

Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

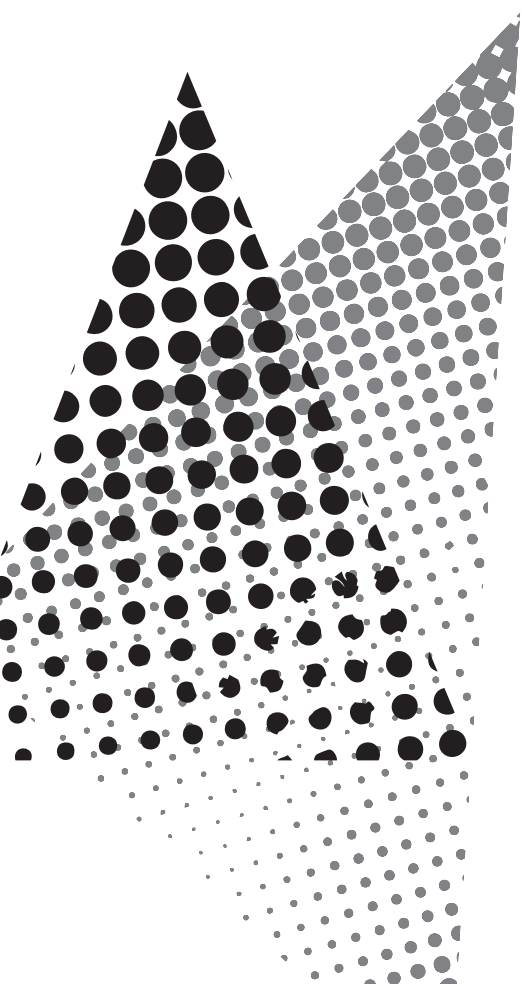
En kunnskapsoppsummering



Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

En kunnskapsoppsummering



Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

En kunnskapsoppsummering

Senter for omsorgsforskning

2019



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: iStockphoto.com
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 04/2019

Tittel: Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene
- En kunnskapsoppsummering

Forfattere: Oddvar Førland og Hanne Marie Rostad

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

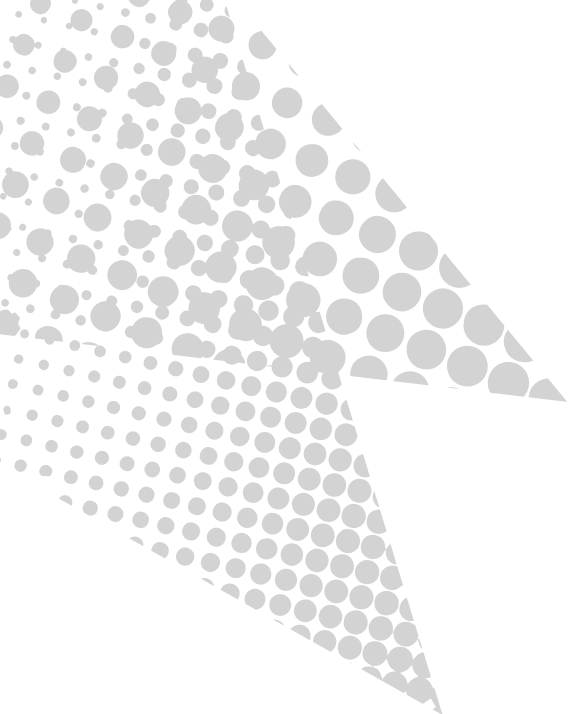
ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-091-5

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-092-2

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:
www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Kunnskapsoppsummeringen er en delleveranse i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å «fremskaffe kunnskap om variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene». Vi takker departementet for oppdraget og for verdifulle kommentarer underveis i arbeidet. Vi håper kunnskapsoppsummeringen vil gi et brukbart kunnskapsgrunnlag i det videre arbeidet med temaet.

Takk til førsteamanuensis Anette Fagertun og universitetsbibliotekar Gunhild Austrheim ved Høgskulen på Vestlandet og forskningslederne Frode Fadnes Jacobsen og Aud Obstfelder ved henholdsvis Senter for omsorgsforskning vest og øst for nyttige kommentarer og innspill i arbeidets slutfase.

Sluttleveransen, som skal leveres senere, består av et forskningsprosjekt som skal måle, kartlegge og analysere variasjon i kvalitet mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere.

Hanne Marie Rostad og Oddvar Førland
Gjøvik/Bergen, 11. juli 2019.



SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Denne kunnskapsoppsummeringen er første leveranse i forbindelse med et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å fremskaffe kunnskap om variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. *Omsorgstjenester* er av oppdragsgiver avgrenset til ulike former for hjemmetjenester, slik som hjemmesykepleie, praktisk bistand og opphold i institusjon, herunder sykehjem. Basert på en gjennomgang av norsk og nordisk litteratur, er følgende *variasjonsaspekter* beskrevet og diskutert:

- kommunenes tildelingspraksiser
- befolkningens tjenestetilgang og tjenestebruk
- kommunenes dekningsgrader og ressursbruk
- yngre og eldre brukere
- offentlige og private tilbydere
- objektive kvalitetsdimensjoner- og indikatorer (tjenestekvalitet)
- subjektive kvalitetsvurderinger
- kvalitetsarbeid i kommunene

METODE

I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen har vi anvendt:

1. systematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser
2. usystematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser
3. snøballmetoden (gjennomgang av referanselistene i publikasjoner fra de systematiske og usystematiske søkene)
4. forfatternes referansebibliotek fra tidligere arbeider med tematikken, samt uformelle forespørsler til forfatternes nettverk

HOVEDFUNN OG KONKLUSJON

Til sammen er 143 publikasjoner beskrevet.

Kunnskapsoppsummeringen indikerer utfordringer og uønsket variasjon på flere områder innenfor omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig innenfor *faglig rettede kvalitetsdimensjoner*:

- medisinske helsetjenester og legemiddelgjennomgang
- tannhelsetilbudet
- infeksjonsforekomst i sykehjem
- innleggelse og reinnleggelse i sykehus
- oppfølging av ernæring

Stor variasjon innen disse områdene gir grunn til bekymring for om faglige retningslinjer følges og om lovpålagte tilbud mangler, er mangelfulle eller har åpenbart lav kvalitet i noen kommuner. Dette vil være til ugunst for dagens brukere og for potensielle framtidige brukere i disse kommunene.

Det er videre dokumentert stor variasjon når det gjelder *organisering og prioritering* innen omsorgstjenestene. Etter vår vurdering er slik variasjon ofte naturlig og å forvente, gitt de faktiske ulikhetene som eksisterer mellom kommunene. Dette gjelder for:

- kommunenes tildelingspraksiser
- kommunenes dekningsgrader av tjenestene (tjenesteprofil)
- kommunenes ressursbruk og prioriteringer

Hva ved denne variasjonen som er uheldig og uønsket, og hva som er uproblematisk og til og med gunstig, er dels en faglig, dels en politisk og dels en vurdering som må gjøres av tjenestemottakerne og deres pårørende. Like fullt vil vi trekke fram *fire* funn fra kunnskapsoppsummeringen, relatert til organisering og prioritering, som peker i retning av uønsket variasjon:

- Mangelfull behovsutredning, ulikheter i tildelingsgrunnlaget, mangelfull informasjon til søkerne og mangelfull ivaretagelse av søkerens klagerett fører til at like situasjoner og samme type behov, lidelser og tilstander står i fare for å bli behandlet ulikt og ikke gis likeverdige tiltak og tjenester. Slik variasjon må ut fra et befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket og vil kunne føre til at brukere ikke får lik tilgang til tjenester de har behov for og krav på.
- Kommuner med lav dekning av både helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem har høyere antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter, sammenlignet med andre kommuner. Dette er en indikasjon på at disse kommunene har et uberettiget lavt nivå av omsorgstjenester, hvilket truer myndighetenes mål om at alle borgere skal ha lik tilgang til likeverdige tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Slik lav dekningsgrad kan både fra et befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket.
- Noen kommuner har lav dekning av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det kan ha negative konsekvenser for demensrammedes livskvalitet og muligheter til å fortsette å bo i eget hjem og det kan ha negative konsekvenser for pårørendes livskvalitet.
- Forskjeller i 'omsorgsregimer' mellom yngre og eldre brukere indikerer en uberettiget variasjon som myndighetene bør sette inn tiltak for å forebygge ved å etablere aldersuavhengige finansieringsordninger og regelverk.

I oppsummeringens diskusjonsdel foretar vi en bredere og mer prinsipiell drøfting av ønsket og uønsket variasjon i skjæringspunktet mellom statlig styring, standardisering, lokal tilpasning, lokal autonomi og innovasjon.



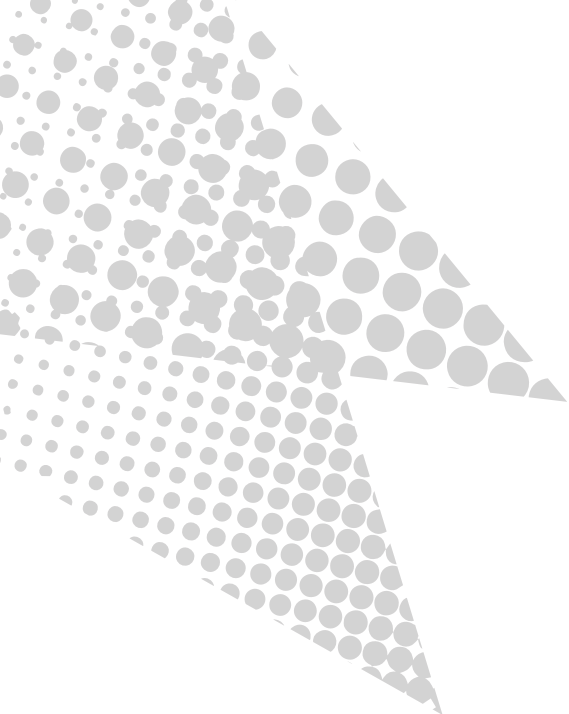


INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	1
METODE	5
RESULTATER	9
Kommunenes tildelingspraksiser	11
Befolkningens tilgang til og bruk av omsorgstjenester, og kommunenes dekningsgrader av tjenestene (tjenesteprofil)	13
Hjemmetjenester	14
Sykehjem og institusjon	15
Dagaktivitetstilbud for personer med demens	16
Kommunenes ressursbruk	18
Yngre og eldre brukere	19
Offentlige og private tjenestetilbydere	20

Objektive kvalitetsdimensjoner- og indikatorer	22
Medisinske helsetjenester i sykehjem	22
Legemidler og legemiddelgjennomgang	23
Tannhelsetilbudet	24
Infeksjonsforekomst i sykehjem	25
Innleggelse og reinnleggelse til sykehus	26
Oppfølging av ernæring	27
Subjektive kvalitetsvurderinger	31
Kvalitetsarbeid i kommunene	33
DISKUSJON	35
OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	45
LITTERATURREFERANSER	49
VEDLEGG 1: Resultattabell – litteratur fra det systematiske søket i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser	61
VEDLEGG 2: Et eksempel på brukt søkestrategi	71





AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING

Kunnskapsoppsummeringen tar utgangspunkt i hovedbegrepene *omsorgstjenester*, *variasjon*, *uønsket variasjon* og *kvalitet*.

Omsorgstjenestene avgrenses av oppdragsgiver til ulike former for hjemmetjenester, som hjemmesykepleie og praktisk bistand, og opphold i institusjon, herunder sykehjem. Oppdragsgiver poengterer videre at gjennomgangen både skal omfatte variasjonen mellom offentlige tjenesteytere/kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere. I litteraturen brukes det ulike termer om mottakerne av omsorgstjenestene. Vi anvender vanligvis uttrykkene som litteraturkildene selv benytter, og det er som oftest 'bruker', 'pasient' og 'tjenestemottaker'.

Variasjon er i denne sammenheng uttrykk for det som er ulikt mellom enheter som yter tjenester til befolkningen, for eksempel ulikhet mellom kommuner, mellom offentlige og private tilbydere, men også mellom brukergrupper, for eksempel mellom yngre og eldre tjenestemottakere. Det er kjent at variasjon i omsorgstjenestetilbudet og variasjon i kvalitet på omsorgstjenestene forekommer både nasjonalt og internasjonalt (Christensen & Pilling, 2018; Österle & Rothgang, 2010). Det er ikke slik at all variasjon i omsorgstjenestene er problematisk – noe er uunngåelig, noe er tilfeldig og noe har man ingen kontroll over. Variasjon kan også være et resultat av lokal innovasjon, der nye løsninger blir introdusert og det kan ta tid før de får fotfeste nasjonalt. Denne typen variasjon er å forvente og kan hevdes å være ønskelig da den kan bidra til å bedre tjenestene for alle på sikt. Variasjon er også både positivt og nødvendig når den reflekterer ulike behov, preferanser og kliniske responser blant tjenestemottakere og i befolkningen. I noen tilfeller avspeiler altså variasjon et nødvendig mangfold.

Av Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 fremgår det at kommunene skal tilby bestemte tjenester til befolkningen, blant annet helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Kommunene står imidlertid forholdsvis fritt når det kommer til *organisering* disse tjenestene. De står også fritt til å *prioritere* fordelingen av sine samlede ressurser mellom de ulike kommunale oppgavene så lenge de oppfyller rettslige krav. Denne valgfrihet følger av *kommunenes selvråderett*, som innebærer beslutningsmyndighet over

lokale anliggender, så lenge de oppfyller lovenes rammekrav og opererer innenfor økonomiske rammer fastsatt av statlige myndigheter. Dette er forhold som bidrar til variasjon innenfor kommunenes omsorgstjenester. Dessuten har kommunene noe *ulikt inntektsgrunnlag* og dermed ulike økonomiske mulighetsrom, hvilket i tillegg bidrar til variasjon i tjenestetilbudet, med potensiale for ulik tjenestekvalitet mellom kommunene. For eksempel er det variasjon mellom kommunene i hvorvidt det kreves egenandel fra brukerne av dagaktivitetstilbud for personer med demens (Helsedirektoratet, 2019g). Slik variasjon vil ikke nødvendigvis være uberettiget fra et myndighetsperspektiv så lenge lovens krav om nødvendige og forsvarlige tjenester er oppfylt, men forskjellene kan like fullt anses som uønsket og urettferdig av befolkningen og av brukere som forventer lik tilgang og likeverdige tilbud. Fra sentrale myndighetene er det et mål at alle, uavhengig av hvor i landet de bor eller hvem de, skal gis like muligheter og motta likeverdige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Oppdragsgiver omtaler *uønsket variasjon* som «variasjoner som bryter med forsvarlighetskravet i lovgivningen, eller som på annen måte kan være ugunstig for tjenestemottakerne, som for eksempel ulikhet i tjenestetilbudet til yngre og eldre tjenestemottakere, ulikhet i kommunal tjenesteprofil med hensyn på vektlegging av institusjonstjenester versus hjemmetjenester, eller variasjon i reinnleggelses av eldre i sykehus». Begrepet 'uønsket variasjon' er ikke verdinøytralt, men et normativt begrep, fordi det gir en referansenorm som handlinger, hendelser og sakens tilstand vurderes opp imot («provides a benchmark against which to assess actions, events, or states of affairs») (Frega, 2017, s. 372). Det peker mot noe som er dårlig og/eller galt og som står i motsetning til noe som er bra og/eller riktig eller en ønsket standard. Når man hevder at praksisene i kommunene representerer ønskede eller uønskede variasjoner, så innebærer det en evaluering av om praksisene er bra eller dårlige fra et bestemt perspektiv, for eksempel fra et brukerperspektiv eller et myndighets- og tilsynsperspektiv. Begrepet 'uønsket variasjon' beskriver dermed en typologi av virkeligheten der noe er ansett som uønsket fra en spesifikk posisjon i et system. En rekke av tjenestene som finnes i kommunene er underlagt ulike revisjons-, rapporterings- og auditsystemer, samt lovregulering. Dette betyr at en god del av forholdene beskrevet og analysert i forskningen allerede er styrt av lov og forskrift og således et ansvarsområde som helsemyndighetene, i prinsippet, skal fange opp gjennom eksisterende auditsystemer.

Vi forstår videre 'uønsket variasjon i kvalitet' som et normativt (fag)politisk uttrykk som gjennom sin bruk søker å etablere et normativt samsvar ('norm compliance') (Frega, 2017, s. 372), gjerne som en 'best practice', i omsorgstjenestelandskapet i Norge. Hvis for eksempel grunnlaget for tildeling av helse- og omsorgstjenester er uklart eller mangelfullt, kan man risikere at like situasjoner behandles ulikt, og samme type lidelse og tilstand tilbys ulike tiltak og tjenester. Slik variasjon kan være enklere å måle i spesialisthelsetjenesten, for eksempel som andeler med en bestemt skade som får en veldefinert, bestemt kirurgisk behandling. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan tiltakene være mer utfordrende å avgrense og indentifisere fordi både tilstanden til tjenestemottakerne og tjenestene de mottar ofte er mer sammensatte og vanskeligere å avgrense (Grimsmo, 2018). Vi kommer tilbake til en videre drøfting av ønsket og uønsket variasjon i diskusjonsdelen og oppsummerings- og avslutningsdelen.

Kvalitetsbegrepet er utfordrende å definere og avgrense. Den libanesiske legen Avedis Donabedian utviklet tidlig et grunnlag for systematisering av, og forskning på, kvalitet i helsesektoren, der han utviklet et skille mellom struktur-, prosess og resultatindikatorer for kvalitet (se for eksempel Donabedian (1997)). Strukturbegrepet omfatter forutsetninger for omsorg, pleie og behandling, slik som fasiliteter, utstyr, bemanningsnivå og kompetansesammensetning.

Prosessindikatorer retter seg inn mot forhold som dreier seg om hvordan helsehjelp ytes og mottas, som for eksempel tjenesten 'dagtilbud til personer med demens'. Resultatindikatorer er rettet inn mot såkalte «utfallsmål» med tanke på konsekvenser for en pasientpopulasjon eller den enkelte pasient. Eksempler på resultatindikatorer kan være forekomst av trykksår, fall med alvorlig skade, vekttap, infeksjoner (som urinveisinfeksjoner eller lungebetennelse), bruk av psykofarmaka og sykehusinnleggelse. I Donabedians rammeverk vektlegges *forholdet* mellom de ulike indikatorene ut fra en tanke om at god struktur sannsynliggjør en god prosess, og at en god prosess gir mulighet for et godt utfall for pasientene. Selv om Donabedian mente slike sammenhenger er sannsynlige, tok han til orde for at disse sammenhengene må utforskes empirisk i ulike kontekster (Donabedian, 1997).

Norsk Standard, NS-EN ISO 9000, knytter kvalitet til den grad de iboende egenskaper ved et produkt eller en tjeneste oppfyller angitte eller underforståtte behov eller forventninger. Da oppstår raskt spørsmålet om *hvem* sine behov, forventninger, oppfatninger og perspektiv dette dreier seg om. Er det kvalitetsvurderinger i et tjenestemottakerperspektiv (pasient og bruker), tjenesteyterperspektiv (ansatt), organisatorisk- og myndighetsperspektiv (etat, kommune, departement) eller i et faglig- og forskningsmessig 'best practice' perspektiv? Snarere enn å velge eller utelukke noen av disse perspektivene ser vi dem som komplementære og relevante for kunnskapsoppsummeringen.

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem benytter en sammensatt operasjonalisering av begrepet «kvalitet»¹. Kvalitet defineres her som tjenester som:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

På bakgrunn av denne definisjonen er det utviklet konkrete nasjonale kvalitetsindikatorer. For kommunale helse- og omsorgstjenesten er det utviklet 23 indikatorer (Helsedirektoratet, 2019e).

I denne rapporten skiller vi mellom 'objektiv' og 'subjektiv' kvalitetsvurdering. De nasjonale kvalitetsindikatorerne kan kategoriseres som 'objektive' da de forsøker å måle konkrete forhold ved tjenestene, mens innbygger/brukerundersøkelser kan kategoriseres som 'subjektive' da de presenterer opplevelsene av og erfaringer med tjenestene.

Grunnet tematikken og oppdragsgivers avgrensing² har vi i denne kunnskapsoppsummeringen valgt å inkludere følgende objektive og subjektive kvalitetsindikatorer og -dimensjoner:

- medisinske helsetjenester i omsorgstjenestene
- legemidler og legemiddelgjennomgang
- tannhelsetilbud
- infeksjonsforekomst i sykehjem
- innleggelse og reinnleggelse til sykehus
- subjektive vurderinger av kvalitet
- kvalitetsarbeid i kommunene
- oppfølging av ernæring

¹ Se: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

² Oppdragsgiver har presisert at andre omsorgstjenester, som tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn ikke er gjenstand for oppdraget.

I tillegg har vi i gjennomgangen inkludert følgende andre temaer med relevans for variasjon i tjenestekvalitet:

- kommunenes tildelingspraksiser
- befolkningens tjenestetilgang og tjenestebruk og kommunenes dekningsgrader og ressursbruk
- yngre og eldre brukere
- offentlige og private tilbydere

På bakgrunn av oppdragets avgrensning og rammer har vi ekskludert indikatorer og dimensjoner som primært knytter seg til generelle rammer rundt pasientarbeidet, som for eksempel sykefravær, eller kommer i tillegg til vanlige hjemmetjenester og institusjonstjenester, for eksempel bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter. Utvalget av temaer er gjort ut fra en skjønnsmessig vurdering av temaenes betydning, samt omfanget av norsk og nordisk litteratur sett i forhold til kunnskapsoppsummeringens rammer.

Oppdragsgiver presiserer at oppdraget ikke er å anse som en systematisk kunnskapsoppsumming i henhold til Kunnskapscenteret ved Folkehelseinstituttet sin definisjon av begrepet, og de poengterer at den skal baseres på norsk og eventuelt nordisk forskning, og ikke annen internasjonal forskning. Begrunnelsen er at kunnskapen skal være relevant for Norge. Oppdragsgiver ønsker en «systematisk gjennomgang av forskning og annen kunnskap på området». For begrepet forskning legger vi til grunn NIFUs (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling) definisjon, der følgende kriterier må være oppfylt:

- «presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellelvurdering» (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015).

Knyttet til siste kulepunkt om fagfellelvurdering, har vi også inkludert publikasjoner fra forskningsinstitusjoner med intern fagfellelvurdering.

Annen kunnskap på området er et mindre presist uttrykk og kan omfatte en rekke ulike kunnskapskilder. For at dette skal være håndterbart innenfor rammen av denne kunnskapsoppsummingen, har vi inkludert annen kunnskap i form av utvalgte publikasjoner fra offentlige myndighetsorganers undersøkelser og utredninger, for eksempel fra Helsedirektoratet, Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, Riksrevisjonen, Helsetilsynet, Fylkesmennene, Pasient- og brukerombudene og KS, samt publikasjoner fra Statistisk sentralbyrå og andre FoU-institusjoner. Søket etter «annen kunnskap på området» har vært åpnere, men mindre omfattende enn søket etter forskning.

PROBLEMSTILLING OG DISPOSISJON

Kunnskapsoppsummingen gir en oversikt over forskning og annen kunnskap som er relevant for temaet «variasjon og uønsket variasjon i kvalitet innenfor hjemmetjenester og sykehjem». I resultatkapittelet beskrives resultater og funn fra denne litteraturen³. I diskusjonskapittelet settes resultatene inn i en bredere og mer prinsipiell sammenheng.

³ I vedlegg 1: Resultat-tabell for litteratur fra det systematiske søket i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser, gis det en kortfattet oversikt resultatet fra det systematiske søket etter forskningspublikasjoner. Resultatene fra de usystematiske søkene er ikke inkludert i vedlegget.



METODE

Fremgangsmåten for informasjonsinnhenting har vært som følger:

1. Systematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser.
2. Usystematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser.
3. Snøballmetoden (gjennomgang av referanselistene i publikasjoner fra de systematiske og usystematiske søkene).
4. Forfatterens referansebibliotek fra tidligere arbeider med tematikken, samt uformelle forespørsler til forfatterens nettverk.

1. Systematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser

Det systematiske litteratursøket bygger på anerkjente metodebeskrivelser for å sikre gode søk etter litteratur. Det ble gjennomført søk etter forskning på omsorgssektoren i Norge, men også publikasjoner som omhandler sektoren i Sverige, Danmark, Island og Finland ble vurdert og tatt med dersom funnene ble vurdert å ha overføringsverdi til norske forhold. Vitenskapelige artikler og rapporter ble inkludert og måtte være skrevet på engelsk, svensk, dansk eller norsk. Fullstendig oversikt over inklusjonskriteriene for søket i forskningsdatabasene er beskrevet i tabell 1. Søkestrategien ble utarbeidet i samarbeid med en universitetsbibliotekar og besto av en kombinasjon av databasenes emneord og tekstord. Følgende databaser ble benyttet: Ovid (Medline), Cinahl, Swemed+, Sociology source ultimate, Scopus og Norart/Oria. Søkestrategien ble utviklet i Ovid (Medline) og tilpasset de andre databasene, se vedlegg 2. Hovedsøket ble gjennomført i mars 2019.

Tabell 1: Inklusjonskriterier

	Inklusjon
Studiefokus	Studier som beskriver variasjon og uønsket variasjon i kvalitet innenfor omsorgstjenestene med fokus på variasjon mellom: <ul style="list-style-type: none"> • kommuner • private- og offentlige leverandører • grupper av tjenesteytere/profesjoner/ansatte • grupper i befolkningen/tjenestemottakere/individer
Perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> • tjenestemottaker (pasient/bruker/familie) • tjenesteyter (ansatt) • organisasjon og myndighet (etat/kommune/stat) • faglig («best practice»/ «promising practice»)
Tjenester/setting	<ul style="list-style-type: none"> • ulike former for hjemmetjenester; herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand • sykehjem og andre institusjoner i kommuner; herunder ulike typer institusjonsopphold og plasser.
Type publisering/design	<ul style="list-style-type: none"> • vitenskapelige artikler. Alle typer studiedesign. • vitenskapelige antologier og kapitler. • forskningsrapporter. • doktorgradsavhandlinger.
Tidsperiode	Datagrunnlag fra 2005 til 2019.
Språk	Litteratur på engelsk, norsk, dansk og svensk.

2. Usystematiske litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser

I tillegg til de systematiske søkene ble det gjort usystematiske søk etter litteratur i Google, Google Scholar og Oria. Det ble søkt etter vitenskapelige artikler og antologier og såkalt «grå litteratur». «Grå litteratur» er skrevet og publisert av myndighetsorganer, FoU-institusjoner og andre virksomheter og inkluderer rapporter, utredninger og evalueringer som ikke er publisert i fagfellevurderte forskningstidsskrift. Det ble også søkt på nettsidene til Statistisk sentralbyrå, Helse direktoratet, Riksrevisjonen, Helsetilsynet, KS, Fylkesmennene og Pasient- og brukerombudene, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Senter for omsorgsforskning.

Følgende søkeord ble benyttet: Variasjon (herunder uønsket-, uberettiget-, uheldig-, ønsket- og naturlig variasjon), Forskjeller, Ulikhet, Likhet, Fordeling, Omfordeling, Tildeling, Vedtak, Overbehandling, Underbehandling, Tilgang, Tilgjengelighet, Etterspørsel, Forbruk, Nødvendig bruk, Unødvendig bruk, Overforbruk, Underforbruk, Prioritering, Kvalitet, Forsvarlighet og Kompetanse. Søkeordene ble benyttet i kombinasjon med ordene kommune/omsorgstjenester/hjemmetjenester/helsetjenester i hjemmet/hjemmesykepleie, praktisk bistand/hjemmehjelp/institusjon/sykehjem.

3. Snøballmetoden

Referanselistene i publikasjoner fra de systematiske og usystematiske søkene ble gjennomgått med tanke på å identifisere ytterligere relevante publikasjoner.

4. Forfatterens referansebibliotek fra tidligere arbeider med tematikken, samt uformelle forespørsler til forfatterens nettverk

Forfatterens forhåndskjennskap til relevant litteratur og uformelle kontakt med nettverk ble også brukt for å få samlet relevant litteratur.

METODISKE BETRAKTNINGER

Omsorgstjenestene er omfattende og mangfoldige, likeså kvalitetsdimensjonene ved disse tjenestene. Vi har derfor måtte sette noen rammer for hvilke temaer kunnskapsoppsummeringen skulle omfatte. Utvalget av temaer er som nevnt gjort ut fra en skjønnsmessig vurdering av temaenes betydning og omfanget av norsk litteratur sett i forhold til kunnskapsoppsummerings rammene.

I arbeidet har vi anvendt en metodikk som ligger nært opp til det som i forskningslitteraturen omtales som «scoping review» (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014). Slike litteraturgjennomganger har ofte åpne problemstillinger og omfatter flere typer av litteratur, inkludert «grå litteratur». Det er i slike studier større åpenhet for å utvikle litteraturinklusionskriteriene underveis i arbeidsprosessen enn det vi finner i den klassiske systematic review tilnæringsmåten. Man søker ikke å evaluere og gradere studienes vitenskapelige evidens opp mot et tradisjonelt evidenshierarki. Målet er i stedet å skape en bred oversikt over emnet og beskrive kjerneelementer fra de inkluderte studiene.

Kunnskapsoppsummeringen gir en oversikt over forskningen knyttet til variasjon og uønsket variasjon i kvalitet innenfor hjemmetjenester og sykehjem i Norge, og delvis resten av Norden. Vi har søkt etter litteratur som omfatter data som er opptil 15 år gamle (f.o.m. 2005), men har i resultatpresentasjonen lagt størst vekt på publikasjonene fra de siste fem årene. Det tas forbehold om at søkestrategien muligens ikke var treffsikker nok, og at relevant litteratur kan ha blitt utelatt. En av erfaringene gjort, var at det var utfordrende å finne søkeord som var spesifikke nok til å fange opp publikasjoner som omhandler variasjon i kvalitet, da dette sjelden var eksplisitt angitt i tittel, abstrakt eller nøkkelord. Derfor ble det valgt å søke i 'All text' i databasene fremfor 'Title/abstract/keywords'. Vår erfaring har videre vært at det usystematiske litteratursøket, snøballmetoden, forfatterens referansebibliotek fra tidligere arbeider med tematikken og uformelle forespørsler til forfatterens nettverk har vært en helt nødvendig metodisk strategi for å fange opp sentral litteratur.

'Kvalitet' er et hyppig brukt begrep i den offentlige debatten. Det er imidlertid ikke et entydig begrep. I noen av publikasjonene mangler det beskrivelse av hvordan kvalitetsbegrepet er forstått og operasjonalisert. Det kan derfor være utfordrende å tolke hva resultatet presentert egentlig innebærer – for eksempel hva betyr det at 'kvaliteten på omsorgen er lav'? Videre ser det ut til at 'kvalitet' er vurdert ut fra ulike perspektiv: noen fra et omsorgsmottakerperspektiv, andre fra et effektiviseringsperspektiv, mens andre igjen vurderer ut fra en kombinasjon av disse. Begrepsoperasjonalisering har betydning for validitet, da det handler om i hvilken grad spørsmålene som brukes for å vurdere og måle et ikke-observerbart fenomen klarer å fange alle relevante dimensjoner ved fenomenet.

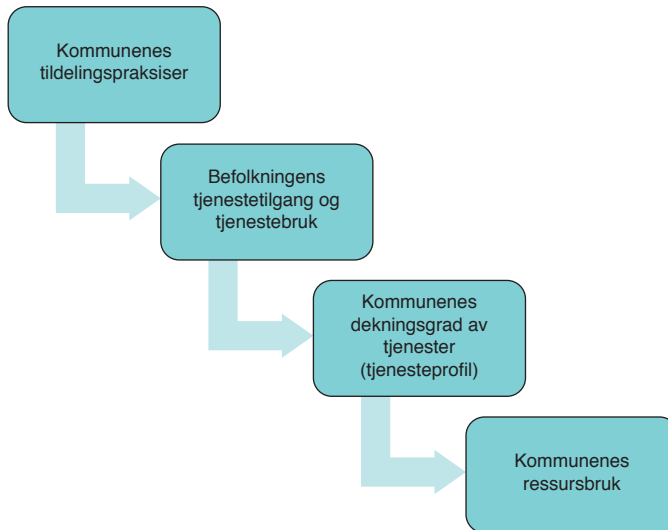
Når det gjelder begrepsbruk for tjenestene, er ikke den entydig. I denne kunnskapsoppsummeringen har varierende begrepsbruk for de ulike tjenestetypene (for eksempel home health care vs. home care vs. home help, etc. eller nursing homes vs. residential home vs. sheltered housing, etc.) vært en utfordring. Flere av publikasjonene mangler en tydeliggjøring av hva tjenesten de skriver om inneholder og hvordan den leveres, og det kan derfor være vanskelig å vite om innholdet i begrepet er det samme når det brukes i de ulike publikasjonene. Derfor har forfatterne måtte gjøre skjønnsmessige vurderinger ut fra sin kjennskap til organisering av omsorgstjenestene i Norge og Norden når feltet har vært uklart beskrevet i publikasjonen.



RESULTATER

Det *systematiske* litteratursøket i databasene, redegjort for i metodedelene, resulterte i 1418 nordiske forskningspublikasjoner. Etter fjerning av duplikater, satt vi igjen med 1168 unike referanser, der 62 publikasjoner ble vurdert i fulltekst. Som følge av inklusjonskriteriene, ble 34 publikasjoner ekskludert, primært fordi de ikke omhandlet kvalitetsaspekter ved omsorgstjenestene eller variasjon i disse. Antallet inkluderte publikasjoner fra det første systematiske litteratursøket er dermed 28, av disse er 27 vitenskapelige artikler og 1 fagutviklingsartikkel. Etter samtale med oppdragsgiver om innholdet i denne kunnskapsoppsummeringen, gjorde vi et andre systematisk søk etter litteratur som resulterte i ytterligere 12 vitenskapelige artikler. Antallet artikler fra det systematiske søket utgjorde dermed 40 artikler. Disse er vist i vedlegg 1. Det *usystematiske* litteratursøket, snøballmetoden, søket i referanselistene i publikasjoner fra de systematiske og usystematiske søkene, forfatterens referansebibliotek fra tidligere arbeider og uformelle forespørsler til forfatterens nettverk, resulterte i ytterligere 103 inkluderte publikasjoner. Til sammen er dermed 143 publikasjoner beskrevet.

I dette resultatkapittelet gjennomgår vi først litteratur om variasjonsaspekter ved kommunenes praksiser når det gjelder *tildeling* av omsorgstjenester. Dernest tar vi for oss variasjon i befolkningens *tjenestetilgang* og *tjenestebruk*, hvilket på den annen side er et uttrykk for kommunenes *dekningsgrader* av omsorgstjenester. Dekningsgradene kommunene legger seg på får videre direkte konsekvenser for deres *ressursbruk* knyttet til disse tjenestene, og vi viser også til litteratur om variasjon på dette temaet. Disse fire faktorene er nært knyttet til hverandre og kan illustreres gjennom følgende modell:



I de to neste delene av resultatkapittelet tar vi for oss variasjonsaspekter knyttet til *ynge og eldre brukere og offentlige og private tjenestetilbydere*. Det siste hovedkapittelet i resultatdelen er viet til variasjoner mellom kommuner i ulike, mer spesifikke, *kvalitetsdimensjoner og kvalitetsindikatorer* relevant for omsorgstjenestene.

KOMMUNENES TILDELINGSPRAKSISER

Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen fra 2018 påpekte som et av sine hovedfunn at eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet. Det er et trekk ved flere av sakene de gransket at det ikke forelå tilstrekkelige opplysninger om de eldres behov for hjelp og at søkerne ikke ble godt nok involvert før kommunen tildelte tjenester. Riksrevisjonen påpekte at tildelingsvedtakene gir for lite informasjon om vurderingene som var gjort og hjelpen den eldre skulle få, særlig gjaldt dette for hjemmesykepleie. Dessuten vurderte de at retten til å klage på vedtakene ikke var godt nok ivaretatt (Riksrevisjonen, 2018). Mangelfull saksbehandling knyttet til tildeling og klagebehandling er temaer som også Helsetilsynet gjennom flere år har påpekt overfor mange kommuner, gjengitt blant annet i oppsummeringer av tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre mellom 2009–2012 (Helsetilsynet, 2011, 2014)⁴, likeens påpekt av Pasient- og brukerombudene (Pasient- og brukerombudet, 2019).

I forsøksordningen med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, som startet opp i 2016 med seks deltakende kommuner, er et av målene å teste ut statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester for å sikre økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning for innbyggerne. Den foreløpige evalueringen konkluderte med at forsøket har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse i kommunen. Dette forklares med at kommunene har fått ekstra midler til å øke kapasitet og faglig bredde i tildelingsenheten, og at de har tatt i bruk nye verktøy i tildelingen (kartleggingsskjema, samtaleguider og sjekklister osv.). De ansatte innen tildelingsenhetene opplevde at de nå kartlegger brukers situasjon grundigere enn tidligere og vektlegger hva som er viktig for brukeren. Evalueringen viste at kommunen revurderer vedtakene hyppigere og at de selv mener det har blitt bedre samsvar mellom vedtak og faktiske utførte tjenester. Kommunene i prosjektet som ikke ble omfattet av utprøvingen av de nye statlige kriteriene for tildeling, kunne ikke vise til slike endringer. Evalueringen fra brukere og pårørende er imidlertid ikke entydig om hvorvidt brukermedvirkningen har blitt styrket som følge av forsøket. Ansatte påpeker at ressursbruken knyttet til tildeling og administrasjon har økt, særlig i oppstartsfasen, og at noen av kommunene har opplevd dette som en byråkratisering (Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse, 2017, 2018).

Forskere fra NOVA og Statistisk sentralbyrå sendte i 2013 ut et oppdiktet kasus om en representativ potensiell eldre bruker til saksbehandlere med ansvar for vurdering og tildeling av omsorgstjenester i norske kommuner. Saksbehandlerne ble bedt om å ta stilling til hvilken hjelp de ville *tildele* denne søkeren. Forskerne fikk svar fra 804 saksbehandlere i 261 kommuner. Til tross for likt case, varierte deres 'vedtak' betydelig, både med hensyn på type, innhold og omfang av tildelte tjenester. Forskjellene var betydelige både mellom kommunene og mellom saksbehandlerne i samme kommune, til tross for at majoriteten oppgav å ha brukt standardiserte vurderingsskjema. De multivariate analysene viste ikke signifikante forskjeller i vurderingene mellom saksbehandlerne som arbeidet i kommuner som hadde standardiserte vurderingsskjemaer sammenliknet med de som arbeidet i kommuner uten slike skjema. Mannlige saksbehandlere tildelte i snitt noe færre timer praktisk bistand og hjemmesykepleie sammenliknet med kvinnelige. Eldre saksbehandlere tildelte mindre hjemmesykepleie sammenliknet med yngre. Variasjon i *typen* tjenester som ble tildelt kunne i noe grad forklares av respondentens arbeidserfaring, for eksempel at saksbehandlere som hadde arbeidet i hjemmetjenesten tildelte mindre dagsenter

⁴ Helsetilsynet skriver: «Mangelfull saksbehandling er eit rettstryggleiksproblem. Det kan føre til at omsorgsmottakarane og deira pårørande ikkje får vurdert tenestebehova sine etter krava i lovgivinga, og at dei ikkje får det tenestetilbodet dei har krav på. Det er alvorleg slik Helsetilsynet vurderer det» (Helsetilsynet, 2014, s. 13).

og dagrehabilitering sammenliknet med personer med annen arbeidserfaring, mens personer med arbeidsbakgrunn fra sykehjem i større grad tildelte institusjonstjenester. Kommunestørrelse kunne forklare noe av variasjonen ettersom de største kommunene tenderte mot å tildele noe mindre praktisk bistand sammenliknet med de minste. Like fullt konkluderer forskerne med at hvilken saksbehandler man tildeles internt i en kommune er av nesten like stor betydning for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester som hvilken kommune man bor i. De poengterer dog at årsakene til den observerte variasjonen er ukjente og at mulige sammenhenger bør undersøkes videre (Syse, Øien, Solheim, & Jakobsson, 2015).

I en intervjustudie blant saksbehandlere i fem kommuner fant forskeren at det var to styrende hovedprinsipper for tildeling: 1) vurdering av hva som er nødvendig, forsvarlig helsehjelp og 2) vurdering av hva som er laveste effektive omsorgsnivå. Forskeren konkluderte med at søkernes behov innpasses i et slikt behovshierarki, og at vedtakene gjenspeiler et begrenset og standardisert tjenestetilbud (Øydgard, 2018).

I en studie der beslutningstakere i fem norske kommuner ble intervjuet, fant forskerne indikasjoner på at 'behov' defineres ulikt for *ynge og eldre* brukere, noe som kan ha betydning for mengde, type og innhold i tjenestene som tildeles. Informantene i kommunene var forsiktige med å sette yngre og eldre brukere opp mot hverandre, men det var indikasjoner på at når ressursene var få og prioriteringer måtte gjøres, var det tjenestene til de eldre det gikk ut over (Gautun & Grødem, 2015). Yngres behov ble antatt å være mer beskyttet fordi ansatte sammenligner deres behov med normale aktiviteter for andre på samme alder (Gautun & Grødem, 2015; Gautun, Grødem, & Hermansen, 2012). Hamran og Moe (2012) fant tilsvarende i sin studie om yngre og eldre brukere av hjemmetjenestene. Vi skal i kapittelet om yngre og eldre brukere komme tilbake til litteratur om slike forskjeller.

Otnes og Haugstveit (2015) har med grunnlag i IPLOS-registeret beregnet ventetid mellom vedtaksdato og startdato for omsorgstjenester. For langtidsopphold i institusjon og omsorgsbolig fant de at en av fem ventet mer enn 30 dager og at det var færre med lang ventetid i små sammenliknet med mellomstore og store kommuner. For praktisk bistand og hjemmesykepleie var variasjonen mellom kommunegruppene forholdsvis liten. Det var størst variasjon i ventetid for tjenestene knyttet til avlastning og omsorgsbolig.

BEFOLKNINGENS TILGANG TIL OG BRUK AV OMSORGSTJENESTER, OG KOMMUNENES DEKNINGSGRADER AV TJENESTENE (TJENESTEPROFIL)

Vi skal først se på to studier som viser befolkningens opplevelse og vurdering av tilgangen på omsorgstjenester. I en studie av hjemmetjenestene, basert på data fra innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015, fant man at henholdsvis 67 og 69% av den generelle befolkningen oppfattet tilgangen til hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien som god. De med personlig erfaring anså *tilgangen* som bedre enn de med pårørendeerfaring og de uten erfaring. Det samme gjorde de eldste, de med lavest utdanning og de som bodde i små kommuner, sammenlignet med de yngre, de som hadde høyere utdanning og de som bodde i store kommuner (Førland & Folkestad, 2016). I en annen omfattende befolkningsundersøkelse, basert på spørreundersøkelser rettet mot personer over 65 år, fant man at de eldste eldre og de som bodde i rurale kommuner, erfarte bedre tilgang til hjemmetjenester og sykehjem sammenlignet med de yngste eldre og de som bodde i bystrøk (Blekesaune & Haugen, 2018).

Det finnes et omfattende registerbasert kunnskapsgrunnlag for befolkningens faktiske tilgang til og bruk av mange av de lovpålagte omsorgstjenestene. Befolkningens reelle bruk av omsorgstjenester er uttrykk for kommunenes dekningsgrader for disse tjenestene. Kunnskapsgrunnlaget finnes først og fremst gjennom data og publikasjoner fra Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet. Ut fra dette grunnlaget kan man hevde at det er en myte at de fleste eldre er mottakere omsorgstjenester fra kommunene. I de fleste aldersgrupper, også blant eldre, er det et flertall som ikke bruker omsorgstjenester. For eksempel finner man at 9 av 10 er ikke-brukere blant 67–79-åringene. I aldergruppen 80–89 år er 4 av 10 blitt brukere. Først når man runder 90 år er de fleste blitt mottakere av slike tjenester. I 2018 brukte 84% av de over 90 år enten hjemmetjenester eller sykehjemstjenester. Andelen omsorgstjenestebrukere har vært noe synkende i alle de eldre aldersgruppene de siste ti årene, mens den har vært noe økende i aldersgruppene under 67 år (Borgan, 2013; Førland & Folkestad, 2016; Otnes, 2015; Ramm, 2013; Statistisk sentralbyrå, 2019c; Strand, 2012). Bruk av omsorgstjenester samvarierer imidlertid sterkt med økende alder; dess høyere alder, dess høyere andeler brukere.

Antall omsorgstjenestemottakere totalt, på tvers av alder, er betydelig. I 2018 utgjorde dette 285 582 personer, de fleste av disse hadde hjemmetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2019c). De aller fleste har flere nære pårørende. Beregninger basert på innbyggerundersøkelsene viser at om lag en million mennesker er i kontakt med hjemmetjenestene årlig, enten som pårørende eller som bruker (Førland & Folkestad, 2016). Omsorgstjenestene utgjør med det en vesentlig samfunnsinstitusjon i det norske samfunnet.

Befolkningens tilgang til og bruk av omsorgstjenester er som nevnt samtidig uttrykk for kommunenes *dekningsgrader*⁵ av disse tjenestene. Vi skal nå se på publikasjoner som tar utgangspunkt i dette, med hovedvekt på *variasjonen* mellom kommunene. Hagen, Negera, Godager, Iversen, og Øien (2011, s. 62) studerte dekningsgrader mellom landets kommuner for

⁵ Man skal være oppmerksom på at beregninger av dekningsgrad for hver omsorgstjeneste separat kan være vanskelig å beregne presist fordi kommuner utvikler tilbud som kan ligne på hverandre men som likevel er klassifisert ulikt. For eksempel kan det være gråsoner mellom omsorgsboliger med heldøgns bemanning og sykehjem og like betegnelser av botilbud kan ha svært ulik bemanningsfaktor. Tilbudet om heldøgns omsorg i omsorgsboliger blir også gitt til brukere med svært ulike behov for bistand (Sørbye, Schanche, Sverdrup, & Brunborg, 2016).

pleie- og omsorgstjenester samlet og fant at den i 2006 varierte i aldersgruppen 67 år og eldre fra lavest 13,8% til høyest 51,9%. Dekningsgraden var dermed nesten fire ganger så høy i kommunen med høyest dekning, sammenlignet med kommunen med lavest dekning. Kommunevariasjonen var stor både for hjemmetjenester og institusjonstjenester. I de følgende to underkapitlene beskrives litteratur om variasjon i befolkningens bruk av hjemmetjenester og institusjonstjenester for hver for seg, som uttrykk for kommunenes dekningsgrader for disse tjenestene.

HJEMMETJENESTER

Huseby og Paulsen (2009, s. 164) fant i 2007 stor variasjon mellom kommunene med hensyn til dekningsgraden av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper. I kommunen med lavest dekningsgrad for eldre over 80 år hadde kun 8% hjemmetjenester, mens det i kommunen med høyest rate i samme aldersgruppe var 63% hjemmetjenestebrukere. Landsgjennomsnittet var på 36%. Også gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand per uke innenfor aldersgrupper varierte betydelig mellom kommuner og fylker, for eksempel i aldersgruppen 80–89, der hadde Møre og Romsdal høyest timetall (7,5 timer), mens Akershus hadde lavest (2,4 timer). Landsgjennomsnitt var på 3,9 timer. 2018-tall fra statistikkbanken viser fortsatt betydelige variasjon i dekningsgrader, for eksempel for aldersgruppen 80–89, med Møre og Romsdal høyest (5,6 timer), Oslo lavest (3,3 timer). Forskjellene mellom landets 44 største kommuner er enda større (med Moss høyest med 9,6 timer per uke og Ullensaker lavest med 2,3 timer) (Statistisk sentralbyrå, 2019a). For kommune-Norge som helhet hadde de minste kommunene i 2015 høyere dekningsgrad av helsetjenester i hjemmet for dem over 80 år sammenlignet med de største kommunene, og veksten i dekningsgrad etter 2009 var i tillegg størst i de minste kommunene (Helsedirektoratet, 2017a, s. 84 og 99). I denne aldersgruppen hadde kommunene med over 100 000 innbyggere en dekningsrate på 36% mens de minste kommunene hadde en dekning på 45%. Variasjonen mellom enkeltkommuner med lavest og høyest dekning er betydelig større enn det som fremkommer i disse gruppertallene. Mens dekningsgraden for helsetjenester i hjemmet har vært ganske stabil i alle aldersgrupper etter 2009, har den sunket betydelig for tjenesten praktisk bistand (Helsedirektoratet, 2017a). Også Ottnes og Haugstveit (2015, s. 4) fant at små kommuner hadde høyest dekning av hjemmesykepleie, mens Oslo og kommunegruppen som består av storbyene Bergen, Trondheim og Stavanger hadde lavest dekning av hjemmesykepleie for eldre 80 år og over. De fant også at små og middels store kommuner gav betydelig flere timer hjemmesykepleie til mottakere med omfattende bistandsbehov sammenlignet med Oslo og de andre storbyene.

