Prosent.

	Stemmer helt (svarverdier 7, 6 og 5)*	Stemmer delvis (svarverdi 4)	Stemmer ikke (svarverdier 1, 2 og 3)	Sum
Jeg har lavere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare enn tidligere	38	21	41	100 (47)
Jeg vurderer pasientene på samme måte som tidligere	54	10	36	100 (48)
Jeg har høyere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare enn tidligere	2	20	78	100 (46)

\*Skala fra 1–7. Svarverdiene

Selv om 54 prosent av legene med mer enn fem års fartstid sier de ikke har endret sin vurderingspraksis, viser tabellen likevel en viss spredning, der vi ser en svak tendens i retning av at terskelen oppleves som lavere. Mens 38 prosent kjenner seg helt igjen i påstanden om at terskelen for utskriving har blitt lavere, er det kun én respondent (2 prosent) som mener den har blitt høyere.

På et mer generelt spørsmål om hvordan legene vurderer liggetiden for pasienter som meldes utskrivningsklare, er svarmønsteret slik:

**Tabell 5** Generelt sett; hvordan vil du vurdere liggetiden for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene?\* Leger. Prosent.

	Stemmer helt (svarverdier 7, 6 og 5)*	Stemmer delvis (svarverdi 4)	Stemmer ikke (svarverdier 1, 2 og 3)	Sum
Pasientene blir meldt til kommunene på riktig tidspunkt	89	7	4	100 (76)
Pasientene kunne vært meldt til kommunene tidligere	20	36	44	100 (75)
Pasientene blir meldt til kommunene for tidlig	10	12	78	100 (74)

\*Skala fra 1–7.

Et klart flertall (89 prosent) mener at pasientene blir meldt til kommunene på riktig tidspunkt. Samtidig er det en viss spredning i svarene, noe som tyder på at tidspunkt for «grensekryssing» ikke har en gitt og felles fasit. Det er en høyere andel av legene som mener pasientene burde vært meldt tidligere til kommunen (20 prosent), enn andelen som mener de sendes for tidlig (10 prosent). Sett i forhold til tabell 4 tyder det på at selv om vi finner en svak tendens i retning av lavere terskel blant de med mer enn 5 års fartstid, er det i totalpopulasjonen en klar oppfatning om at utskrivningstidspunktet er riktig, og i noen grad artikuleres en vurdering av at terskelen burde vært enda lavere (20 prosent mener pasientene kunne vært meldt tidligere). Det bringer oss over på spørsmål om fartstid generelt kan ha betydning, noe som utforskes i tabell 6.

**Tabell 6** Samvariasjonsanalyse mellom variablene yrkeserfaring (antall år etter endt grunnutdanning og på nåværende arbeidssted) og tre utsagn fra spørreskjemaundersøkelsen.

		Pasientene blir meldt til kommunene på riktig tidspunkt	Pasientene kunne vært meldt til kommunene tidligere	Pasientene blir meldt til kommunene for tidlig
Antall års yrkeserfaring: Etter endt grunnutdanning	Pearson korrelasjon	-,079	-,069	,162
	Sig. (1-halet)	,250	,280	,085
	Antall	75	74	73
Antall års yrkeserfaring: På nåværende arbeidssted	Pearson korrelasjon	-,077	-,012	,190
	Sig. (1-halet)	,264	,462	,061
	Antall	70	69	68

Tabell 6 viser liten samvariasjonen mellom variablene; med andre ord ser det ut til at verken antall års yrkeserfaring totalt eller antall års yrkeserfaring på nåværende arbeidssted har betydning for legenes vurdering av hvorvidt pasientene blir meldt til kommunene på riktig tidspunkt. At vurderingene i svært liten grad varierer med ansiennitet, styrker en antakelse om at det ikke er profesjonsutøverne som har endret seg, men konteksten for beslutningene.

Samlet sett viser svarene fra legene, både i den kvalitative og kvantitative undersøkelsen, at de i hovedsak bekrefter sine muligheter til å fatte individuelle og faglig baserte utskrivningsbeslutninger. Det er lite som tyder på at legene selv ser forsterkningen av formelle rammer for utskrivningsbeslutninger som en innskrenkning av deres faglige handlingsrom. Prosedyrekravene forvaltes av sykepleierne, og legene synes i begrenset grad å oppfatte at reguleringene begrenser suvereniteten til de rent faglige vurderingene. Dette samsvarer med det Bjorvatn og Nilssen (2018) fant i sin analyse av forholdet mellom rettslig regulering og skjønnsutøvelse i spesialisthelsetjenesten. De hadde fokus på prioriteringsveiledere som rettslig styringsmiddel, og hvorvidt disse påvirker legenes vurderinger. Konklusjonen er at legene ikke uttrykker at prioriteringsveilederne påvirker deres skjønn i vesentlig grad.