Døhl, Garåsen, Kalseth, og Magnussen (2016) fant, basert på data fra Trondheim kommune, at ukentlige timer med hjemmetjenester varierte med karakteristika ved brukerne, nærmere bestemt 1) antall samtidige sykdommer (komorbiditet) brukeren hadde, 2) om brukeren bodde alene og 3) om brukeren bodde i omsorgsbolig og 4) om brukeren hadde trygghetsalarm. Å bo sammen med noen, innebar en reduksjon i bruk av hjemmetjenester, men denne reduksjonen var betydelig større for menn enn for kvinner, hvilket kan tyde på at kvinnelige ektefeller og samboere bidrar med mer uformell hjelp enn mannlige. Fysisk funksjonsnedsettelse og kognitiv svikt/nedsatte kognitive ferdigheter var også sterke prediktorer for bruk av hjemmetjenester både for eldre og for personer med psykisk utviklingshemming (Døhl et al., 2016). Her ser vi en forklaringsstrategi som fokuserer på individuelle faktorer ved brukerne av tjenester.

En studie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015 understreker at bruk og ikke-bruk av hjemmetjenestene kan forklares på bakgrunn av en kombinasjon av fire hovedforhold

1) individuelle forhold (som alder, fysisk og kognitiv funksjon og holdninger til å ta imot hjelp), 2) sosiale relasjoner og mulighet for hjelp fra andre, 3) fysiske omgivelser i hus og nærmiljø og 4) trekk ved kommunene og deres tjenestetilbud (Førland & Folkestad, 2016).

SYKEHJEM OG INSTITUSJON

Sammenligninger kan tyde på at nivået av botilbud med heldøgns omsorg/institusjon er høyere i Norge enn i de andre nordiske landene (selv om ulike klassifisering av boligene vanskeliggjør slike sammenligninger), mens nivået av hjemmetjenester er høyere i Danmark enn i Norge (Godager, Iversen, & Hagen, 2011; Sørbye et al., 2016). Mer spesifisert viser offisiell norsk statistikk betydelig variasjon i dekningsgrad for korttids- og langtidsopphold på institusjon mellom norske kommuner. De største kommunene har et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon, men som tidligere nevnt, lavere dekningsrate av hjemmetjenester, sammenlignet med de mindre kommunene. Variasjonen er noe mindre når det gjelder korttidsopphold på sykehjem (Helsedirektoratet, 2017a; Otnes & Haugstveit, 2015). Det har vært en betydelig vekst i antall mottakere av korttidsopphold ved sykehjem etter 2009. Helsedirektoratets SAMDATA kommune-analyse har vist at denne veksten gjelder særlig kommuner med et lavt nivå av plasser for langtidsopphold. Analysene viste også en tydelig tendens til at kommuner med høy dekningsgrad av korttidsopphold for eldre har lavere dekningsgrad av langtidsopphold og vice versa. Dette er uttrykk for ulike tjenesteprofiler med hensyn til sykehjemsplasser. Kommunene med høy dekning av korttidsopphold tenderer til å ha et høyere dekning enn landsgjennomsnittet for hjemmetjenester. Kommuner med høy dekningsgrad av både korttids- og langtidsopphold for eldre har færre liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter på sykehus (Helsedirektoratet, 2017a, s. 75). Det kan dermed se ut som at høy dekning av sykehjemsplasser reduserer liggedager i sykehus for eldre.

Døhl, Garåsen, Kalseth, og Magnussen (2014) gjorde en studie av 1204 beboere på 25 norske sykehjem og fant at variasjon mellom sykehjemmene i mengde hjelp pasientene mottar dels forklares ut fra individuelle forskjeller i funksjonsnivå og dels fra forskjeller mellom sykehjemmene. En fjerdedel av forskjellene kunne ikke forklares med pasientenes funksjonsnivå, men med ulike praksiser og egenskaper ved sykehjemmene. De fant videre at hjelpen den enkelte pasient mottok, også hadde sammenheng med funksjonsnivå til de andre pasientene på samme sykehjem. Når man bodde med friskere pasienter, mottok man mer hjelp enn dersom man bodde sammen med sykere pasienter, gitt samme funksjonsnivå i begge tilfeller. Dette indikerer at det på sykehjemsnivå kompenseres for en mer ressurskrevende pasientsammensetning ved å redusere gjennomsnittlig mengde omsorg til enkeltindividene (Døhl et al., 2014).

Det ser ut til å være en pågående spesialiserings- og differensieringsprosess i sykehjem som omfatter utvikling av flere spesialiserte tilbud innen blant annet palliasjon og demensomsorg, der kommunestørrelse ser ut til å være av betydning for hvordan disse spesialiserte tjenestene organiseres og tilbys i kommunene. Dette resulterer i store variasjoner i innhold og utforming av tilbudene, der store kommuner har mer spesialiserte tilbud enn små. Ett eksempel knyttet til palliasjon: store kommuner hadde i større grad egne enheter for palliativ omsorg og tilgang på mer kompetanse innen palliasjon (både blant egne ansatte, men også tettere kontakt med spesialist-team), mens de mindre kommunene i mindre grad hadde dette (Tingvold & Magnussen, 2018).

Det finnes også studier om variasjon i bruk av omsorgstjenester fra andre nordiske land som kan ha relevans for norske forhold. Kehusmaa et al. (2012), som brukte data fra finske pleie- og omsorgsregistre, fant at variasjonen i bruk av omsorgstjenester (kommunale institusjoner og

hjemmebasert omsorg) primært var betinget av individuelle variabler der økning i alder og det å bo alene økte sannsynligheten for bruk av omsorgstjenester, mens tilgang på uformell omsorg reduserte sannsynligheten. I tillegg fant forskerne at det å ha større behov for hjelp i dagliglivets instrumentelle aktiviteter (I-ADL, som for eksempel matlaging, husarbeid), lavere fysisk funksjonsevne, nedsatt humør og demenssykdom, økte bruken av omsorgstjenester. Betydning av demens for bruk av hjemmesykepleie og sykehjem er også undersøkt i en annen registerdatastudie fra Finland. Her fant man at personer med demens oftere bruker sykehjemstjenester i deres siste to leveår, mens personer uten demens oftere bruker sykehustjenester og hjemmesykepleie (Forma, Rissanen, Aaltonen, Raitanen, & Jylhä, 2011).

Andre studier har funnet sammenhenger mellom bruk av omsorgstjenester og egenskaper ved kommunene. I Finland fant Pulkki et al. (2016) betydelige kommunevariasjoner som delvis kunne forklares av forskjeller mellom kommunene knyttet til lokalisasjon (urban, rural) og kommune-størrelse. De fant blant annet at bruk av private omsorgstjenester (inkluderer sykehjem, omsorgsbolig, hjemmetjenester, innleggelse i kommunale helsesentra) var høyere i større kommuner sammenliknet med små. Sannsynligheten for i det hele tatt å bruke omsorgstjenester var høyere i rurale, sammenliknet med urbane, kommuner (Pulkki et al., 2016).

DAGAKTIVITETSTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS⁶

Det antas at antall hjemmeboende personer med demens vil øke, og dagaktivitetstilbud for denne gruppen er ifølge Demensplan 2020 et sentralt virkemiddel for myndighetene for å bidra til meningsfulle opplevelser, en aktiv hverdag, avlastning til pårørende og redusert behov for sykehjemsplasser, slik at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). For å stimulere til oppstart av slike tilbud ble det i 2012 etablert en øremerket tilskuddsordning. Ordningen blir nå avvirket samtidig med at Stortinget har vedtatt en lovmessig plikt for kommunene om å ha dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens fra 2020 (Stortinget, 2019). Det blir altså en *kommunal plikt* snarere enn en *individuell rett*, til dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. En systematisk litteraturstudie fra 2016 antyder at tilrettelagte dagaktivitetstilbud fungerer godt for personer med demens og gir god avlastning for pårørende (Tretteteig, Vatne, & Rokstad, 2016).

Riksrevisjonen har påpekt at kommunene i varierende grad har tatt i bruk virkemidler som bidrar til at personer med funksjonssvikt, og særlig personer med demenssykdom, kan bo lengre hjemme og utsette behovet for heldøgns omsorg, og de trekker fram dagaktivitetstilbud som et slikt tilbud (Riksrevisjonen, 2018).

I 2018 hadde 29% av tjenestemottakerne som var registrert med demensdiagnose i IPLOS, vedtak om dagaktivitetstilbud. Det var store forskjeller mellom fylkene og kommunene. I Hordaland og Oslo hadde henholdsvis 39 og 37% vedtak om slikt dagaktivitetstilbud mens kommunene i Nordland og Aust-Agder hadde lavest dekning (henholdsvis 17 og 19%) ifølge kommunenes innrapportering (Helsedirektoratet, 2019c). Dette er en forholdsvis ny indikator som innebærer at kommunenes innrapportering kan være mangelfull og forskjellene må tolkes med forsiktighet. Man må også være bevisst at mange personer med demens ikke er diagnostisert, og at diagnoser er generelt underrapportert i IPLOS-registeret.

En nasjonal kartlegging fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse anslo at mellom 14–17% av eldre med demens da hadde et dagaktivitetstilbud, hvilket var nær en dobling siden

⁶ Dagaktivitetstilbud til personer med psykisk utviklingshemming faller utenfor rammen av denne oppsummeringen.

kartleggingen i 2010 (GjØra, Eek, & Kirkevold, 2015). I en nasjonal kartlegging i 2018 oppgav 88% av kommunene at de hadde dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, og 85% av disse kommunene krevde egenandel for tilbudet av varierende størrelse (Helsedirektoratet, 2019g). Sammenlignet med tidligere års kartlegginger har det vært en sterk økning av kommuner med dagaktivitetsplasser for personer med demens, fra 23% i 2000, til 48% i 2010 og altså 88% i 2018. Også denne undersøkelsen viser imidlertid stor variasjon mellom fylkene og kommunene. I kommunene over 25 000 innbyggere oppgav alle å ha slikt tilbud, mens dette gjaldt for 66% av kommunene under 1500 innbyggere (Helsedirektoratet, 2019g, s. 38-39).

I følge rapporten Samdata kommune (IS-2575) fra Helsedirektoratet, hadde i underkant av 9% av eldre over 80 år deltatt på et dagsenter/dagtilbud i 2015. Deres analyse viser at deltakelsen varierer betydelig mellom kommunene. I de minste og de største kommunene har dekningsgraden gått ned mens den har gått opp i de mellomstore kommunene mellom 5000 og 20000 innbyggere (Helsedirektoratet, 2017a, s. 56-57 og 97).

KOMMUNENES RESSURSBRUK

Kommunenes samlede dekningsgrad av omsorgstjenester, og deres tjenesteprofil knyttet til institusjonstjenester og hjemmetjenester, får naturlignok konsekvenser for deres ressursbruk. Data fra statistikkbanken i Statistisk sentralbyrå viser stor variasjon mellom fylker, kommunegrupper og enkeltkommuner i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger. Dette er samlede tall for sektoren (Statistisk sentralbyrå, 2019b). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser også stor variasjon i kommunale utgifter når det skilles mellom hjemmetjenester og sykehjem (Statistisk sentralbyrå 2019e).

Huseby og Paulsen (2009, s. 154) fant stor variasjon mellom kommunene i ressursbruk på hjemmetjenester for eldre for året 2007: under 10 000 kroner per innbygger over 67 år for gruppen av kommuner som brukte minst, versus 50 000 kroner for kommunene som brukte mest. Forskerne fant også store forskjeller mellom kommunene i årlig ressursbruk per eldre i institusjon, fra mindre enn 20 000 kroner per person i de kommunene som brukte minst, til mer enn 90 000 kroner i de kommunene som brukte mest. Ulik bemanning i og organisering av omsorgstjenestene fører også til ulik ressursbruk mellom kommunene. St. meld. 15 (2017-2018) viser for eksempel til store forskjeller i gjennomsnittlige kostnader per sykehjemsplass fra kommune til kommune, fra 750 000 og 1 450 000 kroner per år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018c).

I en analyse av omsorgssektorens ressursbruk i de fem største storbykommunene i Norge (Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen og Trondheim) ble det funnet at høy andel hjemmetjenester og lav andel institusjonstjenester bidrog til lavere ressursbruk, ettersom institusjonstjenester generelt sett genererer høyere ressursbruk enn hjemmebaserte tjenester. Det ble også trukket fram at ulikheter i organisering, ledelse og tildelingspraksiser påvirker ressursbruk (PWC & KS Storbynettverk, 2015).

Med hensyn til faktorer som kan forklare kommunenes variasjon i ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene viser Hagen et al. (2011, s. 45 og 65) til Borge-utvalget (NOU 2005:18) om inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner, som konkluderte med at utgiftsvariasjoner mellom kommunene primært kan forklares av andel innbyggere i aldergruppene 67–79 år, 80–89 år og 90 år og over, reiseavstander i kommunen, andel psykisk utviklingshemmede over 16 år og ikke-gifte 67 år og over. Analysene til Hagen et al. (2011, s. 65) bekrefter disse forklaringene. SAMDATA-analysen for 2015 viste at kommuner med høye frie disponible inntekter hadde høyere ressursbruk til omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon enn det som beregnet utgiftsbehov skulle tilsi (Helsedirektoratet, 2017a, s. 10).

YNGRE OG ELDRE BRUKERE

Det er store forskjeller mellom eldre og yngre med tanke på hvilke omsorgstjenester de bruker. Det er få yngre som bruker institusjonstjenester. Ni av ti beboere i institusjon er over 67 år. Institusjonsomsorg er i det store og hele en «eldreomsorg» ettersom yngre med omsorgsbehov vanligvis får hjelp i egen bolig eller i tilrettelagt omsorgsbolig, og dette antallet har økt. Mellom 1994–2011 var det nesten en tredobling av yngre brukere under 67 år i omsorgstjenestene (Otnes, 2015). Likevel er det slik at to av tre kroner går til eldre tjenestemottakere i den kommunale omsorgssektoren, men veksten i kostnader per innbygger har vært dobbelt så høy for yngre brukere av tjenestene, sammenlignet med de eldre. En stadig mindre del av utgiftene til omsorgstjenestene brukes på personer over 67 år (Kjelvik, 2011; Kjelvik & Mundal, 2013). Eldre brukere har betydelig færre timer hjelp hjemme per uke enn yngre brukere. For hjemmetjenester har Kjelvik og Mundal (2013, s. 44) beregnet at utgiftene per bruker yngre enn 67 år var mer var dobbelt så høy som utgiften per eldre bruker. I gjennomsnitt per bruker gikk 389 000 kroner til hjemmetjenestebrukerne under 67 år for året 2011, mens det tilsvarende beløp for de eldste brukerne over 90 år var 153 000 kroner. For omsorgstjenestene samlet utgjorde tjenestemottakerne under 67 år omlag en tredjedel av mottakerne i 2011, mens de brukte 40 prosent av ressursene (Kjelvik & Mundal, 2013).

Personer over 16 år med psykisk utviklingshemming med vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester utgjorde 5,4% av omsorgstjenestemottakere i 2015, mens det anslås at opp mot 20% av kommunenes driftsutgifter til hjemme- og institusjonsbaserte tjenester går til denne gruppen. De tildeles gjennomsnittlig flere timer med hjemmebaserte tjenester i uka enn tjenestemottakere for øvrig, og en høyere andel har individuell plan. Små kommuner har flere brukere med psykisk utviklingshemming enn store kommuner sett i forhold til innbyggertallet (Helsedirektoratet, 2017a).

Flere forskningsrapporter og artikler antyder at det er etablert andre tildelingsnormer og 'omsorgsregimer' for yngre enn for eldre brukere (Brevik, 2010; Hamran & Moe, 2012; Romøren, 2012) og at eldre blir nedprioritert (Gautun & Grødem, 2015; Gautun et al., 2012). Andre studier tyder på at statlige finansieringsordninger rettet mot personer under 67 år bidrar til ulikhetene (Brevik, 2014, 2016). Dette gjelder både toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse.

På sykehjem er det større andeler i de yngste beboergruppene som legges inn i sykehus enn i de eldre beboergruppene (Helsedirektoratet, 2017a).

Brukerundersøkelser har vist at eldre brukere av hjemmetjenester er mer fornøyd med tjenestene enn yngre (Førland & Folkestad, 2016), hvilket er et vanlig funn i brukerundersøkelser (Crow et al., 2002).

OFFENTLIGE OG PRIVATE TJENESTETILBYDERE

Statistikk viser at om lag 14% av de danske og 20% av de svenske sykehjemmene er privat drevne og de fleste av disse er privat kommersielle (Hjelmar, Bhatti, Rostgaard, & Petersen, 2016; Rostgaard, 2017; Winblad, Blomqvist, & Karlsson, 2017). I følge SSB var det i 2018 til sammen 942 sykehjem- og sykehjemlignende institusjoner i Norge, hvorav 76 private, herunder 36 privat ideelle og 31 privat kommersielle. Private drev dermed 7,1% av sykehjemmene og 10,2% av plassene i 2018. De private institusjonene er ujevnt fordelt i landet. Tyngdepunktet av de private ideelle ligger i Bergen, Oslo og Stavanger og for de privat kommersielle i Oslo og Bergen (Statistisk sentralbyrå, 2019d). I Oslo var 51% av sykehjemsplassene privat drevne i 2016, i Bergen 29%. I noen få mindre kommuner, som Austevoll og Vestre Slidre, med ett eller få sykehjem, var 100% av plassene private (Oslo Economics, 2018).

Variasjon i kvalitet mellom offentlige og private tilbydere er i større grad undersøkt i andre nordiske land enn i Norge. Fra en svensk nasjonal spørreundersøkelse i 2007, som omfattet en rekke kvalitetsdimensjoner og som dekket over 99% av alle de eldre tjenestemottakere i Sverige, fant Stolt, Blomqvist, og Winblad (2011) at privatisering var forbundet med betydelige kvalitetsforskjeller i sykehjem og omsorgsbolig. Strukturelle kvalitetsdimensjoner, som antall ansatte per beboer, var lavere (-9%) i privat eldreomsorg. Samtidig var andelen av beboere som deltok i utformingen av egen pleieplan høyere blant de private tilbyderne (+ 7%), andelen med rimelig varighet mellom kveldsmåltid og frokost var høyere (+ 15%) og andelen som ble tilbudt variert kost og kostholdsalternativer var betydelig høyere (+ 26%).

En senere svensk studie (Winblad et al., 2017) basert på 2011-data fra 2710 svenske sykehjem viste lignende resultater: de offentlige sykehjemmene så ut til å være bedre på strukturelle kvalitetsdimensjoner, mens de private så ut til å være bedre på såkalte prosessbaserte kvalitetsdimensjoner. De offentlige hadde høyere bemanning, i tillegg til at de hadde høyere andeler med tilrettelagte bo-rom med kjøkkenkrok sammenlignet med de private. De private hadde høyere score på prosessbaserte kvalitetsdimensjoner knyttet til brukermedvirkning, oppdaterte pleieplaner, legemiddelgjennomganger og fall- og ernæringscreeninger. De målte kvalitetsforskjellene fra disse to svenske undersøkelsene er ikke entydige i favør av verken offentlige, private ideelle eller private kommersielle sykehjem. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom de private kommersielle og de private ideelle. Winblad et al. (2017) konkluderer på bakgrunn av deres studie med at det synes som at profitt-motiv i Sverige er av mindre betydning for bestemmelsen av den totale kvaliteten mellom ulike typer private sykehjem enn tidligere internasjonale studier har antydnet, for eksempel amerikanske studier. Disse amerikanske studiene har i hovedsak konkludert med at private kommersielle sykehjem scorer dårligere på sentrale struktur- og prosesskvalitetsindikatorer, sammenlignet med private ideelle og offentlige sykehjem (Comondore et al., 2009; Harrington, Olney, Carrillo, & Kang, 2012; Hillmer, Wodchis, Gill, Anderson, & Rochon, 2005).

Liknende funn som de som ble gjort i Sverige kom fram i en omfattende nasjonal undersøkelse fra Danmark, der man fant man at de offentlige sykehjemmene scoret høyere enn de private på strukturkvalitet, med flere ansatte per beboer og færre timelønnede, sammenlignet med de private. På den annen side, hadde de private bedre resultater på noen service- og brukerrelaterte prosessdimensjoner som for eksempel det å kunne tilberede mat fra eget kjøkken, at flere beboere ble screenet for underernæring og fall og at flere beboere deltok i formulering av egen pleieplan. De offentlige sykehjemmene hadde færre avvik i tilsyn enn de private. Forskerne understreker at

resultatene er beheftet med usikkerhet fordi forskjellene ikke var store og på grunn av det faktum at antallet private sykehjem var begrenset (Hjelmar, Bhatti, Petersen, Rostgaard, & Vrangbæk, 2018; Hjelmar et al., 2016).

‘Overlevelse’ er ikke en nasjonal kvalitetsindikator for omsorgstjenesten i Norge, men det har blitt undersøkt for sykehjem i Sverige. Der fant forskerne at sykehjemspasientene i kommuner som benyttet private tjenesteytere hadde økt overlevelse på +4 uker, samtidig som kommunene hadde reduserte kostnader (Bergman, Johansson, Lundberg, & Spagnolo, 2016).

Det er få større empiriske studier som har sammenlignet kvalitetsdimensjoner ved kommunale versus privat drevne omsorgstjenester i Norge. Vabø, Christensen, Jacobsen, & Trøttestad (2013) har i sin studie ‘Marketisation in Norwegian eldercare’ foretatt en omfattende utredning over utviklingstrekk, kvalitetsdimensjoner og dilemmaer knyttet til privatisering i eldreomsorgen i Norge. Med hensyn til spørsmålet om kvalitetsforskjeller mellom offentlige og private leverandører i Norge konkluderte de med at forskere så langt ikke har vært i stand til å besvare på dette (s. 188). Hole (2016) fant at sykepleierbemanningen per beboer var lavere i de privat kommersielle sykehjemmene sammenlignet med de kommunale, men også at bemanningsvariasjonen mellom de kommunale var stor. Lindén, Fladmoe, og Christensen (2017) fant, basert på data fra innbyggerundersøkelsene, ikke signifikante forskjeller mellom offentlige og private sykehjem når det gjelder beboeres og pårørendes brukertilfredshet.

OBJEKTIVE KVALITETSDIMENSJONER- OG INDIKATORER

I det følgende skal vi gjøre rede for studier som beskriver noen utvalgte kvalitetsdimensjoner ved omsorgstjenestene som er knyttet til kvalitetsindikatorerne for kommunale helse- og omsorgstjenester⁷ (Helsedirektoratet, 2019e).

MEDISINSKE HELSETJENESTER I SYKEHJEM⁸

I denne gjennomgangen redegjør vi primært for litteratur knyttet til medisinske helsetjenester i form av legetjenester i sykehjem. I en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet til pasienter i sykehjem og i heldøgns omsorgsboliger, redegjør Melby, Ågotnes, Ambugo, og Førland (2019) for utviklingstrekk i sektoren, og viser at det etter 2009 er blitt betydelig flere pasienter «innom» sykehjemmene som følge av flere korttidsopphold, flere øyeblikkelig hjelp døgnopphold og kortere botid på langtidspatientene. Bistandsbehovet til pasientene har økt noe, både for korttids- og langtidspatientene, og det er økende antall og andel personer som dør i sykehjemmene. Det konkluderes med at det er rimelig å anta at alle disse forholdene har generert behov for betydelig mer medisinsk rettet arbeid i sykehjem etter 2009. Antall legeårsverk i sykehjem har økt med 31% i perioden 2010–2016 og det var i 2017 gjennomsnittlig 0,55 legetimer per beboer per uke, mot 0,34 i 2009. Variasjonen er imidlertid stor. Hordaland hadde høyest antall legetimer per beboer per uke (0,70 timer), mens nabofylket Sogn og Fjordane hadde færrest (0,39 timer)⁹. Forskerne beregnet videre at det var 70 pasienter per legeårsverk i 2017, mot 108 i 2009 og at spørsmålet om hvorvidt legekapasitetsøkningen samlet sett svarer til det økte behovet bør utredes nærmere, blant annet i lys av at det er betydelige lokale forskjeller mellom kommunene og sykehjemmene både med hensyn til legebemanning og pasientenes sykdomsbyrde.

Den nevnte kartleggingen gjennomført av Melby et al. (2019) viser at «den gjennomsnittlige sykehjemslegen» i 2017 var kvinne, 45 år og arbeidet 49% i sykehjem, men også her var det store variasjoner mellom kommunene og sykehjemmene. Kun 24% av legene hadde fulltidsstilling i sykehjem i 2017, men andelen er økende. Det ble avdekket høy turnover og liten kontinuitet blant sykehjemslegene. Det konkluderes med at organisering og omfang av legetjenester innen sektoren er preget av betydelig variasjon. Dette knyttes delvis til rammefaktorer (som kommunenes størrelse, geografi og ressurser), men også til kommunenes og institusjonenes egne strategiske prioriteringer.

Sykepleiere og fysioterapeuter samarbeider med leger om det medisinskfaglige tilbudet, og i perioden 2010–2016 var det en økning i sykepleieårsverk og fysioterapiårsverk i sykehjem på henholdsvis 17 og 22%. Kartleggingen peker på at regulering og normering av bemanning i sykehjem er lite detaljert i Norge sammenlignet med en del andre land og at dette er knyttet til norske tradisjoner for lokal og kommunal autonomi og selvbestemmelse (Melby et al., 2019).

Andel langtidsbeboere i sykehjem som per 31.12.17 var registrert som vurdert av lege siste år, var på 55%. Tallene viser store variasjoner mellom fylkene. Oslo hadde høyest andel med

⁷ Resultater fra disse indikatorerne var tidligere publisert på Helsenorge.no, men er nå gjengitt på Helsedirektoratets nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

⁸ Vi viser her også til kapittelet om «Legemidler og legemiddelgjennomgang» lengre bak.

⁹ Legetimer per beboer i sykehjem inngår som en kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019e).

86%, mens Rogaland hadde den laveste andelen med 33%. På grunn av mulig underrapportering fra kommuner til IPLOS/KPR-registeret er det sannsynlig at flere er vurdert av lege enn disse tallene viser (Helsedirektoratet, 2019a).

Glette et al. (2018) intervjuet sykepleieledere og sykepleiere på sykehjem om legedekning i sin sammenlignende studie av to norske kommuner. Informantene, på tvers av kommunene og sykehjemmene, vurderte at legedekningen på korttidsavdelinger var høy, mens dekningsgraden på langtidsavdelinger ble vurdert som varierende.

I en studie fra Sverige ble det brukt registerdata til å sammenligne bruk av medisinske helsetjenester (sykehussinnleggelser, legevaktsbesøk, kontakt med fysioterapeut og ergoterapeut) blant omsorgstjenestemottakere i løpet av deres siste to leveår. En større andel hjemmeboende brukte slike medisinske helsetjenester sammenliknet med beboere på sykehjem. For eksempel ble en større andel hjemmeboende innlagt i sykehus, og de hadde også hyppigere kontakt med lege utenfor sykehus sammenliknet med beboere på sykehjem (Condellius, Edberg, Hallberg, & Jakobsson, 2010).

En finsk studie, basert på registerdata, fant at yngre eldre og menn hadde høyere sannsynlighet for å bruke sykehustjenester, mens de eldste eldre og kvinner hadde høyere sannsynlighet for å bruke omsorgstjenester (sykehjem og hjemmebasert omsorg) i løpet av deres to siste to leveår. Variasjon i bruk av omsorgstjenester var primært betinget av forskjeller mellom individene og ikke mellom kommunene (Forma, Jylhä, Aaltonen, Raitanen, & Rissanen, 2011).

LEGEMIDLER OG LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Brukere av hjemmesykepleie, og i særdeleshet beboere på sykehjem, har mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Dette øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner av legemidler (Gulla, 2018; Husebø, Erdal, Kjellstadli, & Bøe, 2017). Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer og tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen, Ruths, Granås, & Viktil, 2010).

I følge 'Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp' må kommunene sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst én gang årlig. I tillegg skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig for forsvarlig behandling.

Kvalitetsindikatoren 'Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem' inngår i myndighetenes kvalitetsindikatorsystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og viser hvor stor andel av beboere (67 år eller eldre) på langtidsopphold i sykehjem som har fått en legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 måneder. Tall fra 2018 og viser at 55% av beboere i sykehjem hadde hatt slik legemiddelgjennomgang mot 49% i 2017. Det var imidlertid store variasjoner mellom fylkene med Oslo som høyest (81%) og Troms som lavest (34%) (Helsedirektoratet, 2019f; Melby et al., 2019, s. 45).

Vi fant tre norske studier som omhandler legemiddelbruk og legemiddelgjennomgang i omsorgstjenesten i Norge. Den første sammenlignet legemiddelgjennomgang i sykehjem og hjemmesykepleie i ni kommuner og fant betydelig flere legemiddelrelaterte problemer hos pasienter som mottar hjemmesykepleie (gjennomsnittlig antall = 5,5 i hjemmesykepleien mot 3,7 i sykehjem). Kategoriene «behov for tilleggsmedisinering» (som kan indikere underbehandling) forekom hyppigere i sykehjem, mens «uklar dokumentasjon» forekom hyppigere i hjemmesykepleien (Devik et al., 2018).

Den andre studien er basert på et stort datamateriale bestående av medisinlister fra et utvalg norske sykehjemsbeoere og brukere av hjemmesykepleie og fant variasjon i kvalitet i legemiddelforskrivning. I sykehjem ble det identifisert 31% potensielt uheldige forskrivninger mot 25% i hjemmesykepleien. Når det gjaldt identifiserte legemiddelinteraksjoner, var tallet høyere i hjemmesykepleien (57%) enn på sykehjem (48%) (Halvorsen, Granås, Engeland, & Ruths, 2012)

I den tredje studien, fant Andreassen, Halvorsen, og Granås (2011) at kvaliteten på skriftlige retningsgivende direktiver for behovsmedisinering varierte mellom sykehjemmene innad i kommunen de undersøkte. Variasjonen, både når det gjaldt omfang og kvalitet på disse direktivene, var betydelig og var knyttet til 1) indikasjoner og tilhørende preparat (legemiddelsubstanser), 2) styrke, 3) normal- og maksimaldosering, 4) *om* og *når* lege skulle kontaktes, 5) datering og gyldighetsperiode og 6) navn og underskrift til ansvarlig lege.

TANNHELSETILBUDET

God tannhelse og munnhygiene er vesentlig for generell helse, matinntak, kommunikasjon og livskvalitet, og mangel på munnstell kan føre til underernæring, infeksjoner, smerte og atferdsendring. Tannhelsetjenesten i fylkene skal ifølge tannhelseloven (§ 1-3) organisere og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, og forebyggende tiltak skal prioriteres (Tannhelsetjenesteloven, 1984). Andel beoere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder inngår som del av Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem og er knyttet til kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester (dette gjelder beoere over 50 år på langtidsopphold i institusjon). Kvalitetsindikatoren er ikke ment som en minimumsstandard, men som en indikasjon på om tannhelsetjenestene utføres på jevnlig basis.

I følge tall fra Helsedirektoratet, basert på kommunenes innsendte IPLOS/KPR-data for 2018, ble 47% av beoerne i sykehjem vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder. Det var stor variasjon mellom kommuner og mellom fylker. Oslo og Østfold hadde høyest andel med henholdsvis 73% og 55%, mens Finnmark og Akershus hadde lavest andeler med henholdsvis 32% og 34% (Helsedirektoratet, 2019b). Selv om denne variabelen har vært innrapportert årlig siden 2009, kan det fortsatt forekomme feil og underrapportering, slik at tallene og variasjonen må fortolkes med varsomhet.

Hva viser forskning om tannhelsetilbudet i omsorgstjenestene i Norge? En studie som inkluderte 358 pasienter og 494 pleiere i 11 sykehjem i Østfold fant at 40% av pasientene hadde uakseptabel tannhygiene. Andelen var spesielt høy blant dem som motsatte seg assistanse. Halvparten av pleierne oppgav at de hadde for liten tid til å gi munnstell på fast basis (Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012). I en annen studie, der 135 beoere fra to sykehjem i Oslo deltok, ble 51% av beoerne vurdert til å ha uakseptabel tannhelse. Beoerne som måtte ha assistanse hadde dårligere tannhelse enn de som pusset tenne selv. Aller dårligst tannhelse hadde de som ble kategorisert som 'ikke-samarbeidsvillige' når det gjaldt utførelse av daglig munnstell (Zuluaga, Ferreira, Montoya, & Willumsen, 2012). En studie som fokuserte på munn- og tannhelse for døende pasienter fant at 24% av de 45 undersøkte sykehjemmene (fra et tilfeldig trukket utvalg av norske sykehjem) oppgav at de ikke hadde prosedyrer for munnstell for disse pasientene, og 31% oppgav at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om denne type stell. Forskerne trakk den konklusjon at munnstell for døende pasienter i sykehjem er for tilfeldig og ustrukturert (Kvalheim, Strand, Husebo, & Marthinussen, 2016).

I en studie fra Oslo blant 137 personer som fikk hjemmesykepleie, konkluderte forskerne med at det er behov for forsterket fokus på munn- og tannhelse for disse pasientene og at personellet i hjemmesykepleien i større grad bør vurdere pasientens behov for assistanse med tannpuss og samarbeide tettere med tannhelsepersonell (Willumsen, Fjaera, & Eide, 2010). Forskerne påpekte videre at det er behov for mer forskning på temaet med større utvalg der også rurale områder er inkludert.

I en kartlegging fra fylkene Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud oppgav 84% av kommunene at de har inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten. Nær halvparten (43%) av helse- og omsorgssjefene i kommunene mente at årsaken til at mottakerne av hjemmesykepleie i liten grad benytter seg av tilbudet om fri tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten er manglende informasjon om rettigheten, selv om 75% av kommunene oppgav at de har rutiner for å gi informasjon om fri tannhelsetilbud til brukere med rettigheter. Rett over en tredjedel (37%) av kommunalsjefene mente årsaken er at hjemmesykepleiemottakerne bruker privat tannlege, mens kun 39% oppgav å ha etablert regelmessig opplæring i tann- og munnhelse i samarbeid med tannhelsetjenesten (Hovden, Krona, & Disch, 2017).

INFEKSJONSFOREKOMST I SYKEHJEM

'Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner¹⁰ i norske sykehjem' er del av de nasjonale kvalitetsindikatorerne innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019e). Slike infeksjoner er viktige årsaker til sykdom hos beboere og påfører dem ekstra lidelse, med økt risiko for innleggelse i sykehus og tidligere død (Koch, Eriksen, Elstrøm, Aavitsland, & Harthug, 2009). Helsetjenesteassosierte infeksjoner kan i vesentlig grad forebygges (World Health Organization, 2016), og sykehjemmene skal ha infeksjonskontrollprogram som beskriver systematiske tiltak for forebygging av infeksjoner (Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

De sist publiserte tallene (Helsedirektoratet, 2019d) viste at forekomsten av infeksjoner i norske sykehjem i mai 2018 var på 4,1%, men med betydelig fylkesvariasjon. Telemark hadde lavest forekomst med 3,2%, mens Finnmark hadde høyest med 7,4%, altså over dobbelt så høy forekomst. Totalt 2,3% av beboerne i norske sykehjem hadde *urinveisinfeksjon* på dette tidspunktet. Her varierte forekomsten fra 1,6% (Oslo) til 4,9% (Finnmark). Når det gjelder *nedre luftveisinfeksjoner* (lungebetennelse, bronkitt eller andre infeksjoner i de nedre luftveiene), varierte andelene fra 0,4% (Sogn og Fjordane) til 2,5% (Finnmark), med et landsgjennomsnitt på 1,0%. Også med hensyn til hud-/sår-infeksjoner og infeksjon i operasjonsområder varierte andelene. I melding til Stortinget (Meld. St. 11 (2017-2018)) vises en tabell over variasjonen for infeksjonsforekomst i sykehjem mellom fylkene i november 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Da varierte forekomsten fra lavest i Aust Agder (3,0%) til høyest i Møre og Romsdal (6,5%), med et landsgjennomsnitt på 4,3%.

Indikatoren som omhandler forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner er forholdsvis ny (publisert første gang i mai 2017), og resultatene bør tolkes med varsomhet, spesielt når enheter med få beboere og små kommuner sammenlignes. Forekomsten gir dessuten kun et

¹⁰ Fire helsetjenesteassosierte infeksjoner er inkludert i undersøkelsen: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og hud-/sår-infeksjoner. Kun infeksjoner oppstått i eget sykehjem er inkludert. Alle sykehjem er pålagt å delta i undersøkelsene. Ved målingen i november 2017 var det likevel bare 62 % av sykehjemmene som deltok.

«øyeblikksbilde» av situasjonen og ikke et samlet uttrykk for en lengre periode. I tillegg kan det være variasjon i registreringspraksis mellom kommuner, selv om samme overvåkningsmetode benyttes i alle sykehjem. Ulik pasientpopulasjon på sykehjemmene (for eksempel alder, funksjonsnivå og helsetilstand) kan dessuten påvirke sammenlignbarheten mellom kommuner og over tid. Det trengs derfor forskning som kontrollerer for slike forskjeller.

Eriksen et al. (2007) gjorde en studie på seks norske sykehjem der de fulgte sykehjemsbeboere over tid og registrerte hvem som utviklet helsetjenesteassosierte infeksjoner. Disse ble sammenliknet med to 'kontroller' som ikke utviklet en helsetjenesteassosiert infeksjon. Insidensen, altså nye sykdomstilfeller i løpet av en bestemt tidsperiode, for helsetjenesteassosierte infeksjoner var 5,2 per 1000 beboer-dager og varierte fra 3,7 til 6,2 mellom de deltakende sykehjemmene. Beboere som var sengeliggende, som oppholdt seg på sykehjemmet mindre enn 28 dager, som hadde kronisk hjertesykdom, urininkontinens, inneliggende urinkateter eller sår på huden, hadde større risiko for få helsetjenesteassosierte infeksjoner. Alder, kjønn og det å bo på enmanns- eller flerpersonsrom hadde ingen betydning (Eriksen et al., 2007).

INNLEGGELSE OG REINNLEGGELSE TIL SYKEHUS

Som vi så i kapittelet om variasjon mellom brukergrupper og yngre og eldre, er det høyere innleggelsesrater i sykehus blant de yngste sykehjemspatientene enn blant de eldste. For brukere av hjemmetjenester er det motsatt; her er det flest innleggelser blant de eldste (sett i forhold til antall brukere i aldersgruppene) (Helsedirektoratet, 2017a, s. 7). Små kommuner har lavere innleggelsesrater i sykehus blant pleie- og omsorgsbrukerne enn store kommuner. Kommuner med høye driftsutgifter har lavere innleggelsesrate enn kommuner med lavere driftsutgifter (Helsedirektoratet, 2017a, s. 7).

Kommuner med høy dekningsgrad av både korttids- og langtidsplasser for eldre har færre liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter i sykehus (Helsedirektoratet, 2017a, s. 75). Det kan dermed se ut som at høy dekning av sykehjems plasser forebygger sykehusinnleggelser for eldre.

Kommuner med lav dekningsgrad av både helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem, tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter sammenliknet med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2017a, s. 10). Riksrevisjonen (2018, s. 96) påpeker at det er grunn til å følge disse kommunene ekstra nøye framover.

Glette et al. (2018) spurte sykepleiere og sykepleieledere i to norske kommuner om hva som er av betydning for re-innleggelser fra sykehjem til sykehus. Informantene, på tvers av sykehjem og kommuner, vurderte at forhold som sykepleiernes kompetanse, legedekningen, kommunikasjonsen med lege og dokumentasjonspraksis påvirker nivå av re-innleggelser fra sykehjem til sykehus.

En annen norsk studie i én stor bykommune undersøkte variasjon mellom sykehjem med hensyn på akutte sykehusinnleggelser og fant uberettiget variasjon: sykehjemmet med flest innleggelser, la inn sine beboere ni ganger så ofte som det sykehjemmet som la inn færrest beboere. Pasienter med samme diagnoser ble i ulik grad lagt inn på sykehus. Særlig stor variasjon var det med tanke på innleggelse for 'Infeksiøse og parasittiske sykdommer' og 'Sykdommer i fordøyelsessystemet'. Mindre sykehjem og sykehjem med høy andel korttidssenger hadde flere akutte innleggelser (kontrollert for pasientens alder). Om sykehjemmet var privat eller offentlig, hadde ingen betydning for akutte innleggelser, heller ikke pasientenes alder (Graverholt, Riise, Jamtvedt, Husebo, & Nortvedt, 2013).

I et utvalg av 1938 sykepleiere i omsorgstjenestene hentet fra 80% av norske kommuner, svarte 78% av hjemmesykepleierne og 57% av sykehjemsykepleierne at det har vært en økning i antall utskrivelser til de kommunale omsorgstjenestene etter samhandlingsreformen. 76% av hjemmesykepleierne og 45% av sykehjemsykepleierne mente at det har vært en økning i antallet av skrøpelige pasienter som skrives ut fra sykehus. To tredjedeler (67%) av hjemmesykepleierne var av den oppfatning at flere pasienter blir re-innlagt nå enn før reformen, i størst grad gjaldt dette sykepleiere som arbeidet i kommuner som brukte en liten andel av budsjettet på helse- og omsorg (Gautun & Syse, 2017).

Bjorvatn (2013) brukte data fra Norsk pasientregister og fant at reinnleggelse i sykehus innen 30 til 90 dager for eldre pasienter var mer sannsynlig ved kort liggetid, når pasienten var mann, hadde en tilstand som ble vurdert som 'kompleks' og hadde flere diagnoser i tillegg til den personen ble behandlet for på sykehuset. Pasienter som hadde gjennomgått flere diagnostiske tester i løpet av sykehusoppholdet, hadde lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Forfatteren fant også indikasjon på at hvor pasienten ble utskrevet, var av betydning: sannsynlighet for reinnleggelse var større for pasienter utskrevet til sykehjem enn for pasienter utskrevet til eget hjem, og at dette mest sannsynlig skyldes at pasientene som skrives ut til sykehjem er skrøpeligere og sykere enn pasienter som skrives ut til hjemmet (Bjorvatn, 2013).

OPPFØLGING AV ERNÆRING

'Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem' og 'Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende' er to kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. I følge 2018-tall fra kommunene hadde 46% av beboere 67 år og eldre på sykehjemmene blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av siste 12 måneder. Tallene viste store variasjon mellom fylkene og mellom kommunene i fylkene. Mens det i Oslo ble rapportert at 80% av beboere var blitt vurdert, var tilsvarende tall for Finnmark 29%. Til sammen 40% av de som ble ernæringsmessig kartlagt i 2018 var oppgitt å være i risiko for underernæring, og 74% av de som var i risiko for underernæring, hadde fått utarbeidet en ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2019). Oppfølging av ernæring kom inn som ny variabel i IPLOS-registeret i 2016 og kan romme rapporteringsfeil og tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Tilsvarende rapportering for hjemmetjenestene tyder på at langt færre (det vil si 16%) av de hjemmeboende omsorgstjenestebrukerne hadde fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder. Det er også her stor spredning, med Hedmark (28%) og Finnmark (6%) som ytterpunkter. Også her må tallene tolkes med forsiktighet (Helsedirektoratet, 2019).

Riksrevisjonens granskning av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen konkluderte med at ernæring, sammen med legemidler og fall, utgjør betydelige utfordringer for pasientsikkerheten i omsorgstjenestene. De refererer blant annet til Landmark, Gran, og Grov (2014) som fant at 30% av de eldre i hjemmesykepleie og på sykehjem er underernært. Riksrevisjonen påpeker at det er behov for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle underernæring i kommunene (Riksrevisjonen, 2018). Underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring som er assosiert med økt morbiditet og mortalitet ved akutt og kronisk sykdom, forsinket sårtilheling, utvikling av trykksår og økt risiko for infeksjoner.

I en rapport fra 2010, presenteres resultatene fra en undersøkelse om mat og måltider blant beboere ved somatiske sykehjem i Østfold, utført i februar-mai 2009 (Aagaard 2010a). Alle sykehjem i fylket, bortsett fra ett, deltok. Undervekt forekom oftere blant beboerne enn overvekt. Omtrent halvparten av beboerne hadde en nattfaste på 14 timer, og flere syntes det var for lang

tid mellom kveldsmat og frokost neste dag. Tilnærmet alle beboerne (91 %) var fornøyd med maten og syntes at maten var appetittvekkende og delikat (90 %), men beboerne var lite involvert i avgjørelser og planlegging rundt mat og måltider. For eksempel var det ingen av beboerne som deltok i planlegging av menyen, kun 3 % deltok i noen form for matlaging og det var heller ikke vanlig å delta med å dekke bord eller dekke av/rydde etter måltid. Så mange som 6 av 10 svarte at de ikke selv kunne bestemme måltidstidspunktet. Omtrent alle beboerne (99%) opplevde at de fikk nok tid til å spise og flere (68%) opplevde at de fikk den hjelpen de trengte under måltidene. Halvparten mente at de selv ikke kunne velge hvem de skulle sitte sammen med under måltidet, vel to av ti (22%) mente at støynivået under måltidene var for høyt. Til sammen 19 % hygget seg ikke under måltidene og 26 % så ikke fram til måltidene med glede (Aagaard 2010a).

Aagaard & Grøndahl (2013) publiserte en rapport der det ble kartlagt hvordan ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien vurderer maten som serveres brukerne. Rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet ble også undersøkt. Faglige ledere og fagansvarlig i hjemmesykepleien var målgruppen for undersøkelsens del 1, som var en nasjonal undersøkelse der alle kommuner fikk forespørsel om å delta (antall svar var 273, svarprosenten var 59%). Helsepersonell i hjemmesykepleien var målgruppe for del 2, der det ble trukket ut 13 kommuner fra de fem helseregionene (212 svar fordelt på to til tre kommuner fra hver av de fem helseregionene). Respondentene fremhevet at det primært var brukerne selv som bestemte hvilken mat som skulle kjøpes inn eller lages. Det fordrer god kostholdsveiledning, og det var derfor interessant at en av tre ledere, og halvparten av helsepersonellet oppga at det sjelden eller aldri ble gitt kostholdsveiledning. Mest vanlig var å benytte ferdigproduserte middager; kun omlag en av ti lagde middag i brukenes hjem (ferdigmat ikke medregnet). Anbefalingene fra Helsedirektoratet om å benytte næringstett kost og mellommåltider, ble i liten grad fulgt. Flere ledere enn helsepersonell mente at maten var appetittvekkende og delikat (93% mot 69%), mens en av fire ledere og tre av fem helsepersonell kunne ikke tenke seg å spise middagsmaten som ble servert. Over halvparten av lederne (59%) og helsepersonellet (63%) svarte at de i hjemmesykepleien ikke hadde rutiner for å kartlegge og følge opp ernæringsstatus. Som i sykehjem, er det indikasjoner på at lang nattefaste (>11 timer mellom siste måltid og kvelden og første måltid neste dag) er utbredt i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2013).

Isaksen, Ågotnes, og Fagertun (2018) gjennomførte en studie ved 17 sykehjemsavdelinger, fordelt på fem sykehjem i fire norske kommuner. Forskerne fant stor variasjon i sykehjemmenes kartlegging av mat- og måltidspreferanser ved innkøst, både på tvers av sykehjem, men også på tvers av avdelinger i samme sykehjem. Det var også stor variasjon knyttet til om det ble laget ernæringsplan for hver enkelt pasient: syv avdelinger (41%) hadde ikke ernæringsplaner per pasient, seks avdelinger (35%) satte opp ernæringsplaner ved behov, mens fire avdelinger (24%) satte opp ernæringsplaner for alle beboerne (Isaksen, Ågotnes, & Fagertun, 2018).