Når det gjelder utskrivningsbeslutninger, er kravene i forskrift og samarbeidsavtaler ufravikelige: En pasient er utskrivningsklar eller ikke alt etter om kravene er oppfylt. Prosedyrer må følges, og medisinskfaglige konsekvensvurderinger må gjennomføres. Våre funn tyder på at forhold internt i sykehuset likevel kan utfordre legenes beslutningsatferd. De situasjonsspesifikke begrensningene i form av mangel på sengeplasser erkjennes og beklages. Legene synes imidlertid å oppfatte begrensningene mer som unntak og som et eksternt trusselbilde, politisk og økonomisk. Selv om de erkjenner at det vil være rom for variasjoner i innholdet i en faglig og helhetlig skjønnsvurdering, gir de i liten grad uttrykk for at de selv gir etter for ytre press for å endre beslutningskriteriene.

## Avsluttende diskusjon

Bakgrunnen for å undersøke legenes egne erfaringer og vurderinger er nedgang i sengetall på sykehus, observert nedgang i liggetid (Helsedirektoratet, 2019) og økt formalisering av prosedyrekrav ved utskrivning til kommunal oppfølging. Disse utviklingstrekkene er aktualisert og forsterket av samhandlingsreformen. Reformen kan ses som en «fortsettelsesreform» i tråd med utviklingen de siste 30 år (Hagen & Romøren, 2016). Presset på å fatte utskri-

vingsbeslutninger må derfor antas å ha bygget seg opp over tid. Kunnskapen om hvordan dette presset håndteres i sykehusene generelt og av legene som har det formelle ansvaret for å fatte beslutningen, er imidlertid mangelfull. I denne artikkelen har vi med utgangspunkt i rasjonelle beslutningsmodeller, en regelorientert og en konsekvensorientert modell, utforsket både den formelle konteksten og selve opplevelsen av beslutningssituasjonen sett fra legenes utsiktspost. Sentralt i vår modellforståelse er Carnegieskolens modifikasjoner av forestillingene om rasjonalitet, ved at vi legger til grunn en forventning om *begrenset rasjonalitet* både når det gjelder regelanvendelse og konsekvensvurderinger.

Sett i lys av de to beslutningsmodellene kan resultatene fra vår studie oppsummeres i to punkt. For det første tyder svarene fra legene på at regelorienterte og konsekvensorienterte beslutninger fattes i parallelle heller enn integrerte systemer. Det synes, ut fra våre data, å være en klar arbeidsdeling der det er sykepleierne som sørger for at de formelle kravene til utskrivningsbeslutningene ivaretas. Dette støttes også av funnene hos Hellesø og Melby (2013).

For det andre er de regelorienterte beslutningene ufravikelige og ledsages av økonomiske sanksjoner. Det betyr at situasjonsspesifikke begrensninger i første rekke rammer de konsekvensorienterte beslutningene. Våre data tyder på at legene som beslutningstakere under press preges av en sekvensiell form for rasjonalitet, der de først gjør en medisinskfaglig individuell vurdering for deretter å gjøre en relativ konsekvensvurdering og prioritering, også denne ut fra det medisinskfaglige skjønnet. En slik framgangsmåte er helt i tråd med Simons (1955) beskrivelser av begrenset rasjonalitet, men kan tenkes å stå i et motsetningsforhold til forskriftens §9 som gir alle pasienter rett til individuell vurdering.

Våre hovedfunn styrkes ved at de er konsistente på tvers av den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen av legenes opplevelser av utskrivningsbeslutninger. De fire respondentene i de kvalitative intervjuene var noe mer entydige og klare når det gjaldt å vise hvordan en presset situasjon fikk dem til å senke terskelen for når en pasient er utskrivningsklar. I spørreundersøkelsen ble denne type «grensejusteringer» i større grad tilskrevet kollegers praksis enn egne erfaringer. Disse forskjellene kan være metodisk skapte, men vi må også ta i betraktning at vi her har et lite materiale (både når det gjelder antall intervju og respondenter) der enkelt svar får betydning. Tidsaspektet kan også tenkes å spille inn, da intervjuundersøkelsen ble gjennomført to år før spørreundersøkelsen. Her kan det ha skjedd en viss tilpasning eller tilvenning, der legene i større grad aksepterer utskrivning i tilfeller man er usikker. Samtidig gir legenes fartstid lite utslag på hvordan de vurderer dagens praksis når det gjelder hva som er riktig tidspunkt for å overlate behandlingsansvaret til kommunene.

Utskrivningsbeslutninger er et komplekst fenomen, og vår analytiske avgrensning ved se på fenomenet i lys av rasjonelle beslutningsmodeller kan problematiseres. Det kan tenkes at en utvidelse i retning av det March (1995) omtaler som forståelse av «beslutningstagen i interaktivt betingede strukturer» (s. 63 ff), ville gi større rom for å identifisere og forklare den kompleksiteten som rent faktisk omgir utskrivning av syke mennesker som trenger videre oppfølging på et annet forvaltningsnivå. Her kan også et annet av March' begreper, «oppmerksomhetsmosaikker» (s. 65), være fruktbart. Begrepet viser til at for å forstå de beslutninger som tas i en konkret sammenheng, må en forstå hvordan beslutningsprosessene inngår i deltakernes liv. Vår studie har til en viss grad fanget legenes oppfatninger, men for en videre utforskning ville vi inkludere sykepleiere, pasienter/pårørende, aktører i det kommunale mottaksapparat og ulike ledelsesnivåer i sykehusorganisasjonen.