I en nasjonal kartleggingsundersøkelse som ble sendt ut til alle norske sykehjem i 2007 (N=886) og besvart av 570 sykehjem, undersøkte Aagaard (2010b) hvordan leder av sykehjemmet vurderte maten som ble servert til beboerne, antall og tidspunkt for måltider og rutiner for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet. Forskeren fant at kun 15% av sykehjemmene hadde prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus. Samtidig svarte nesten alle at dersom beboeren ble vurdert til å ha dårlig ernæringsstatus, ble matinntaket registrert. Det var variasjon mellom sykehjemmene med tanke på om beboerne ble veid ved innskriving (for 43% av sykehjemmene var ikke det prosedyre), og om veiing var rutine (for 30% av sykehjemmene var det ikke det). Kun 15% av sykehjemmene hadde innført muligheter for å velge mellom ulike retter til middag. Ved to av tre sykehjem var tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første om morgenen (nattefaste)

for lang i forhold til anbefalte retningslinjer. Tilsammen 62% av lederne sa seg enige i at maten så appetittvekkende og delikat ut, og 49% oppgav at frukt ble servert hver dag. I alt 62% av sykehjemmene i studien mottok middagsmaten fra eget kjøkken, mens 38% brukte et eksternt produksjonskjøkken. Forskeren skriver at når maten lages nær beboeren, er det større mulighet for direkte kontakt mellom beboer og kjøkkenet som lager maten, slik at ønsker og behov lettere kan bli fanget opp. Hun trekker også fram den positive betydningen av kjøkkenet som ligger i nærheten av spisestuen, ettersom beboerne da kjenner duften av nylaget mat (Aagaard, 2010b, s. 40).

I 2014 ble undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem gjentatt med utgangspunkt i overnevnte undersøkelse fra 2007 (Aagaard & Grøndahl, 2015). Totalt deltok 475 sykehjem i den nasjonale delen av undersøkelsen. Rapporten som ble publisert viser til en liten nedgang i antall sykehjem som mottok mat fra eget kjøkken (62 % i 2007 mot 56 % i 2014), og en liten fremgang i at beboere som spiste lite vanligvis fikk næringstett kost (70 % i 2007 mot 77 % i 2014). Lang nattefaste (>11 timer) synes fortsatt å være et problem i sykehjem, men resultatene viser en stor forbedring knyttet til å ha utarbeidet prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus (18 % i 2007 mot 80 % i 2014), veiing ved innskriving (43 % i 2007 mot 81 % i 2014) og veiing med faste intervaller (70 % i 2007 mot 95 % i 2014) (Aagaard & Grøndahl, 2015). Det ser ut til at sykehjemmene fortsatt har en vei å gå når det gjelder å drive ernæringsarbeid av høy kvalitet, særlig når det gjelder brukerinvolvering knyttet til avgjørelser om, og planlegging av, mat og måltider.

I en studie basert på sju fokusgruppeintervju med 25 helsearbeidere, indikerer forskerne at institusjonskjøkken øker helsepersonells mulighet for tilrettelegging, individualisering og fleksibilitet i matomsorgen, mens sykehjem uten eget institusjonskjøkken i større grad var styrt av økonomi og avdelingsvise budsjetter. Matomsorgen ble erfart bedre når helsepersonellet hadde tilgang til institusjonskjøkken med kompetanse på ernæring (Kuvén & Giske, 2016).

Som vi så i kapitlet om variasjon mellom offentlige og private tilbydere, har studier fra Sverige og Danmark vist at en større andel private enn offentlige sykehjem har eget kjøkken (Hjelmar et al., 2018), en større andel av de private gir beboerne mulighet for å velge mellom ulike retter til middag (Stolt et al., 2011) og flere beboere er screenet for ernæringsmessig risiko (Winblad et al., 2017).

Som Aagaard (2010b), referert over, fant også Sortland, Gjerlaug, og Harviken (2013) at veiing av beboerne på sykehjem ikke er en etablert rutine. I sin pilotstudie, gjennomført ved 27 norske sykehjem, fant forskerne at kun 13% av beboerne over 70 år ble veid ved inntak. Én tredjedel var blitt fulgt opp med veiing i henhold til aktuelle retningslinjer, og det viste seg at vekttap (42%) var mer vanlig enn vektøkning (34%) blant sykehjemsbeboerne som deltok i studien.

En studie fra hjemmesykepleien indikerer at veiing heller ikke er etablert i den tjenesten. Aagaard og Grøndahl (2017) kartla hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benyttet for å vurdere pasientenes ernæringsstatus. 273 ledere og 212 helsepersonell besvarte spørreskjemaet. På spørsmål om det var vanlig å veie brukeren ved innskriving, svarte 80% av lederne og 69% av helsepersonellet 'nei'. I tillegg svarte 43% av helsepersonellet og 61% av lederne at det ikke var rutine å veie brukerne. Både ledere og helsepersonell vurderte kunnskap, tid og ressurser som de største hindringene for oppfølging av ernæring, der kunnskap ble vurdert som den største hindringen av ledere, mens tid ble vurdert som den største av helsepersonellet. To tredjedeler (67%) av lederne, og rett over én tredjedel (37%) av helsepersonellet, kjente til «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». For utvalget samlet, svarte 33% at det i hjemmesykepleien er skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Sortland et al. (2013) fant at for 98% av utvalget av sykehjemsbeboere var nattfasten mer enn 11 timer. Tilsvarende andel ble funnet av Eide, Aukner, og Iversen (2013) som studerte 29 sykehjem 342 beboere i Oslo. Median nattfaste var 15 timer. Ser vi på forskjell i nattfaste mellom private og offentlige sykehjem i Danmark og Sverige, er andelen med nattefaste > 11 timer lavere i private sammenliknet med offentlige sykehjem (Hjelmar et al., 2018; Stolt et al., 2011).

Eide et al. (2013) har også undersøkt om det var forskjell i risiko for underernæring, kroppsmasseindeks, overarmskrets og tricepshudfold mellom beboere med demens som bodde på vanlige somatiske sykehjemsavdelinger sammenliknet med spesialiserte avdelinger for demens. Totalt deltok 358 beboere. Forskerne fant ingen forskjell mellom typene avdeling. Når det gjelder hjemmeboende personer med demens, fant en studie fra fire bydeler i Oslo at 40% av de 282 deltakerne var i fare for underernæring og 10% var underernærte (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013).

Det er funnet en statistisk signifikant forskjell i kroppsmasseindeks mellom beboere på institusjon og sammenliknet med hjemmeboende med hjemmesykepleie. I en studie fra en stor by-kommune ble 532 eldre (67 år +) på sykehjem og eldre med daglig hjemmesykepleie kartlagt med 'Ernæringsjournalen'. De eldre som mottok hjemmesykepleie hadde noe høyere gjennomsnittlig kroppsmasseindeks enn beboere i sykehjem (24,5 kg/m² versus 23,4kg/m²) (Landmark et al., 2014).

Basert på 12 gruppesamtaler med 19 sykepleiere i to norske kommuner, fant Meyer, Velken, og Jensen (2017) at ledelsesforankring er viktig ved implementering av systematisk ernæringskartlegging i hjemmesykepleien. Sykepleierne som deltok i studien, ga uttrykk for at det var praktiske utfordringer ved å vurdere brukernes mat- og drikkeinntak i løpet av dagen, de opplevde tidspress og en spenning mellom brukerens selvbestemmelse og kravene til systematisk ernæringsvurdering (for eksempel veiing).

Noen av disse utfordringene som Meyer et al. (2017) fant, løftes også frem i en diskusjonsartikkel der Melheim & Sandvoll (2017) peker på noen utfordringer som kan forklare manglende kartlegging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Tid er en av dem – ved korte pasientbesøk der tiden er knapp kan ernæringskartlegging bli vurdert som unødig tidsbruk og dermed bortprioritert. Valg av kartleggingsverktøy trekkes også frem som noe som kan være vanskelig, og det ser ut til å være behov for bedre standard for dokumentasjon av ernæringsdata i elektronisk pasientjournal. Det diskuteres også behov for at ernæringskartlegging settes på dagsordenen av ledere, mer kompetanse blant sykepleierne og en tydeligere ansvarsdeling mellom hjemmesykepleier, lege, og andre profesjoner som kokk og omsorgsarbeidere (Melheim & Sandvoll, 2017).

En studie med fokusgruppeintervju med 15 sykepleiere fra syv sykehjem i fire fylker viser betydningen av samarbeid mellom sykepleier og lege i sykehjem for ernæringsarbeidet. Sykepleierne uttrykte at de ønsker at legen etterspør ernæringsarbeid på avdelingen og har kjennskap til beboernes matønsker og behov. Videre opplevde sykepleierne at beboerne og pårørende trygges når lege adresserer ernæring i innkomstsamtalen (Kuven & Giske, 2017).

Kvalitet i ernæringsarbeidet og oppfølging av ernæring i omsorgstjenestene handler om mer enn næringsstoffer og vekt. Det kom tydelig frem i en studie der sykepleiere i demensomsorgen og pårørende til personer med demens i Norge (inkludert den samiske befolkning) og Sør-Afrika ble intervjuet. Typen mat, i dette tilfellet det forskere omtaler som 'tradisjonell mat', ser ut til å skape en følelse av tilhørighet og glede for personer med demens i institusjon. Kjente smaker og lukter ser ut til å frembringe minner og fremme velvære, identitet og tilhørighet, og til og med språk, ved at personen begynte å bruke ord h*n vanligvis ikke brukte. I tillegg opplevde sykepleierne at personer med demens spiste mer enn vanlig dersom det ble servert tradisjonell mat på sykehjemmet (Hanssen & Kuven, 2016).

SUBJEKTIVE KVALITETSVURDERINGER

BEFOLKNINGENS, BRUKERNES OG PÅRØRENDES VURDERING AV KVALITET

I en studie av hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og hjemmehjelp) i Norge, basert på store befolkningsundersøkelser i 2010, 2013 og 2015, fant man at 68% oppfattet kvaliteten på hjemmesykepleien som god, mens tilsvarende tall for hjemmehjelpstjenesten var 62%. De med personlig erfaring med tjenestene hadde mer positive inntrykk enn de med pårørenderfaring og de uten erfaring. Høy alder, lav utdanning og bosted i små kommuner gav større sannsynlighet for å være fornøyd når det ble kontrollert for bakgrunnsvariabler. Videre fant man at de fleste brukerne var tilfredse med de ansattes service og holdninger, men mindre tilfredse med tjenestenes tilgjengelighet og informasjon. Tilfredshetsnivået var på nivå med det man fant for brukerne av legevakt, sykehjem og omsorgsboliger, men lavere enn for fastlege, helsestasjon og sykehus. En av ti hadde klaget på hjemmetjenesten, de fleste muntlig (Førland & Folkestad, 2016). I en annen nasjonal befolkningsundersøkelse rettet mot personer over 65 år fant man også at eldre i rurale kommuner var mer fornøyd med kommunale helse- og omsorgstjenester sammenlignet med eldre i urbane kommuner (Blekesaune & Haugen, 2018).

Befolkningens og brukernes vurdering av kvalitet i omsorgstjenestene er også studert i andre nordiske land. I en svensk studie ble det sendt ut et spørreskjema til eldre brukere av hjemmetjenester og sykehjem for å undersøke i hvilken grad variasjon i kvalitet på omsorg kunne forklares av kommunetilhørighet (hvilken kommune den eldre personen mottar omsorgstjenester fra). Man fant imidlertid at det var større variasjon i tilfredsheten innad i, enn mellom, kommunene (Kazemi & Kajonius, 2017). Måten brukerne opplevde at de ansatte i omsorgstjenesten oppførte seg på (respekt, medvirkning/innflytelse, trygghet, m.m.) var av betydelig større betydning for deres tilfredshet enn kommunetilhørighet. Arten av omsorgstjeneste (om den eldre mottok hjemmetjenester eller sykehjem) forklarte lite av variasjonen i tilfredshet (Kazemi & Kajonius, 2017). En annen svensk studie, basert på både registerdata og en spørreundersøkelse, støtter opp under dette – at variabler som 'respekt', 'tilgang på informasjon' (prosesskvalitet) hadde størst betydning for hvordan den eldre oppfattet kvaliteten på omsorgen, både i sykehjem og hjemmebasert omsorg. I tillegg hadde antall ansatte per pasient (strukturkvalitet), betydning for den eldre oppfattelse av kvalitet; høyere bemanning hang sammen med økt tilfredshet med kvaliteten (Kajonius & Kazemi, 2016).

En tredje svensk studie, som brukte spørreskjema og intervjuet eldre brukere av omsorgstjenester (både sykehjem og hjemmetjenester), fant at tilfredshet med omsorgen hang sammen med individuelle karakteristika ved tjenestemottakere: de 1) med mer omfattende behov for hjelp i dagliglivets aktiviteter (som husarbeid, matlaging), 2) med behov for assistanse til å gå/eller er sengeliggende, 3) som var blinde og 4) som hadde inkontinens og som hadde angst, var minst tilfreds med omsorgstjenestene. Videre var hjemmeboende mer tilfreds med omsorgen, kontinuiteten og personlige relasjoner enn beboere på sykehjem (Karlsson, Edberg, Jakobsson, & Hallberg, 2013).

ANSATTES VURDERING AV KVALITET

Vi skal nå se på studier som har undersøkt hvordan ansatte i omsorgstjenestene selv vurderer kvaliteten på tjenestene. En intervjustudie rettet mot hjemmesykepleiere i både by- og

landkommuner i Norge fant at sykepleierne opplevde normer og administrative pålegg fra sin arbeidsgiver som stramme og begrensende for deres daglige arbeid. Sykepleierne mente dette medførte lite rom for kliniske prioriteringer, faglig skjønnsutøvelse og med det en faglig svekket sykepleie. Dette ble særlig trukket fram i kommuner med bestiller-utførermodeller og separate vedtakskontorer. Forskerne konkluderte med at ovenfra-styrte og stramme tidsrammer setter sentrale kvalitetsstandarder og sykepleiefaglige verdier på spill (Tønnessen, Nortvedt, & Førde, 2011). I et essay i Sykepleien Forskning diskuterer to av forfatterne hva som er faglig forsvarlig hjemmesykepleie og konkluderer med at sykepleierne selv i større grad må ansvar for å utvikle forsvarlighetskriterier i tråd med egne faglige verdier og normer for at pasientene skal få dekket grunnleggende behov (Tønnessen & Nortvedt, 2012). I en studie av hjemmetjenestene i Bergen kommune i 2017, med svar fra 425 ansatte, fant man at de ansatte i alle bydelene på dette tidspunktet opplevde normene for det faglige arbeidet som for ovenfra-styrte og rigide, med klare negative konsekvenser for faglig skjønnsutøvelse og tjenestekvalitet (Førland, Fagertun, Hansen, & Kverndokk, 2017).

I andre nordiske land, nærmere bestemt i Sverige, er det undersøkt hvorvidt ulike grupper ansatte i omsorgstjenesten vurderer kvaliteten på omsorgen ulikt. Assistenten, helsefagarbeidere og sykepleie ble bedt om å vurdere fire kvalitetselementer (medisinsk-teknisk kompetanse, fysiske-tekniske forhold, identitetsorientering og sosiokulturell atmosfære). Kvalitet ble vurdert på to ulike måter: såkalt «oppfattet virkelighet» og «subjektiv betydning». Når kvalitetselementene ble vurdert ut fra «oppfattet virkelighet», var spørsmålene formulert på en slik måte at respondentene skulle angi i hvilken grad de var enig i at 'slik er det for de eldre der jeg jobber'. For «subjektiv betydning» var spørsmålene formulert slik at respondentene skulle angi hvor viktig de anså at kvalitetselementet var for de eldre der de jobbet, det vil si 'så viktig mener jeg dette er for de eldre der jeg jobber' (From, Nordström, Wilde-Larsson, & Johansson, 2013). For helsepersonellet samlet, var det medisinsk-teknisk kompetanse og fysiske-tekniske forhold ved arbeidsplassen som hadde høyest faktisk kvalitet («oppfattet virkelighet»: 'slik her det her'), mens identitetsorientering og den sosiokulturelle atmosfæren hadde lavest faktisk kvalitet. Når kvalitetselementene ble vurdert ut fra «subjektiv betydning», var det ett av de fysiske-tekniske elementene som skåret høyest: at de eldre hadde tilgang til utstyret de trengte, som for eksempel rullestol. På alle fire kvalitetsdimensjoner, vurderte assistenter og helsefagarbeidere den faktiske kvaliteten («oppfattet virkelighet»: 'slik her det her') til å være høyere enn det sykepleiere gjorde. Når kvalitet ble vurdert ut fra subjektiv oppfattelse ('så viktig mener jeg dette er'), var det kun forskjell mellom gruppene ansatte på én av kvalitetsdimensjonene: assistenter og helsefagarbeidere skåret det fysiske-tekniske elementet om den eldres tilgang på utstyr h*n trengte, høyere enn sykepleierne (From et al., 2013).

KVALITETSARBEID I KOMMUNENE

Som tidligere nevnt skiller vi i kunnskapsoppsummeringen mellom subjektiv og objektiv kvalitetsvurdering. Rundt 60% av norske kommuner har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer ifølge en rapport fra Agenda Kaupang og KS (2014). Dette øker med kommunestørrelse, fra 45% av kommunene med folketall under 5000 innbyggere, til samtlige kommuner over 50.000 innbyggere. Pleie- og omsorgssektoren er ifølge rapporten blant sektorene som bruker kvalitetsindikatorer mest, men den praktiske implementeringen hevdes å være lite utviklet, særlig gjelder dette for resultat- og prosessindikatorer. Omsorgssektoren har kommet kort både når det gjelder utforming og operasjonalisering og når de gjelder praktisk bruk av indikatorene. I utvalgte case-kommuner gis det likevel entydig tilbakemelding på at objektive kvalitetsindikatorer er nyttige (Agenda Kaupang og KS, 2014).

Mange kommuner utvikler sine egne kvalitetsindikatorer. Ofte skjer det med lite eller ingen samarbeid med andre kommuner og i forbindelse med nasjonale initiativ, for eksempel Pasientsikkerhetskampanjen (Agenda Kaupang og Helsedirektoratet, 2016).

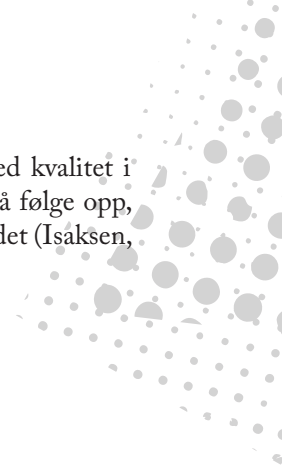
Helsedirektoratet fikk fra 1. januar 2012, en lovpålagt oppgave om å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer» i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får, samt benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Indikatorene er offentlige og skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring av tjenesten og et grunnlag for at rettighetene til pasientene blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2018).

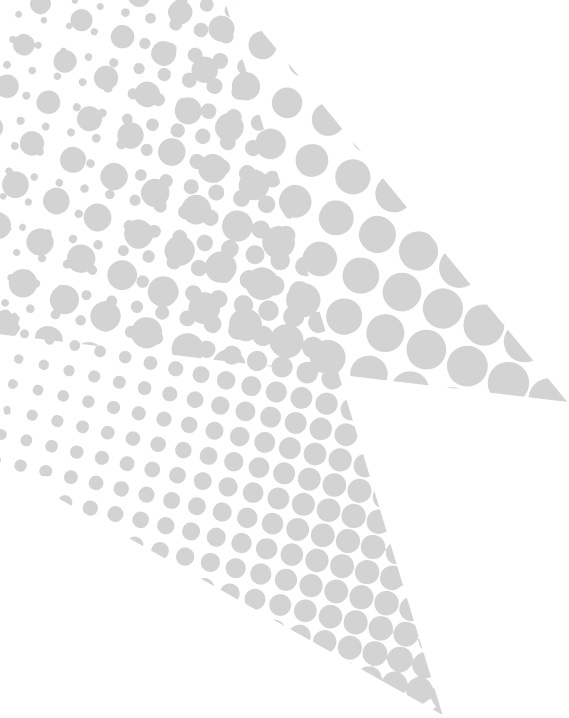
I evalueringen av Omsorgsplan 2015 fant man at 55% av kommunene hadde satt fremtidige omsorgsutfordringer på dagsorden gjennom skriftlig planarbeid. Det var betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene hadde utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2017b).

I en følgeevaluering av Helsedirektoratets pilotering av trygghetsstandard i sykehjem fant forskerne betydelig variasjon knyttet til kvalitetsarbeidet generelt, samt knyttet til de mer spesifikke områdene 'brukermedvirkning', 'ernæring og måltider', 'aktivitet' og 'omsorg ved livets slutt'. De fire deltakende kommunene arbeidet på ulike måter, og med ulike redskaper, med tanke på 'kvalitetssikring' av tjenestene, men i løpet av piloteringsfasen (som varte i to år) ble arbeidet, forståelsene og redskapene likere og alle videreutviklet sine eksisterende kvalitetssystem (Compilo) og fagsystem (Profil og CosDoc). Alle kommunene gjennomførte i løpet av perioden (re)opplæring av ansatte i nye rutiner og sjekklister, noe som på sikt kan føre til likere praksis på tvers av avdelinger i samme sykehjem og på tvers av kommuner (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, Jacobsen, & Obstfelder, 2018).

For temaet 'brukermedvirkning' ble det avdekket variasjon i blant annet gjennomføring og innhold av innkomstsamtaler, gjennomføring av brukerundersøkelser og aktive brukerråd. For 'ernæring og måltider' var det variasjon i rutiner for å etterspørre beboernes mat- og måltidspreferanser. Variasjon i 'aktivitet' ble eksemplifisert med blant annet utarbeidelse av aktivitetsplaner: om det gjøres og på hvilket nivå (på avdelingen og/eller for de individuelle beboerne). Det var også betydelig variasjon i hvor stor grad pårørende og frivillige deltok med organiserte aktiviteter. For lindrende behandling og omsorg ved livets slutt var det variasjon i om sykehjemmene hadde formelle system og rutiner for gjennomføring av samtaler som forberedelse til livets siste fase. Variasjon i kvalitetsarbeidet kom også frem i antallet rapporterte avvik per avdeling og hvordan de ulike gruppene av tilsatte (ledelse og de tilsatte) relaterte seg til, og praktiserte, avvikssystemet.

Videre var det variasjon i hvordan de ulike deltakende sykehjemmene arbeidet med kvalitet i tjenestene; hvilke rutiner de hadde for kvalitetsarbeid, hvem som hadde ansvar for å følge opp, samt grad av involvering av de ulike ansattgruppene i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, et al., 2018).





DISKUSJON

Variasjon og uønsket variasjon i tjenestekvalitet er satt høyt på den politiske og faglige dagsordenen både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Vår litteraturgjennomgang, primært i en norsk omsorgstjenestekontekst, viser betydelig variasjon innenfor de undersøkte temaene:

- kommunenes *tildelingspraksiser*
- befolkningens *tilgang* til og *bruk* av omsorgstjenester
- kommunenes *dekningsgrader* av tjenestene
- kommunenes *ressursbruk*
- forholdet mellom *ynge* og *eldre* brukere
- forholdet mellom *offentlige* og private tilbydere
- objektive kvalitetsdimensjoner- og indikatorer
 - *medisinske helsetjenester i sykehjem*
 - *legemidler og legemiddelgjennomgang*
 - *tannhelsetilbudet*
 - *infeksjonsforekomst i sykehjem*
 - *innleggelse og reinnleggelse i sykehus*
 - *oppfølging av ernæring*
- subjektive vurderinger av kvalitet
- kvalitetsarbeid i kommunene

Hva ved denne variasjonen som er uheldig og uønsket og hva som er uproblematisk og til og med gunstig, er dels en faglig, dels en politisk og dels en vurdering som må gjøres av tjenestemottakerne og deres pårørende. Overordnet vurderes variasjon som uheldig og uønsket dersom lovpålagte tjenester mangler, men også dersom de er mangelfulle og har åpenbart lav kvalitet. Slik praksis vurderes å være til ugunst for dagens og framtidens brukere av tjenestene.

Vi skal i dette kapittelet oppsummere og diskutere funnene fra litteraturgjennomgangen for hvert av punktene over.

VARIASJON I KOMMUNENES TILDELINGSPRAKSISER FOR OMSORGSTJENESTER

Både forskning, Riksrevisjonens- og Helsetilsynets undersøkelser og årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene viser til uønskede forskjeller i kommunenes tildelingspraksiser for omsorgstjenester. Dette dokumenteres gjennom påvisning av ulikheter i tildelingskriterier, mangelfull behovsutredning, mangelfull informasjon til brukere, mangelfulle beskrivelser av vurderinger og tildelt hjelp i vedtakene, samt mangelfull ivaretagelse av søkeres klagerett.