Som et siste punkt vil vi reise spørsmål om det også kan være fruktbart å se utskrivningsbeslutninger i lys av helt andre modeller enn de som forutsetter rasjonalitet. Hvis vi for eksempel tar utgangspunkt i at beslutninger først og fremst kan forstås som artefakter,

vil både de formelle reglene og legenes individuelle vurderinger bli sett som symbol på at bestemte verdier blir ivaretatt. Medisinskfaglig skjønnsutøvelse kan settes under press og resultere i oppgaveoverføring fra sykehus til kommunene, uten at dette er formelt regulert eller finansiert – og uten at det problematiseres – gitt profesjonenes ideelle selvforståelse av faglig autonomi. Vi skal ikke forfølge disse spørsmålene her, men ser dem som en illustrasjon på verdien som ligger i å kunne bruke, men også utfordre de modeller vi legger til grunn for vår forskning.

*Forfatterne har ingen interessekonflikter.*

## Referanser

- Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I. & Skrove, G. K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133. Hentet fra <https://nos.portfolio.no/>
- Bjorvatn, A. & Nilssen, E. (2018). Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(01), 18–38. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-02>
- Cyert, R. M. & March, J. G. (1963). *A behavioral theory of the firm*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Eckhoff, T. & Jacobsen, K. D. (1960). *Rationality and responsibility in administrative and judicial decision-making* (Vol. 5). København: Munksgaard.
- Etzioni, A. (1988). *The moral dimension : toward a new economics*. New York: Free Press.
- Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T. & Rønning, R. (1995). *Innføring i organisasjonsteori* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-11-18-1115>
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1289065/Samhandlingsreformen.pdf>
- Gjerde, I., Torsteinsen, H. & Aarseth, T. (2015). Kommunenes møte med samhandlingsreformen: om grensekryssinger med og uten kart. I Ø. Strand, E. Nettet, & H. Yndestad (red.), *Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i Nordvest – Fjordantologien 2014* (s. 65–86). Oslo: Forlag1, cop. 2015.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 2, 148–155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12. Hentet fra <https://nos.portfolio.no/>
- Hagen, T. P., McArthur, D. P. & Tjerbo, T. (2013). *Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter : erfaringer fra første året*. I Working paper (Helseøkonomisk forskningsprogram : online), Vol. 2013:5. Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero-2013-5.html>
- Hagen, T. P. & Romøren, T. I. (2016). Innledning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (02), 75–77. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-01>
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse* (s. 223–242). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helsedirektoratet (2019). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011–2018*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/vekst-i-liggedager-for-utskrivningsklare-pasienter>
- Hermansen, Å. & Grødem, A. S. (2015). Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, (1), 24–32. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53351>
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133. <https://doi.org/10.1177%2F1558689806298224>
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125–141. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2432158>
- Lorentzen, I. C., Larsby, K. E., Bugge, E. & Lindekleiv, H. (2020). Reinnleggelser ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskriftet den norske legeförening*, (1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0225>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30?searchResultContext=1393&rowNumber=1&totalHits=1491>
- March, J. G. (1995). *Fornuft og forandring : ledelse i en verden beriget med uklarhet*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- March, J. G., Simon, H. A. & Guetzkow, H. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- Molde kommune. (2017, 12. juli). Molde kommune vant tvistesak mot helseforetaket. Hentet fra <https://www.nrk.no/mr/molde-vant-tvistesak-mot-helseforetaket-1.13598747>
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/evaluering-av-samhandlingsreformen/>
- Pasientjournalforskriften. (2000). Forskrift om pasientjournal (FOR-2000-12-21-1385). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/SFO/forskrift/2000-12-21-1385?searchResultContext=1684&rowNumber=1&totalHits=248>
- Perrow, C. (2014). *Complex organizations : a critical essay*. New York: Echo Point Books & Media.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2015-2016/ressursutnyttelse-og-kvalitet-i-helsetjenesten-etter-innforingen-av-samhandlingsreformen/>
- Rundskriv fra Sosialdepartementet. (2002). Rundskriv fra Sosialdepartementet (U-2002-13). Hentet fra <https://lovdata.no/pro/#document/RDEP/rundskriv/u-2002-13?searchResultContext=1197&rowNumber=1&totalHits=2>
- Simon, H. A. (1955). A Behavioral Model of Rational Choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99–118. <https://doi.org/10.2307/1884852>
- Simon, H. A. (1997). *Administrative behavior : a study of decision-making processes in administrative organization* (4th ed.). New York: Simon & Schuster Free Press.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2 utg.). Thousand Oaks: United States, California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.