Dette representerer klare likebehandlingsutfordringer ved at like situasjoner og behov står i fare for å bli behandlet ulikt, og samme type lidelse og tilstand ikke gis likeverdige tiltak og tjenester. Slik variasjon kan ut fra et befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket og føre til at søkere og brukere ikke får lik tilgang til tjenestene de har behov for og krav på¹¹.

På bakgrunn av dette kan det være grunnlag for å fremme krav om sterkere sentral styring og standardisering for tjenestetildeling. Vi så i resultatkapittelet at kommuner som hadde deltatt i forsøksordningen med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester erfarte at nye tildelingsverktøy hadde gitt dem en grundigere og mer profesjonell tildelingspraksis, men også tendenser til mer ressursbruk og byråkratisering (Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse, 2017, 2018). Vi så også at NOVA-forskere ikke fant tildelingsforskjeller mellom saksbehandlere som brukte/ikke brukte standardiserte vurderingsskjemaer (Syse et al., 2015). Helsedirektoratet har fra før en omfattende 'Veileder for saksbehandling – tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven' der utredning av behov, tildeling av tjenester og behandling av klager er sentrale innholds-komponenter (Helsedirektoratet, 2017c). Veilederen viser til nødvendige generelle juridiske og formelle rammer for saksbehandling og tildeling, men er i liten grad til hjelp som konkret kartleggingsverktøy når kommunene og de ansatte skal vurdere søkerens omsorgstjenestebehov, og heller ikke som prioriteringshjelp for tildelingen. Det kan derfor være behov for mer konkrete *eksemplamlinger* for kommunene i tildelingsarbeidet. Det vil si eksempler på vurderings- og kartleggingsskjemaer i møte med søkerne, og eksempler på godt formulerte vedtak, der sentrale elementer knyttet til behovsvurdering, tildelt hjelp og klageadgang beskrives. Når dette formuleres som gode eksempler, og ikke som ferdige administrative retningslinjer, signaliseres det samtidig et behov for lokal tilpasning og lokalt eierskap.

I tillegg er det sannsynligvis behov for å utvikle overordnede prioriteringsveiledere også i kommunal sektor for å skape et tydeligere felles grunnlag for tildeling av omsorgstjenester. Blankholmutvalget anbefaler at det bør utarbeides nasjonale prioriteringsveiledere som beskriver hvordan nytte- og alvorlighetskriteriet normalt skal tolkes ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 12).

Nasjonale prioriteringsveiledere på omsorgsfeltet kan bidra til å skape en tydeligere felles grunnmur for tildeling av omsorgstjenester, og således bidra til å redusere uønsket variasjon. I dette arbeidet bør man være bevisst at en entydig 'best practice'-tilnærming er problematisk for omsorgstjenestene i kommunene fordi tilstandene for tjenestemottakerne og de konkrete

¹¹ Jfr. Pasient- og brukerrettighetslovens formål om «å bidra til å sikre befolkningen *lik tilgang* til tjenester av god kvalitet» (§ 1-1) og Helse- og omsorgstjenesteloven formål om «å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et *likeverdig tjenestetilbud*» (§ 1-1). I henhold til dette er det et uttalt politisk mål at «befolkningen i hele landet skal ha et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (Finansdepartementet, 2019, s. 12).

tjenestetiltakene ofte er mindre definerte enn i spesialisthelsetjenesten. Det vil videre kunne være problematisk med tanke på ivaretagelse av profesjonsutøveres skjønnsvurderinger. Vi mener at en åpnere 'promising practice'-tilnærming med større rom for skjønn, individuell og lokal tilpassning, og dermed aksept for variasjon, er nødvendig i denne sektoren. Slike 'lovene praksiser' er uttrykk for lærings- og utviklingsorienterte praksiser der kommunene både stimuleres til, og har handlingsrom for, å utvikle tilpassede og innovative praksiser med utgangspunkt i lokale behov. Samtidig gir begrepet 'lovene praksiser' rom for at nye praksiser kan være lovene i noen henseender og lokale kontekster og ikke i andre, og at det kan finnes bedre praksiser enn dem som i dag er toneangivende. Dette vil kunne føre til større variasjon, men en nødvendig og ønsket variasjon, som følge av nytenkende praksiser, og ikke en uønsket variasjon som følge av at lovpålagte tjenester mangler, er mangelfulle og til ugunst for tjenestemottakere.

VARIASJON I BEFOLKNINGENS TILGANG TIL OG BRUK AV OMSORGSTJENESTER, OG I KOMMUNENES DEKNINGSGRADER AV TJENESTENE

Som vi har sett i resultatdelen er variasjonen mellom kommunene i tilbud og dekningsgrad for de ulike omsorgstjenestene betydelig. Store kommuner har flere differensierte og spesialiserte tilbud. Det er betydelig variasjon i dekningsgrad for korttid- og langtidsopphold på institusjon, helsetjenester i hjemmet og for trygghetsalarm. De største kommunene har et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon, men et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre, sammenlignet med små og mellomstore kommuner. Variasjonen har endret seg lite etter 2010, men den er blitt noe mindre når det gjelder korttidsopphold på sykehjem. Tall for dekningsgrader av omsorgstjenester enkeltvis forteller oss imidlertid ikke noe presist om hvor mange som ikke får det tilbudet de trenger, og variasjoner mellom kommunene med hensyn til dette. Helsedirektoratets kommunevise oversikter over ventetid og antall søkere på venteliste til sykehjems plass kan imidlertid gi oss indikasjoner på tilgjengelighet. Dessuten er det viktig å se alle omsorgstjenestene i sammenheng når man skal vurdere kommuners tjenestetilbud, da høy og lav dekningsgrad for enkelttjenester kan fungere gjensidig kompensierende, og det finnes ingen evidensbasert gullstandard for riktig dekningsnivå på tvers av kommunale kontekster.

Noen funn peker likevel i retning av uønsket variasjon. Et av dem er påvisningen av at kommuner med generelt lav dekning til eldre av både helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem til eldre, tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2017a, s. 10). Dette er en indikasjon på at disse kommunene har et uberettiget lavt nivå av omsorgstjenester som truer myndighetenes mål om at alle borgere skal ha lik tilgang til tjenester av lik kvalitet. Slik lav dekningsgrad kan både fra et befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket. Riksrevisjonen (2018, s. 96) påpeker at det er grunn til å følge disse kommunene ekstra nøye framover.

Et annet funn som peker i retning av uønsket variasjon er den lave dekningsgraden mange kommuner har for dagaktivitetstilbud for personer med demens. I stortingsmeldingen *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* vises det til den samme fylkesvis variasjonen i dekning av slike dagaktivitetstilbud som vi har referert til i resultatkapittelet. Meldingen påpeker at denne betydelige fylkesvise variasjonen innebærer at avstanden mellom laveste og høyeste dekningsnivå for kommunene må være enda større enn for fylkene. Meldingen skriver at dette tyder på uønskede variasjoner mellom kommunene for tjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b, s. 28). Dette er en rimelig konklusjon gitt betydningen av slike tilbud for demensrammede og pårørendes livskvalitet og muligheter til å fortsette å bo i eget hjem.

KOMMUNENES RESSURSBRUK

Vi har referert til statistikk som viser store forskjeller i kommuners ressursbruk på omsorgstjenester. Dette har naturligvis sammenheng med kommunenes alders- og befolkningssammensetning, men også med deres tjenesteprofil og dekningsgrad for de ulike omsorgstjenestene. Tjenesteprofilene påvirker utgiftsnivået ettersom hjemmetjenester er generelt mindre kostnadskrevende enn institusjonstjenester. Ulik bemanning og organisering innenfor omsorgstjenestene fører også til ulik ressursbruk. Norge har forholdsvis svake tradisjoner for statlige styrte bemanningsnormer, selv om slike nå er innført i skole- og barnehagesektoren. Befolkningens forbruk av omsorgstjenester og kommunenes ressursbruk til disse tjenestene betinges sannsynligvis av et komplekst samspill mellom faktorer knyttet til:

1. *Befolkningen og brukerne*: alder, kjønn, antall sykdommer og fysiske og kognitive funksjon, samt holdninger til å ta imot hjelp.
2. *Relasjonelle forhold*: aleneboenhet eller om man bor sammen med andre og muligheter for hjelp fra ektefelle, barn eller andre.
3. *Bolig og omgivelser*: hustype, bomiljø og tilgang på (velferds) teknologiske hjelpemidler som for eksempel trygghetsalarm.
4. *Kommunekarakteristika*: tjenesteprofil og dekningsgrader av institusjons- og hjemmetjenester, kompetanse- og bemanningsnivå i tjenestene, kommunens størrelse (innbyggertall og reiseavstander), egenandeler for bruk av tjenester, andre inntekter og kommuneøkonomiske forhold som nivået i frie inntekter.

VARIASJON MELLOM YNGRE OG ELDRE BRUKERE

Vi refererte i resultatdelen til at det fra 1990-tallet har vært synkende andeler i de eldste aldersgruppene som bruker omsorgstjenester. Andelen eldre som rapporterer å ha god eller meget god egenvurdert helse har økt i samme periode, og en mulig forklaring kan nettopp være bedret helse og funksjon i eldre år. Andre forklaringer er også plausible. Det kan tenkes at terskelen for å få tildelt omsorgstjenester er blitt høyere og at ønsket om å være uavhengig av omsorgstjenester er blitt større.

Vi så også at utgiftene per bruker yngre enn 67 år var dobbelt så høy som utgiften per bruker i eldre aldersgrupper (Kjelvik & Mundal, 2013, s. 44). Dette må primært antas å ha sin årsak i mer omfattende hjelpebehov blant de yngste. Når yngre først har behov for omsorgstjenester, har de ofte behov for et stort omfang. Like fullt kan det antas at forskjeller i normalitetspreferanser for yngre og eldre kan spille inn i tjenestetildelingen. Brukerundersøkelser vi har referert til viser at eldre er mer fornøyd med omsorgstjenestene enn yngre, og dette er et vanlig funn i slike undersøkelser. Det kan grunne seg i at yngre kan ha høyere forventninger og krav til tjenestene enn eldre, for eksempel knyttet til bistand til sosiale aktiviteter, fordi de (og de ansatte i tjenestene) sammenligner behovene med normale behov og aktiviteter for andre på samme alder (Gautun et al., 2012). Hamran og Moe (2012) fant at man i vurderingen av yngres hjelpebehov sammenlignet behovet med funksjonsfriske yngre, mens tilsvarende sammenligning mellom eldre søkere og eldre uten hjelpebehov ikke ble gjort. Yngre og eldre brukere ble altså ikke oppfattet som sammenlignbare tilfeller, og forskjellsbehandling ble derfor oppfattet som legitimt, naturlig og noen ganger også vanskelig å oppdage. Det var dermed aldersnormer knyttet til oppfatninger om

«livets gang», og ikke den enkelte brukers individuelle behov og funksjonsnivå som ble bestemmende, hvilket forfatterne omtaler som alderisme og aldersmessig overskygging. Christensen (2018) trekker på basis av dette den slutning at yngres hjelpebehov lett oppfattes som mer seriøse og at eldre stiller svakere enn yngre. Dette kan være indikasjoner på at 'behov' defineres ulikt for yngre og eldre brukere og at dette kan ha betydning for mengde, type og innhold i tjenestene som tildeles.

Mye tyder på at variasjonen også grunner seg i at det eksisterer ulikheter i finansieringsordninger rettet mot personer over og under 67 år. Både den såkalte toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse retter seg per i dag kun mot personer under 67 år. Ingen av ordningene tilgodeser de eldre og representerer således en forskjellbehandling basert på alder.

De dokumenterte forskjellene mellom yngre og eldre brukere indikerer etter vår mening en uberettiget variasjon som myndighetene bør sette inn tiltak for å forebygge, for eksempel ved å etablere like finansieringsordninger og likt regelverk uavhengig av alder.

KVALITET I OFFENTLIG VERSUS PRIVAT DRIFT

Vi har i resultatkapittelet kort referert til forskning fra USA som har konkludert med at private kommersielle sykehjem scorer dårligere på sentrale struktur og prosesskvalitetsindikatorer, sammenlignet med private ideelle og offentlige sykehjem. Ulikheter knyttet til sykehjemmenes finansiering, forsikringsordninger og kulturelle forhold begrenser imidlertid resultatenes overførbarhet til norsk sykehjemsektor. Lignende studier fra Sverige og Danmark viser da også et mer sammensatt bilde (Winblad et al., 2017). I de få nordiske studiene som er gjort på denne tematikken, skårer de private kommersielle best på prosessuelle indikatorer som individualisert omsorg, legemiddelgjennomgang, fall- og ernæringscreening, mens de offentlige skårer best på strukturindikatorer som faglig bemanning. Allikevel synes sammenhengen mellom eierskap og kvalitet i Norden å være svakere og mer sammensatt. En årsak som pekes på, er at sykehjem i Norden på noen punkter er mer regulert enn i mange andre land og at de private sykehjemmene er pålagt å følge de samme kravene og kvalitetsstandardene som de offentlige (Winblad et al., 2017). De fleste sykehjem i Norden er dessuten offentlig finansiert og beboertilgang er ikke basert på søkerens økonomi, men på deres behov. Det er også andre kontekstuelle forskjeller; som at private sykehjem i Norden, i motsetning til i mange andre land, ikke kan velge sine beboere, og at de kan bli drevet i offentlig eide bygninger. Det samme personellet kan dessuten bli overflyttet når en institusjon endres fra offentlig til privat og motsatt. Slik større grad av *felles og like rammer* kan være faktorer som reduserer uønsket variasjon i kvalitet i tjenestene mellom private og offentlig drevne leverandører i Norden sammenlignet med mange andre land, og i særdeleshet USA. Allikevel er det indikasjoner på at private omsorgsaktører, også her til lands, vektlegger serviceaspekter fremfor strukturelle rammer for god omsorg, mens det motsatte gjelder for offentlige aktører som skårer bedre på blant annet antall ansatte per beboer (se resultatdel). Større studier i en nordisk kontekst er nødvendig for å kunne konkludere sikrere. Disse bør i tillegg til struktur- og prosessindikatorer også fokusere på resultatindikatorer.

Land og jurisdiksjoner der en stor del av tjenestene leveres av private kommersielle aktører synes å ha et mer omfattende og mer komplekst system for kontroll og kvalitetssikring, se for eksempel Choiniere et al. (2016). Et omfattende, detaljert og systematisk system for kontroll og oppfølging av helse- og omsorgsinstitusjoner kan ha den fordel at det muliggjør myndigheters inngripen når kvaliteten på tjenestene er uforsvarlig lav. I tillegg gir det den enkelte

tjenesteleverandør potensielt gode redskap for å monitorere og videreutvikle egen virksomhet. Ulempene kan imidlertid også være flere. Slike kontrollregimer medfører økt bruk av tid og ressurser til rapportering som ellers kunne gått til behandling, pleie og omsorg. Det antydes også at store kommersielle aktører i større grad bruker ressurser (helsefaglige, juridiske, økonomiske) for å tilpasse seg og oppnå høyere skåre på de målbare kvalitetsindikatorene, ikke minst prosessuelle indikatorer (Choiniere et al., 2016).

MEDISINSKE HELSETJENESTER OG LEGEMIDDELGENNOMGANG I OMSORGSTJENESTENE

Litteraturgjennomgangen indikerer stor variasjon mellom kommuner og sykehjem i det medisinskfaglige tilbudet. Antall legetimer per beboer per uke har økt mye de siste åtte årene, men variasjonen er stor mellom fylker og kommuner. Nærmere studier bør gjennomføres for å undersøke og analysere forskjellene og årsakene til forskjellene mellom kommuner og sykehjem. Legenes stillingsstørrelse i sykehjem er økende, men det er store variasjoner og fortsatt er det en vanlig praksis at legearbeid i sykehjem er et bi-arbeid. Store stillingsstørrelser øker sannsynligheten for at legene er godt integrert i sykehjemmet og for kontinuitet i det medisinskfaglige arbeidet (Melby et al., 2019).

I resultatkapittelet refererte vi til statistikk som viste at kun 55% av beboerne (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon i 2018 hadde hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene og at tallene tyder på stor variasjon mellom kommuner, selv om noe av variasjonen kan skyldes ulike rapporteringsrutiner. Denne type variasjon kan fra et bruker-, tjenesteleverandør- og myndighetsperspektiv anses som uønsket med tanke på tjenestekvalitet, ettersom jevnlig legemiddelgjennomgang avdekker alvorlige legemiddelfeil og bivirkninger. Vetvik og Disch (2017) fant at en høy andel av kommunene ønsker å styrke det medisinske tilbudet omsorgstjenestebrukerne i kommunale institusjoner og i hjemmetjenestene.

Det er få studier i en norsk kontekst som tar for seg variasjon og kvalitet i de medisinske helsetjenestene for brukere av *hjemmetjenestene*, og spesielt for dem med omfattende pleie- og medisinske behov, for eksempel i livets sluttfase (Danielsen, Sand, Rosland, & Førland, 2018). Aktuelle temaer for videre forskning vil her være variasjon og kvalitet med hensyn til det medisinske tilbudet til brukere med omfattende bistands- og pleiebehov, deres bruk av fastlege, legevakt og sykebesøk i hjemmet og samarbeidsforhold mellom pasient, pårørende, lege og hjemmesykepleien.

TANNHELSETILBUDET

Resultatgjennomgangen indikerer stor variasjon i kvaliteten på det offentlige tannhelsetilbudet for omsorgstjenestemottakerne når kun 47% av beboerne (50 og eldre) ifølge IPLOS/KPR-data i 2018 ble vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder, til tross for at dette er lov- og forskriftsfestede rettigheter og slik jevnlig tannsjekk vil kunne forebygge og avdekke tannlidelser hos den eldre. Funnet indikerer en uønsket variasjon og brudd på lovpålagte oppgaver. Noe av variasjonen kan skyldes manglende rapportering av en forholdsvis ny kvalitetsindikator (etablert november 2015) og resultater de neste årene vil kunne gi sikrere dokumentasjon. Forskning indikerer i tillegg at det er store utfordringer når det gjelder det daglige munn- og tannstellet for omsorgstjenestemottakerne.

INFEKSJONSFOREKOMST I SYKEHJEM

Resultatdelen viser at det er stor variasjon i forekomst av infeksjoner i de kommunale helse og omsorgstjenestene. Denne type variasjon kan fra bruker, tjenesteleverandør og myndighetsperspektiv anses som uønsket med tanke på tjenestekvalitet ettersom dette representerer en fare for pasientsikkerhet og livskvalitet.

Infeksjonsforekomsten var dobbelt så høy i fylket med høyest forekomst sammenlignet med fylket med lavest forekomst, hvilket indikerer enda større forskjeller mellom kommunene. Selv om forskjellene kan ha ulike årsaker, for eksempel ulikt pasientgrunnlag, og at rapporterte tall er beheftet med en viss usikkerhet, tyder de på uønsket variasjon. Det er utviklet en relevant tiltakspakke for forebygging av kateterinduserte urinveisinfeksjoner som primært er utarbeidet for sykehus, men som også vil kunne være aktuell i sykehjem (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

Det vil være behov for forskning som undersøker sammenhenger mellom infeksjonsforekomst blant pasienter på sykehjem, individuelle forhold ved pasientene og kontekstuelle forhold ved institusjonene og kommunene. For eksempel kan ulik pasientpopulasjon på sykehjemmene (knyttet til alder, funksjonsnivå, helsetilstand, med mer) påvirke sammenlignbarheten mellom kommuner og over tid, og det trengs forskning som kontrollerer for slike forskjeller.

OPPFØLGING AV ERNÆRING

I resultatdelen presenterte vi funn som tyder på stor variasjon i oppfølging av ernæring, både i sykehjem og i hjemmetjenestene. Ernæring er et grunnleggende behov – det er av betydning for at normal menneskelig funksjon, helse og velvære kan opprettholdes, og derfor vil stor variasjon i oppfølging av dette behovet kunne anses som uønsket.

‘Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten’ fremholder at det er nødvendig å sørge for styrket kompetanse blant personell, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling for å sikre god ernæringspraksis (Helsedirektoratet, 2019h). I ‘Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring’ er det anbefalt flere tiltak for å styrke ernæringsarbeidet, blant annet å vurdere ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2013). I publikasjonen ‘Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater’ anbefales det å gjennomføre regelmessig ernæringsvurdering med gode rutiner for veiing, i tillegg til at mat og måltider tilrettelegges med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov (Bøhn, Medbøen, Langballe, & Totland, 2017).

I resultatkapittelet presenterte vi studier som tyder på betydelig variasjon både i tjenesten (for eksempel innad eller mellom sykehjem) og mellom tjenester (for eksempel mellom sykehjem og hjemmesykepleie) innenfor flere av områdene som fremholdes i nasjonale faglige råd og retningslinjer. Blant annet gjelder dette kartlegging og vurdering av tjenestemottakeres ernæringsmessige risiko, der resultatene viser at det er variasjon i om kartlegging gjennomføres, om det finnes prosedyrer for kartlegging og om veiing av tjenestemottakere er en rutine. Forskning vi har referert til i resultatdelen tyder imidlertid på en betydelig forbedring i sykehjemmene med hensyn til om det er utarbeidet prosedyrer for ernæringsstatus og veiing. Like fullt etterlyser forskningen kompetanse i å vurdere beboernes ernæringsstilstand og brukerinvolvering i forbindelse med mat og måltider. Kartlegging og vurdering er grunnleggende for å kunne forebygge eller avdekke, behandle og evaluere effekt, og dersom det ikke gjennomføres, representerer det en fare for pasientsikkerhet og livskvalitet. Videre, en av de inkluderte studiene fant variasjon mellom sykehjemmene med tanke på beboernes mulighet for å velge mellom ulike retter til middag. Det var få som kunne tilby dette (15%), mens nær halvparten av sykehjemslederne ønsket at dette ble innført (Aagaard, 2010b).

Vi ønsker også å trekke frem et annet funn fra oppsummeringen som indikerer tjenester av mangelfull kvalitet. To studier fra norske sykehjem har dokumentert at tilnærmet alle beboerne som deltok i studiene hadde nattefaste > 11 timer. I følge Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten bør ikke nattefasten være over 11 timer (Helsedirektoratet, 2019h). Lang nattefaste vil innebære et lavere daglig kaloriinntak som igjen vil medføre økt risiko for underernæring.

OPPLEVD KVALITET I OMSORGSTJENESTENE

Befolknings- og brukerundersøkelser har vist at de fleste er fornøyd med omsorgstjenestene, men tilfredsheten er likevel lavere enn for fastlege, helsestasjon og sykehus. De med personlig erfaring har bedre inntrykk av omsorgstjenestene enn pårørende, hvilket kan grunne seg i at nære egenerfaringer gir mer positive opplevelser enn erfaringer mer på avstand. Andre forklaringer er også mulige, for eksempel at pårørende er mindre fornøyde fordi de kan ha oppgaver overfor brukerne som de egentlig mener at de profesjonelle burde tatt mer ansvar for. At eldre brukere er mer fornøyde enn yngre kan muligens forklares med at yngre brukergrupper kan ha høyere forventninger til tjenestene fordi de gjerne sammenligner seg med standarder og velferdsnivå som er vanlig i egen aldersgruppe. At nivået av klager i hjemmetjenestene var høyere enn for andre helsetjenester, kan skyldes at det er lettere å finne forhold å klage på i en tjeneste som gis hyppig sammenlignet med tjenester som vanligvis gis sjeldnere. Omsorgstjenester mottas ofte daglig, og for noen, flere ganger i døgnet. Det at omsorgstjenestene har best omdømme i små kommuner kan grunne seg i at det kan være lettere å få oversikt og å oppleve nærhet og kontinuitet i mindre enheter.

Vi så i resultatdelen at store kommuner i større grad hadde egne spesialenheter med spesialkompetanse innen omsorgstjenestene mens de mindre kommunene i mindre grad hadde dette. Man kan anta at spesialisering gir høyere kvalitet på tjenestene i de store kommunene, men det trenger paradoksalt nok ikke å ha betydning for tjenestemottakers opplevelse av kvalitet. Brukerundersøkelser innen omsorgssektoren har vist at den er størst i små kommuner. Strukturelle faktorer, som antall ansatte, er kanskje ikke i seg selv viktig for oppfattelsen av kvalitet, men vil likefult være et vesentlig grunnlag for å realisere 'respekt', 'hva er viktig for deg?' og 'tilgang på informasjon' – uten tilstrekkelig personal på jobb, vil heller ikke disse elementene kunne bli ivarettatt.

FORSKNINGENS GENERALISERBARHET

Til slutt i diskusjonsdelen vil vi minne om forskningens begrensninger når det kommer til det å generalisere funn på tvers av ulike kontekster. Betydningen av å bruke skjønn og kontekstualisere forskningsresultater er alltid vesentlig, og ikke minst gjelder dette når fenomenet som studeres har klare sosiale og kulturelle komponenter, som omsorgstjenester har. Forskningsresultater som viser variasjon kan noen ganger langt på vei forklares på basis av lokale forhold; ulike forventninger, ulik organisering, ulik ressursituasjon og ulike prioriteringer. Resultater fra forskning fra andre helse- og omsorgssystemer kan ha begrenset betydning for nordiske og norske forhold. Likeens er ikke forskningsresultater i en lokal norsk kontekst, for eksempel en stor bykommune, nødvendigvis representativ for en mellomstor eller liten landkommune. For noen omsorgstjenester finnes det dessuten kun forskningsresultater fra et begrenset antall kommuner. I begge tilfellene, når det foreligger resultater fra omsorgssystemer annerledes enn det norske, og når det

kun er gjort forskning i et begrenset antall kommuner, må man være forsiktig med å generalisere. Det betyr imidlertid ikke at slike resultater ikke kan ha overførings- og læringsverdi til nye kontekster, men at slik overføring må gjøres ut fra et velbegrunnet skjønn.





OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Kunnskapsoppsommeringen indikerer utfordringer og uønsket variasjon på flere tjenesteområder innenfor omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig innenfor faglig rettede kvalitetsdimensjoner knyttet til:

- medisinske helsetjenester og legemiddelgjennomgang
- tannhelsetilbudet
- infeksjonsforekomsten i sykehjem
- innleggelse og reinnleggelse i sykehus
- oppfølging av ernæring

Stor variasjon her gir grunn til bekymring for om faglige retningslinjer følges og om lovpålagte tilbud mangler, er mangelfulle eller har åpenbart lav kvalitet i noen kommuner. Dette vil være til ugunst for dagens brukere og for potensielle framtidige brukere i disse kommunene.

Når det gjelder variasjonen som i litteraturen er dokumentert for de mer organisasjonsmessige sidene ved omsorgstjenestene, bør det etter vår vurdering være stor aksept for variasjon på grunn av kommunenes ulikheter. Dette gjelder sider som:

- kommunenes tildelingspraksiser
- kommunenes dekningsgrader av tjenestene (tjenesteprofil)
- kommunenes ressursbruk og prioriteringer

Hva ved denne variasjonen som er uheldig og uønsket og hva som er uproblematisk og til og med gunstig, er dels en faglig, dels en politisk og dels en vurdering som må gjøres av tjenestemottakerne og deres pårørende. Fire funn knyttet til organisering og prioritering peker etter vår vurdering like fullt i retning av uønsket variasjon:

- Like situasjoner, like behov og samme type lidelser og tilstander står i fare for å bli behandlet ulikt og ikke gis likeverdige tiltak og tjenester. Dette på grunn mangelfull behovsutredning, ulikt tildelingsgrunnlag, mangelfull informasjon til søkerne og mangelfull ivaretagelse av søkeres klagerett, dokumentert gjennom forskning og utredning. Slik variasjon kan ut fra et

befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket og føre til at brukere ikke får lik tilgang til tjenester de har behov for og krav på.

- Kommuner med lav dekning av både helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem har høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med andre kommuner. Dette er en indikasjon på at disse kommunene har et uberettiget lavt nivå av omsorgstjenester som truer myndighetenes mål om at alle borgere skal ha lik tilgang til tjenester av lik kvalitet. Slik lav dekningsgrad kan fra et befolknings-, bruker- og myndighetsperspektiv anses som uønsket.
- Noen kommuner har lav dekning av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det kan ha negative konsekvenser for demensrammedes livskvalitet og muligheter til å fortsette å bo i eget hjem og det kan ha negative konsekvenser for pårørendes livskvalitet.
- Forskjellene i 'omsorgsregimer' mellom yngre og eldre brukere indikerer en uberettiget variasjon som myndighetene bør sette inn tiltak for å forebygge ved å etablere like finansieringsordninger og likt regelverk uavhengig av alder.

VARIASJON OG LOKAL TILPASNING

I en påstand om at noe er 'uønsket' ligger det implisitt en ønsket mal eller standard, og spørsmålet åpner derfor for en diskusjon av standardisering og lovregulering versus profesjonsskjønn og kommunal selvråderett. Selv om dette er et stort spørsmål, har vi valgt å ta det opp til diskusjon. Standarder kan være sektorspesifikke, nasjonale eller internasjonale, og variere med hensyn til fokus, mål, fleksibilitet, kostnader og gevinst (Timmermans & Epstein, 2010, s. 75). Det å lage og innføre standarder i omsorgstjenestene, eller «beste praksis» som et ideal, kan være et virkemiddel for å sikre (lik) kvalitet og effektivitet i tjenestene. Standardisering reflekterer også «kontroll» av et felt, som omsorgsfeltet, der helsemyndighetene krever tilpasning til standarder som ledd i regulering av feltet (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, et al., 2018; Timmermans & Epstein, 2010, s. 79).

Historisk er de norske omsorgstjenestene preget av høy grad av faglig autonomi der kommunene og velferdsprofesjonene har hatt en sentral rolle i å definere behov for tjenester. Helsemyndighetene har tatt imot signaler «nedenfra» og utformet et tjenesteregime i samråd med profesjonene og lokalsamfunnene (Vike, 2018, 2019). Standardiserte systemer og rutiner, og 'beste praksiser', på det organisatoriske området kan potensielt innsnevre handlingsrommet til kommunene og de ulike profesjonsgruppene i omsorgstjenestefeltet som følge av nye og mer regulerte måter å arbeide på (Håland & Melby, 2017; Isaksen, Ågotnes, Fagertun, et al., 2018).

Det er i hvert fall to hovedargumenter for at sentrale myndigheter, når kommunene opererer innenfor anerkjente faglige retningslinjer, vedtatte lover og økonomiske rammer, ikke bare bør tillate, men også stimulere variasjon og ulikhet tjenesteprofil og dekningsgrader, mellom kommunene. For det første fordi kommunene er ulike både med hensyn til avstander, befolkningssammensetning og behovsprofil, hvilket naturlig skaper ulik tjenesteprofil. For det andre fordi lokalt engasjement, utprøving og nyskaping nødvendigvis fører til variasjon og ulikhet. Omsorgstjenestene i kommunene har dessuten et tydelig sosialt, kulturelt og kontekstuellet preg som utfordrer den tradisjonelle diagnosebaserte, evidensbaserte og standardiserte 'best practice'-tilnærmingen. Lokale kommunale ulikheter i behovsprofil og et uklart kunnskapsgrunnlag på flere områder, er av en slik art at en åpnere 'promising practice'-tilnærming sannsynligvis er en bedre strategi for utvikling i omsorgssektoren i kommunene. Kommunene bør beholde sine muligheter for lokale prioriteringer og satsninger, når de har innfridd nasjonale lovkrav og retningslinjer. Det vil bidra til lokal tilpasning, engasjement og innovasjon. Dette står ikke i motsetning til å beholde

og videreutvikle mer spesifikke veiledere, retningslinjer og forløpskrav innenfor bestemte faglige områder i omsorgstjenestene beskrevet i denne kunnskapsoppsummeringen, blant annet knyttet til medisinske helsetjenester, tannhelsetilbudet og oppfølging av ernæringsbehov.





LITTERATURREFERANSER

- Aagaard H. (2010a). *“Ærlig talt”*: mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. Oppdragsrapport (Høgskolen i Østfold) 2010:1: <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/148455>
- Aagaard, Heidi. (2010b). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*(1), 36-43. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0023
- Aagaard H. & V. Grøndahl (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet*. Oppdragsrapport (Høgskolen i Østfold);2013:4: <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/147833>
- Aagaard, Heidi & Grøndahl, Vigdis Abrahamsen (2015). *Mat og måltider i sykehjem 2. Høgskolen i Østfold*, oppdragsrapport 2015:1. ISBN: 978-82-7825-436-3
- Aagaard, Heidi, & Grøndahl, Vigdis Abrahamsen. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Agenda Kaupang og Helsedirektoratet. (2016). *Kartlegging av kvalitetssystemer I kommunenes helse- og omsorgstjeneste*. Rapport R9274.
- Agenda Kaupang og KS. (2014). *Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner*. Rapport R8481.
- Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse. (2017). *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester (SIO)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Evalueringsrapport%20Statlig%20finansiering%20av%20omsorgstjenester%202016.pdf>
- Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse. (2018). *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester*.
- Andreassen, Lillian Mo, Halvorsen, Kjell Hermann, & Granås, Anne Gerd. (2011). Store ulikskapar i innhald, utforming og kvalitet på dei generelle skriftlege direktiva : behovsmedisinering i sjukeheimar. *Sykepleien forskning* (Nr. 1), 46-52.

- Arksey, Hilary, & O'Malley, Lisa. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Bergman, Mats A., Johansson, Per, Lundberg, Sofia, & Spagnolo, Giancarlo. (2016). Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 49, 109-119. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.06.010
- Bjorvatn, Afsaneh. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *Health Economics in Prevention and Care*, 14 (5), 809-820. doi: 10.1007/s10198-012-0426-3
- Blekesaune, Arild, & Haugen, Marit, S. (2018). Ageing in Norwegian Rural and Urban Communities. *European Countryside*, 10 (2), 232-246. doi: 10.2478/euco-2018-0014
- Borgan, Jens-Kristian. (2013). 50 år med offentlig eldreomsorg. I Jorun Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s. 49-54). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Brevik, Ivar. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* NIBR-rapport, Vol. 2010:2.
- Brevik, Ivar. (2014). *Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester*. Hentet fra <http://www.ifo.no/globalassets/rapporter/herreieget-hus-2014.pdf>
- Brevik, Ivar. (2016). *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene* Vol. 2016:06. FAFO-rapport (trykt utg.) Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2016/20568.pdf>
- Bøhn, Benedicte Huseby, Medbøen, Ingrid Tøndel, Langballe, Ellen Melbye, & Totland, Torunn Holm. (2017). *Mat og ernæring til eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport1_mat_ernaering_eldre.pdf
- Choiniere, Jacqueline, Doupe, Malcolm, Goldmann, Monika, Harrington, Charlene, Jacobsen, Frode, Lloyd, Liz, . . . Szebehely, Marta. (2016). Mapping Nursing Home Inspections & Audits in Six Countries. *Ageing International*, 41 (1), 40-61. doi: 10.1007/s12126-015-9230-6
- Christensen, Karen. (2018). Myter om eldrebølgen. I Karen Christensen & Liv Johanne Syltevik (Red.), *Myter om velferd og velferdsstaten*. Oslo: Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Christensen, Karen, & Pilling, Doria. (2018). *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Colquhoun, Heather L., Levac, Danielle, O'Brien, Kelly K., Straus, Sharon, Tricco, Andrea C., Perrier, Laure, . . . Moher, David. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67 (12), 1291-1294. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.03.013

- Comondore, Vikram R., Devereaux, P. J., Zhou, Qi, Stone, Samuel B., Busse, Jason W., Ravindran, Nikila C., . . . Guyatt, Gordon H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 339, b2732. doi: 10.1136/bmj.b2732
- Condelius, A., Edberg, A., Hallberg, I. R., & Jakobsson, U. (2010). Utilization of medical healthcare among people receiving long-term care at home or in special accommodation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (2), 404-413. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00725.x
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6 (32), 1-244.
- Danielsen, Britt Viola, Sand, Anne Marit, Rosland, Jan Henrik, & Førland, Oddvar. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17 (1), 95. doi: 10.1186/s12904-018-0350-0
- Devik, Siri A., Olsen, Rose Mari, Fiskvik, Inger Lise, Halbostad, Terje, Lassen, Tone, Kuzina, Natalia, & Enmarker, Ingela. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36 (3), 291-299. doi: 10.1080/02813432.2018.1499581
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121 (11), 1145.
- Døhl, Øystein, Garåsen, Helge, Kalseth, Jorid, & Magnussen, Jon. (2014). Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system. *BMC Health Services Research*, 14 (1), 108. doi: 10.1186/1472-6963-14-108
- Døhl, Øystein, Garåsen, Helge, Kalseth, Jorid, & Magnussen, Jon. (2016). Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. *Health & Social Care in the Community*, 24 (3), 297-308. doi: 10.1111/hsc.12209
- Eide, Helene Dahl, Aukner, Carine, & Iversen, Per Ole. (2013). Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. *Vård i Norden*, 33 (1).
- Eriksen, H. M., Koch, A. M., Elstrøm, P., Nilsen, R. M., Harthug, S., & Aavitsland, P. (2007). Healthcare-associated infection among residents of long-term care facilities: a cohort and nested case-control study. *Journal of Hospital Infection*, 65 (4), 334-340. doi: 10.1016/j.jhin.2006.11.011
- Finansdepartementet. (2019). Meld. St. 13 (2018–2019) *Muligheter for alle — Fordeling og sosial bærekraft*. Oslo: Finansdepartementet. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/stm20182019001300odddpdfs.pdf>

- Forma, Leena, Jylhä, Marja, Aaltonen, Mari, Raitanen, Jani, & Rissanen, Pekka. (2011). Municipal variation in health and social service use in the last 2 years of life among old people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (4), 361-370.
- Forma, Leena, Rissanen, Pekka, Aaltonen, Mari, Raitanen, Jani, & Jylhä, Marja. (2011). Dementia as a determinant of social and health service use in the last two years of life 1996-2003. *BMC Geriatrics*, 11 (1), 14-14. doi: 10.1186/1471-2318-11-14
- Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
- Frega, Roberto. (2017). The normativity of democracy. *European Journal of Political Theory*, 18 (3), 1474885116684760.
- From, I., Nordström, G., Wilde-Larsson, B., & Johansson, I. (2013). Caregivers in older peoples' care: Perception of quality of care, working conditions, competence and personal health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (3), 704-714. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01083.x
- Førland, Oddvar, Fagertun, Anette, Hansen, Roar, & Kverndokk, Snorre. (2017). *Normtider til besvæ. Senter for omsorgsforskning Rapportserie 4-2017*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444232>
- Førland, Oddvar, & Folkestad, Bjarte. (2016). Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings-og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015. *Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 1/2016*. doi: <http://hdl.handle.net/11250/2425093>
- Gautun, Heidi, & Grødem, Anne Skevik. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24 (1), 73-80. doi: 10.1111/ijsw.12116
- Gautun, Heidi, Grødem, Anne Skevik, & Hermansen, Åsmund. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere* FAFO-rapport (online), Vol. 2012:62. Hentet fra http://www.faf.no/media/com_netsukii/20289.pdf
- Gautun, Heidi, & Syse, Astri. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. doi: 10.7577/njsr.2204
- Gjøra, Linda, Eek, Arnfinn, & Kirkevold, Øyvind. (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens: Aldring og helse*. Nasjonal kompetansetjeneste.
- Glette, M. K., Røise, O., Kringeland, T., Churrua, K., Braithwaite, J., & Wiig, S. (2018). Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions - A case study. *BMC Health Services Research*, 18 (1). doi: 10.1186/s12913-018-3769-3
- Godager, Geir, Iversen, Tor, & Hagen, Terje P. (2011). *Omfang og sammensetning av omsorgstjenester i tre nordiske land* Working paper (Helseøkonomisk forskningsprogram : online), Vol. 2011:2. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_2.pdf

- Graverholt, Birgitte, Riise, Trond, Jamtvedt, Gro, Husebo, Bettina S., & Nortvedt, Monica W. (2013). Acute hospital admissions from nursing homes: predictors of unwarranted variation? [Acute hospital admissions from nursing homes: predictors of unwarranted variation?]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41 (4), 359-365.
- Grimsmo, Anders. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (02), 102-106. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03 ER
- Gulla, Christine. (2018). *A fine balance : drug use in Norwegian nursing homes*. (Doctoral degree), University of Bergen, Bergen.
- Hagen, Terje P., Negera, Amayu Kebebew , Godager, Geir , Iversen, Tor , & Øien, Henning (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Helseøkonomisk forskningsprogram, Vol. 2011:5. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_5.pdf
- Halvorsen, K. H., Granås, A. G., Engeland, A., & Ruths, S. (2012). Prescribing quality for older people in Norwegian nursing homes and home nursing services using multidose dispensed drugs. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 21 (9), 929-936.
- Halvorsen, Kjell H., Ruths, Sabine, Granås, Anne Gerd, & Viktil, Kirsten K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28 (2), 82-88. doi: 10.3109/02813431003765455
- Hamran, Torunn, & Moe, Siri. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling: flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv* Senter for omsorgsforskning, rapportserie, Vol. nr. 3- 2012.
- Hanssen, Ingrid, & Kuven, Britt Moene. (2016). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (5-6), 866-874. doi: 10.1111/jocn.13163
- Harrington, Charlene, Olney, Brian, Carrillo, Helen, & Kang, Taewoon. (2012). Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Home Chains and Chains Owned by Private Equity Companies. *Health Services Research*, 47 (1pt1), 106-128. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01311.x
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ff-b02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Meld. St. 6 (2017 -2018)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b-5f2afbooc3a3/no/pdfs/stm20172018000600odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* Vol. NOU 2018:16. Norges offentlige utredninger. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/gd3cc31cdbd14f7b8a7b11a58c3f6ef8/nou-2018_-16-det-viktigste-forst.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Meld. St. 11 (2018–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e-341b4e1850e1/no/pdfs/stm20182019001100odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018c). *Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Regjeringen. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.: vedtatt 24.06.2011 LOV-2011-06-24-30* (s. 135 s.). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Lastet ned fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/ernaering/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-og-behandling-av-underernae-ring--242007>
- Helsedirektoratet. (2017a). *SAMDATA kommune, Rapport IS-2575*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017b). *Samlet rapport for Omsorgsplan 2015 - Oppsummering og vurdering av resultater for hele planperioden 2007–2015*
- Helsedirektoratet. (2017c). *Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Om nasjonale kvalitetsindikatorer*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019a). *Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder*. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20m%C3%A5neder>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder*. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt*. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>
- Helsedirektoratet. (2019d). *Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem*. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-norske-sykehjem#Hovedfunn>
- Helsedirektoratet. (2019e). *Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

- Helsedirektoratet. (2019f). Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (2019g). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2019h). Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019i). Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/opp%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (2019j). Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/opp%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrappert5_2011.pdf
- Helsetilsynet. (2014). *Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009-2012 Vol. 1/2014. Rapport fra Helsetilsynet (trykt utg.)* Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrappert1_2014.pdf
- Hillmer, M. P., Wodchis, W. P., Gill, S. S., Anderson, G. M., & Rochon, P. A. (2005). Nursing home profit status and quality of care: is there any evidence of an association? *Med Care Res Rev*, 62 (2), 139-166. doi: 10.1177/1077558704273769
- Hjelmar, Ulf, Bhatti, Yosef, Petersen, Ole Helby, Rostgaard, Tine, & Vrangbæk, Karsten. (2018). Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 216, 41-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.029
- Hjelmar, Ulf, Bhatti, Yosef, Rostgaard, Tine, & Petersen, Ole Helby. (2016). Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark. *Forskningsprojektet "Dokumentation af effekter ved konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver"*. Del-rapport, 6.
- Hole, Astri Drange. (2016). Provider category and quality of care in the Norwegian nursing home industry. *Nordic Journal of Health Economics*, 4 (2). doi: 10.5617/njhe.848
- Hovden, Ewa Szyszko, Krona, Eva Rydgren, & Disch, Per Gunnar. (2017). *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør*

- Huseby, M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport_a11522_eldreomsorgen_i_norge.pdf
- Husebø, Bettina Sandgathe, Erdal, Ane, Kjellstadli, Camilla, & Bøe, Janne B. (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering til eldreformen Leve hele livet*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf
- Håland, Erna, & Melby, Line. (2017). Individualisert standardisering? *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1 (5), 380-398. doi: 10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03 ER
- Isaksen, Jørn, Ågotnes, Gudmund, & Fagertun, Anette. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (02), 143-152. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10 ER
- Isaksen, Jørn, Ågotnes, Gudmund, Fagertun, Anette, Jacobsen, Frode Fadnes, & Obstfelder, Aud. (2018). *Følgeforskning på «Trygghetsstandarden». Sluttrapport*. Vol. nr. 4/2018. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2581225>
- Kajonius, Petri J., & Kazemi, Ali. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*, 24 (6), 699-707. doi: 10.1111/hsc.12230
- Karlsson, Staffan, Edberg, Anna-Karin, Jakobsson, Ulf, & Hallberg, Ingalill R. (2013). Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3-4), 318-330. doi: 10.1111/jocn.12115
- Kazemi, A., & Kajonius, P. (2017). Variations in user-oriented elderly care: a multilevel approach. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9 (2), 138-147. doi: 10.1108/IJQSS-06-2016-0045
- Kehusmaa, S., Autti-Ramo, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M., & Rissanen, P. (2012). Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research*, 12, 204.
- Kjelvik, Julie. (2011). Mindre del av utgiftene går til eldre. Samfunnsspeilet, 2011(2). <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/mindre-del-av-utgiftene-gaar-til-eldre>
- Kjelvik, Julie, & Mundal, Anne. (2013). Utgifter til Eldres helse og omsorg. I Jorun Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s. 39-48). Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>
- Koch, A. M., Eriksen, H. M., Elstrøm, P., Aavitsland, P., & Harthug, S. (2009). Severe consequences of healthcare-associated infections among residents of nursing homes: a cohort study. *Journal of Hospital Infection*, 71 (3), 269-274. doi: 10.1016/j.jhin.2008.10.032
- Kuven, Britt Moene, & Giske, Tove. (2016). Matomsorg i sykehjem i lys av kjøkkenreformen. *Geriatrisk sykepleie*, 8 (1), 8-15.

- Kuven, Britt Moene, & Giske, Tove. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien Forskning*, 25, 2018. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64510
- Kvalheim, S. F., Strand, G. V., Husebo, B. S., & Marthinussen, M. C. (2016). End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology*, 33 (4), 522-529. doi: 10.1111/ger.12198
- Landmark, Bjørg Th, Gran, Siv Venke, & Grov, Ellen Karine. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk sykepleie*, 28 (1), 4-14.
- Lindén, Tord Skogedal, Fladmoe, Audun, & Christensen, Dag Arne. (2017). Does the Type of Service Provider Affect User Satisfaction? Public, For-Profit and Nonprofit Kindergartens, Schools and Nursing Homes in Norway. I Karl Henrik Sivesind & Jo Saglie (Red.), *Promoting Active Citizenship: Markets and Choice in Scandinavian Welfare*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan. Hentet fra <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-55381-8>.
- Melby, Line, Ågotnes, Gudmund, Ambugo, Eliva Ateno, & Førland, Oddvar. (2019). *Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger* Vol. 3-2019. Senter for omsorgsforskning: Rapportserie. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003_19_web-Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Melheim, Bente Gunn, & Sandvoll, Anne Marie. (2017). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast. *Sykepleien Forskning*, 12 (e-64708). doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Meyer, Siri Elisabeth, Velken, Rannveig Jensen, & Jensen, Liv Helene. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61797
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus: NIFU.
- Oslo Economics. (2018). Potensial for samfunnsøkonomiske gevinster innenfor sykehjem. Hentet fra https://www.virke.no/globalassets/var-politikk/andre-dokumenter/ny17-14165-rapport-2017-20-potensial-for-samfunnsokonomiske-gevinster-innenfor-sykehjem-906701_1_1.pdf
- Otnes, Berit (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (1), 48-61. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/attachment/231177?ts=14df671b688>
- Otnes, Berit, & Haugstveit, Fátima Valdés. (2015). *Kommunal variasjon i omsorgstjenester* Rapporter (Statistisk sentralbyrå), Vol. 2015/44. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/Artikler-og-publikasjoner/attachment/243181?ts=1506fa1fef8>

- Pasient- og brukerombudet. (2019). Felles årsmelding for pasient- og brukerombudet. Hentet fra <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/pasient-%20og%20brukerombudet/Nasjonal%20%C3%A5rsmelding%20Pasient-%20og%20brukerombudet%202018.pdf>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). Tiltakspakker for sykehjem og hjemmetjenester. Lastet ned fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomr%C3%A5dene-i-kommunene/tiltakspakker-for-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- Pulkki, Jutta, Jylhä, Marja, Forma, Leena, Aaltonen, Mari, Raitanen, Jani, & Rissanen, Pekka. (2016). Long-term care use among old people in their last 2 years of life: variations across Finland. *Health & Social Care in the Community*, 24 (4), 439-449. doi: 10.1111/hsc.12224
- PWC, & KS Storbymnettverk. (2015). *Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur*. Hentet fra <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/politikk-og-administrasjon/samfunnsutvikling/rapporter/pwc-betydningen-av-organisering-ledelse-og-kultur-for-ressursbruk-i-pleie--og-omsorgssektoren.pdf>
- Ramm, Jorun. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester Vol. Statistiske analyser 2013-137*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Lastet ned fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Rognstad, May Karin, Brekke, Idunn, Holm, Eva, Linberg, Cecilie, & Lühr, Nina. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. 8(4). doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137
- Romøren, Tor Inge. (2012). *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? En kvantitativ analyse* Senter for omsorgsforskning, rapportserie, Vol. 2012 nr. 4.
- Rostgaard, Tine. (2017). Providing choice in a public long-term care system: The implication of free choice in Danish home care. I *Ashgate Research Companion To Care Work Around the World*: Ashgate.
- Sortland, Kjersti, Gjerlaug, Anne Karine, & Harviken, Gunn. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere — en pilotstudie. *Vård i Norden*, 33 (1), 41-45. doi: 10.1177/010740831303300109
- Statistisk sentralbyrå. (2019a). SSB Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/09933/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019b). SSB Statistikkbanken: 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K) 2015 - 2018. <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019c). SSB Statistikkbanken: Omsorgstenester. <https://www.ssb.no/statbank/list/pleie>
- Statistisk sentralbyrå. (2019d). SSB Statistikkbanken: Tabell 09929: Helse- og

- omsorgsinstitusjonar, etter eigarforhold (F) 2009 - 2017. <https://www.ssb.no/statbank/table/09929>
- Statistisk sentralbyrå. (2019e). SSB Statistikkbanken: 12362: Utgifter til tjenesteområdene, etter funksjon og art (K) 2015 - 2018: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>
- Stolt, Ragnar, Blomqvist, Paula, & Winblad, Ulrika. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72 (4), 560-567. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.012
- Stortinget. (2019). *Endringer i helse- og omsorgstjenestelova (dagaktivitetstilbud til heimebuande personar med demens)*. Oslo: Stortinget. Lastet ned fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=75750>
- Strand, Pål. (2012). Artikkell 1: Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva? . I Helsedirektoratet, Overordnede trekk og samhandling: pleie- og omsorgsstatistikk gir ny innsikt. Oslo: Helsedirektoratet.
- Syse, Astri, Øien, Henning, Solheim, Mari Bugge, & Jakobsson, Niklas. (2015). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse-og omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18 (3), 211-233.
- Sørbye, Liv Wergeland, Schanche, Per, Sverdrup, Sidsel, & Brunborg, Birgit. (2016). *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2419439/Heldognomsorg2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tannhelsetjenesteloven. (1984). Lov om tannhelsetjenesten LOV-1983-06-03-54: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Timmermans, Stefan, & Epstein, Steven. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36 (1), 69-89. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102629
- Tingvold, Laila, & Magnussen, Siv. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster?]. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4 (2), 153-164.
- Tretteteig, Signe, Vatne, Solfrid, & Rokstad, Anne Marie Mork. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20 (5), 450-462. doi: 10.1080/13607863.2015.1023765
- Tønnessen, Siri, & Nortvedt, Per. (2012). Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien forskning* (3), 280-285.
- Tønnessen, Siri, Nortvedt, Per, & Førde, Reidun. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18 (3), 386-396. doi: 10.1177/0969733011398099
- Vabø, Mia, Christensen, Karen, Jacobsen, Frode Fadnes, & Trætteberg, Håkon Dalby. (2013). Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance. I Gabrielle Meagher & Marta Szebehely (Red.), *Marketisation in Nordic eldercare*. Stockholm.

- Vetvik, Einar, & Disch, Per Gunnar. (2017). *Retorikk og Realiteter: planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015-2025*. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2448818/rapport_05_2017_trykk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vike, Halvard. (2018). *Politics and Bureaucracy in the Norwegian Welfare State: An Anthropological Approach*. Cham: Cham: Springer International Publishing.
- Vike, Halvard. (2019). Fra gjensidighet til styring. Det kommunale selvstyret og helse- og omsorgstjenestene. I Torgeir Bruun Wyller & Heidi Haukelien (Red.), *Ny helsepolitikk : det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forlag.
- Willumsen, Tiril, Fjaera, Brit, & Eide, Hilde. (2010). Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology*, 27 (4), 251-257. doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00344.x
- Willumsen, Tril, Karlsen, Line, Næss, Richard, & Bjørntvedt, Sissel. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29 (2), e748-e755. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x
- Winblad, Ulrika, Blomqvist, Paula, & Karlsson, Andreas. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, 17 (1), 487. doi: 10.1186/s12913-017-2403-0
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27977095>
- Zuluaga, Dairo J. Marín, Ferreira, Jenny, Montoya, José A. Gil, & Willumsen, Tiril. (2012). Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*, 29 (2), e420-e426. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x
- Österle, August, & Rothgang, Heinz. (2010). Long-term care. I Francis G. Castles (Red.), *The Oxford handbook of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Øydgard, Guro. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (01), 27-39. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04

VEDLEGG 1

RESULTATTABELL – LITTERATUR FRA DET SYSTEMATISKE SØKET I NASJONALE OG INTERNASJONALE FORSKNINGSDATABASER

Forkortelser:

- N = Norge
- S = Sverige
- D = Danmark
- F = Finland

Tjenesteområde	Kvalitets-område	Referanse	Type litteratur/data/metode	Studiens hensikt	Studiens resultat/funn	Land
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Aagaard, H. (2010b)	Tversnitt, spørreundersøkelse	Å beskrive hvordan lederen av sykehjemmet vurderer maten som blir servert beboerne, antall måltider og tidspunkt for måltidene, og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjem.	15 % av sykehjemmene hadde prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus. Variasjon mellom sykehjemmene med tanke på om 1) beboerne ble veid ved innskriving; for 43 % av sykehjemmene var ikke det prosedyre, og 2) veing som rutine: 30% av sykehjemmene gjorde ikke. 15 % av sykehjemmene hadde innført muligheter for å velge mellom ulike retter til det varme måltidet. Tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første om morgenen for lang i forhold til anbefalte retningslinjer for to av tre sykehjem.	N
Hjemmesykepleie	Oppfølging av ernæring	Aagaard, H. & V.A. Grønvald (2017)	Tversnitt, spørreundersøkelse	Å beskrive og sammenlikne hvilke rutiner faglige ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.	88 % av lederne og 80% av helsepersonell ønsket seg mer kunnskap om ernæringsarbeid. Flere ledere (67 %) enn helsepersonell (37 %) kjente til «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». For utvalget samlet, svarte 33 % at det er skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet svarte 'nei' på om det var vanlig å veie brukeren ved innskriving. I tillegg svarte 43 % av helsepersonellet og 61 % av lederen at det ikke var rutine å veie brukerne. Både ledere og helsepersonell vurderte kunnskap, tid og ressurser som de største hindringene for oppfølging av ernæring.	N

Sykehjem	Legemidler	Andressen, L., m.fl. (2011)	Innholdsanalyse av skriftlige direktiv	Å kartlegge innholder på de generelle skriftlige direktivene ved sykehjem i Bergen kommune, samt kvaliteten på disse.	N	Variasjon mellom sykehjemmene i omfang og kvalitet på de skriftlige direktivene innhold: <ul style="list-style-type: none"> • Indikasjon og tilhørende preparat • Styrke • Normal- og maksimaldosering • Om/når en skulle kontrakte lege • Datering og gyldighetsperiode. • Navn og underskrift til ansvarlig lege
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Aukner, C., m.fl. (2013)	F. Kartleggingsskjemaer og tester	Undersøke ernæringsstatus blant sykehjemsbeboere med demens i vanlig somatisk afdeling og spesialisert afdeling for demens	N	Ingen forskjell i risiko for underernæring, kroppsmasseindeks, overarmsomkrets eller tricepshudfold mellom beboere med demens i vanlig somatisk afdeling sammenliknet med spesialisert afdeling for demens
Sykehjem	Overlevelse	Bergmann, M., m.fl. (2016)	Registerdata	Sammenligne endringene i dødeligheten for kommuner som åpnet for privat tjenesteytere med de som ikke gjorde det.	S	Kommuner som benytter private tjenesteytere hadde økt overlevelse: mortalitetsraten redusert med 1.6%, samtidig som kostnader i forbindelse med eldreomsorg ble redusert.
Hjemmetjeneste og sykehjem	Re-innleggelse i sykehjem	Bjørnåm, A. (2013)	Registerdata	Undersøke forekomst av, og determinanter (faktorer som bestemmer et forløp) for, re-innleggelse i sykehjem for eldre pasienter	N	Pasienter som hadde høyere sannsynlighet for re-innleggelse var de som hadde kortere liggetid i sykehjem, menn, de med komplekse tilstander eller flere tilleggsdiagnoser, de som gjennomgikk færre diagnostiske prosedyrer når innlagt og de som ble utskrevet til sykehjem fremfor eget hjem.
Hjemmetjeneste og sykehjem	Bruk av tjenester	Condellus, A., m.fl. (2010)	Registerdata og kartleggingsinstrumenter for ADL	Undersøke bruk av medisinske helse tjenester blant eldre som mottar omsorgstjenester og som har vært innlagt i sykehjem i løpet av en 1-års periode	S	Medisinske helse tjenester synes mer tilgjengelig for hjemmeboende, de yngste eldre, de som var mindre avhengige i dagliglivets aktiviteter og som hadde tilgang til uformelle omsorgspersoner.
Hjemmesykepleie og sykehjem	Legemidler	Devik, S., m.fl. (2018)	Tversnitt, legemiddeltilgjennomgang	Å beskrive og sammenlikne legemiddelaterte problemer blant eldre personer på tvers av to omsorgstjenester: sykehjem og hjemmesykepleie	N	Det ble funnet betydelig flere legemiddelaterte problemer hos pasienter som mottar hjemmesykepleie sammenliknet med pasienter som bor på sykehjem. Kategoriene «behov for tilleggsmedisinering» forekom hyppigst på sykehjem, mens «uklar dokumentasjon» forekom hyppigst i hjemmesykepleien.
Sykehjem	Tilgang/tilgjengelighet	Døhl, Ø., m.fl. (2014)	Registerdata, registrering av tidsbruk	Undersøke om 1) det er systematiske forskjeller mellom sykehjem i nivået på	N	Det var store forskjeller mellom sykehjem i total mengden omsorg pasientene mottar (målt i tiden som

				omsorg gått til pasienter, 2) slik variasjon kan forklares av sykehjems-karakteristikk, 3) hvordan individuelle behovsrelaterte variabler er knyttet til forskjeller i nivået av omsorg gått.	brukes i direkte pasientkontakt), 24% av variasjonen i nivået av individuell omsorg mellom pasientene kunne forklares av variasjon mellom sykehjem. Jo større behov pasientene hadde for hjelp i mobilitet, jo mindre tid ble det brukt i direkte pasientkontakt. På individnivå var nedsett ADL-funksjon den sterkeste prediktoren for ressurssbruk i sykehjem.	N
Hjemmetjenester	Bruk av tjenester	Døhl, Ø., m.fl. (2016)	Registerdata, registrering av tidsbruk	Undersøke faktorer som er assosiert med bruk av hjemmetjenester i for to grupper mottakere: eldre og personer med psykisk utviklingshemming	Fysisk funksjonsnedsettelse og kognitiv svikt var sterke prediktorer for bruk av hjemmetjenester, både for eldre og psykisk utviklingshemmede. Komorbiditeter, det å bo alene eller i omsorgsbolig og ha trygghetsalarm hang sammen med økning i bruk hjemmetjenester. Reduksjon i bruk av tjenester for de som bodde sammen med noen var betydelig større for menn enn for kvinner.	N
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Eide, H.D., m.fl. (2013)	Kartleggingsskjemaer og tester	Undersøke varighet av nattefaste og betydning av å ha nattefaste under eller over 11 timer med tanke på ernæringsstatus blant eldre sykehjemsbeboere	98,5% av beboerne hadde nattefaste som var lenger enn 11 timer. Median nattefaste var 15 timer. Da tilnærmet alle deltakere hadde nattefaste lenger enn 11 timer, var det ikke mulig å vurdere betydningen av nattefaste under eller over 11 timer for ernæringsstatus.	N
Sykehjem	Helsefjernetassosierte infeksjon	Eriksen, H.M., m.fl. (2007)	Kohort og case-kontroll, registrering av forekomst av infeksjon	Vurdere forekomst av, og risikofaktorer for, helsefjernetassosierte infeksjoner i sykehjem	Insidensen for helsefjernetassosierte infeksjoner var 5,2 per 1000 beboer-dager, og varierte fra 3,7 til 6,2 mellom sykehjemmene. Sengeliggende beboere, beboere som var på sykehjemmet <28 dager, som hadde kronisk hjertesykdom, urininkontinens, inneliggende urin kateter eller sår hadde større risiko for helsefjernetassosierte infeksjoner.	N
Sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem	Bruk av tjenester	Forma, L., m.fl. (2011) ^a	Registerdata	Å beskrive og analysere kommunale forskjeller i bruk av helse- og sosialtjenester blant eldre i de siste to leveårene	Observert variasjon i bruk av omsorgstjenester var primært mellom individer og ikke mellom kommunene. Yngre eldre og menn hadde høyere sannsynlighet for å bruke sykehus tjenester, men de eldste eldre	F

Sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem	Bruk av tjenester	Forma, L., m.fl. (2011) ^b	Registerdata	A sammenlikne bruk av helse- og sosialtjenester blant personer med og uten demens i de siste to leveårene	og kvinner hadde høyere sannsynlighet for å bruke tjenester fra hjemmesykepleie og sykehjem i de siste 2 leveårene. Bruk av sykehjem og hjemmetjenester var høyest blant de eldste eldre, kvinner, og i kommuner der gjennomsnittsalderen på pårørende var lavere. Personer med demens brukte oftere sykehjemstjenester i deres siste to leveår sammenliknet med personer uten demens. Personer uten demens brukte sykehusetjenester og hjemmesykepleie oftere enn personer med demens.	F
Omsorgstjenester (institusjon og hjemmetjeneste)	Kvalitet på omsorg («Quality of care»), subjektiv vurdering, Arbeidsforhold og kompetanse	From, I., m.fl. (2013)	Tversnitt, spørreundersøkelse,	A beskrive og sammenlikne assistenters, helsefagarbeideres og sykepleieres oppfatning av kvalitet på omsorg, arbeidsforhold, kompetanse og egen helse i eldreomsorgen	Det var forskjeller i oppfatning av kvalitet på omsorgen mellom assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. «Kvalitet på omsorg» ble vurdert på to måter: 1) «oppfattet virkelighet» (slik er det for de eldre der jeg jobber) og 2) «subjektiv betydning» (så viktig mener jeg dette er for de eldre der jeg jobber). Assistenten og helsefagarbeideren vurderte kvaliteten på omsorgen høyere enn sykepleierne når kvaliteten ble vurdert utfra «oppfattet virkelighet». Når kvaliteten ble vurdert som «subjektiv betydning», var ingen forskjell mellom gruppene. Sykepleiere oppfattet seg mindre trygge på egen kompetanse og mindre forberedt for sitt arbeid enn assistenter og helsefagarbeider.	S
Sykehjem	Re-innleggelse i sykehus	Glette, M., m.fl. (2018)	Komparativ casestudie, individuelle og fokusgruppeintervju med sykepleiere og sykepleieledere	Hvordan sykepleiere og sykepleieledere opplever ressursituasjonen, bemanning og kompetansenivå i sykehjem, og om og hvordan de opplever at disse faktorene påvirker re-innleggelse i sykehus	Det var variasjon i opplevd sykepleiekompetanse og sykepleiebemanning innad i og mellom de to casekommunene. Leggedekkingen på korttidsavdelinger ble opplevd som høy, mens det på langtidsavdelinger ble opplevd som varierende. Sykepleierens kompetanse, leggedekning og tilfredsstillende kommunikasjon og dokumentasjon ble anerkjent som faktorer som	N

Sykehjem og hjemmetjenester	Re-innleggelse i sykehus	Gautun, H., m.fl. (2017)	Spørreskjema	Undersøke i hvilken grad sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenester føler seg utstyrt for å gi tilstrekkelig omsorg til pasienter utskrevet fra sykehus etter Samhandlingsreformen.	påvirker re-innleggelser i sykehus på tvers av kommunene.	N
Sykehjem	Akutte sykehusinnleggelser	Graverholt, B., m.fl. (2013)	Data fra pasientjournal	1) kvantifisere generell og diagnosespesifikk variasjon i raten av sykehusinnleggelser blant sykehjem i et definert område over en to-års periode og 2) estimere sammenhenger mellom raten av sykehusinnleggelse og karakteristika ved sykehjemmene	Årlig sykehusinnleggsrate varierte betydelig mellom sykehjemmene i kommunen. Mindre sykehjem og sykehjem med høy andel korridsenger hadde flere akutte innleggelser når det ble kontrollert for pasientens gjennomsnittsalder.	N
Omsorgstjenester	Tilgang/tilgjengelighet	Gautun, H., m.fl. (2015)	Casestudie med intervju	Hvordan tar ansatte i omsorgssektoren avgjørelser angående tjenestetildeling til yngre og eldre brukere?	Indikasjon på at 'behov' defineres ulikt for yngre og eldre. Når ressursene er få og prioriteringer må gjøres, var det tjenester til de eldre det så ut til å gå ut over.	N
Sykehjem og hjemmesykepleie	Legemidler	Halvorsen, K., m.fl. (2012)	Tverrsnitt, gjennomgang av medisinalister	A undersøke og sammenlikne kvalitet i legemiddelforskriving for eldre pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie	Det var en betydelig forskjell i kvalitet i legemiddelforskriving mellom sykehjem og hjemmesykepleien. I sykehjem ble det identifisert 31% potensielt upassende forskrivninger mot 25% i hjemmesykepleien. Legemiddellinteraksjoner ble identifisert hos 48% av pasientene i sykehjem og 57% hos pasientene i hjemmesykepleien.	N
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Hanssen, I., m.fl. (2016)	F. Intervju med sykepleiere og pårørende	Lære mer om betydningen av tradisjonell mat for personer med demens i institusjon	Tradisjonell mat ser ut til å skape en følelse av tilhørighet og glede. Det frembringe minner og fremme velvære, identitet og tilhørighet, språk og appetitt blant personer med demens på sykehjem.	N
Sykehjem	Kvalitet i omsorg («Quality of care»), indikatorer for struktur, prosess og resultat, inkludert oppfølging av ernæring	Hjelmar, U., m.fl. (2018)	Tverrsnitt, registerdata og survey	Undersøke sammenhengen mellom eterskap og kvalitet på omsorgen i offentlige og private sykehjem	Sammenlignet med for-profit-tilbydere, var kvaliteten høyere i offentlige sykehjem når det gjelder benaming: for eksempel, hadde offentlige sykehjem betydelig flere ansatt på kveldsvakter og færre timelønnede ansatte.	D

						For-profit-tilbydere leverte bedre på noen aspekter som større andel av sykehjem som tilberedte mat på sykehjemmet, flere beboere ble screenet for underernæring og fall, og lignende. Private (særlig for-profit) rapporterte færre av uønskede hendelser («adverse events») og ulykker enn offentlig, men det var ingen forskjell knyttet til beboernes generelle fysiske helse.	N
Sykehjem	Kvalitetsarbeids knyttet til brukermedvirkning, ernæring og måltider, aktivitet og omsorg ved livets slutt	Isaksen, J., m.fl. (2018)	Tversnitt, spørreskjema, individuelle intervju og fokusgruppintervjuer samt observasjoner	Undersøke hvordan sykehjem i Norge arbeider med «kvalitet» og om, og i så fall hvordan, dette påvirker praksiser på tvers av kommuner, sykehjem og avdelinger	Stor variasjon i praksis og rutiner knyttet til «kvalitetsarbeid» (rutiner, verktøy og praksisutøvelse) både på tvers av og innen sykehjemmene knyttet til avvik, brukermedvirkning, ernæring og måltider, aktivitet og lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.		
Sykehjem og hjemmebasert omsorg	Kvalitet på omsorg («Quality of care»), struktur- og prosessindikatorer	Kajonius, P., m.fl. (2016)	Tversnitt, registerdata og survey	Undersøke den relative betydningen av strukturelle og prosessfaktorer for elders oppfartelse av kvalitet målt som global opplevelse av tilfredshet med omsorgen de mottar	Data på kommunenivå viste at faktorer som 'respekt', 'tilgang på informasjon' (prosess-relaterte faktorer) hang sammen med elders oppfartelse av kvaliteten på omsorgen i både sykehjem og hjemmebasert omsorg. benaming (antall ansatte per pasient), var også av betydning for elders tilfredshet.	S	
Hjemmefjenester og sykehjem	Kvalitet på omsorg («Quality of care»), subjektiv vurdering	Karlsson, S., m.fl. (2013)	Tversnitt, intervju, spørreskjema	Utforske tilfredshet i sammenheng med boform, helserelatert livskvalitet, avhengighet i dagliglivets aktiviteter og helseplager blant personer 65 år og eldre som mottar offentlige omsorgstjenester	lav selvrapportert tilfredshet med omsorgen forekom oftere blant personer som har mer omfattende behov for hjelp i dagliglivets instrumentelle aktiviteter (som husarbeid, matlaging), behov for assistanse til å gå/eller er sengeliggende, som er blinde, som har inkontinens for avføring og som har angst. Hjemmeboende var mer tilfreds med omsorgen, kontinuiteten og personlige relasjoner enn sykehjemsbeboerne.	S	
Sykehjem og hjemmefjenester	Kvalitet på omsorg («Quality of care»), subjektiv vurdering	Kazemi, A., m.fl. (2017)	Tversnitt, spørreundersøkelse	Å analysere i hvilken grad variasjon i kvalitet på omsorg kan forklares av kommunetilørighet (hvilken kommune den eldre personen mottar omsorgstjenester fra)	Kommunetilørighet ga kun en liten forklaring på variasjonen i tilfredsheten med omsorgen – variasjonene var større innad enn mellom kommuner. Det var snarere brukerorientert omsorg (inkl. respekt, medvirkning/innflytelse, trygghet,	S	

Kommunale institusjoner og hjemmetjenester (inkl. praktisk bistand)	Bruk av omsorgstjenester	Kehusmaa, S., m.fl. (2012)	Tverrsnitt, registerdata og data fra spørreskjemaer?	Identifisere pasientkarakteristika og tjenestemønstre på kommunenivå som kan påvirke bruk av omsorgstjenester for eldre, skjøpelige pasienter	Variasjonen i bruk av omsorgstjenester var primært grunnnet pasientrelaterte variabler og i mindre grad, kommunevariabler. Større behov for hjelp i dagliglivet instrumentelle aktiviteter (som matlaging, husarbeid), lavere fysisk funksjonsevne, nedsett humør og det å ha demens øker bruken av kommunale institusjoner og hjemmetjenester (inkl. praktisk bistand).	F
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Kuvene, B. M., m.fl. (2016)	Fokusgruppeintervju med helsearbeidere	Belyse hvordan helsepersonell i sykehjem erfarer at matomsorgen i sykehjem påvirker av aktuelle kjøkkenmodeller	Eget institusjonskjøkken øker helsepersonells mulighet for tilrettelegging, individualisering og fleksibilitet i matomsorgen. Sykehjem uten eget institusjonskjøkken var i større grad var styrt av økonomi og fordelingsvis budsjetter.	N
Sykehjem og hjemmesykepleie	Oppfølging av ernæring	Landmark, B., m.fl. (2014)	Punktprevalensundersøkelse (tre ulike tidspunkter), kartleggings skjema	Å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter i sykehjem og eldre hjemmesykepleie	Eldre som mottar hjemmesykepleie hadde noe høyere gjennomsnittlig kroppsmassindeks enn beboere i sykehjem (24,5 kg/m ² versus 23,4kg/m ² . Forskjell var statistisk signifikant (p = 0,011).	N
Hjemmesykepleie	Oppfølging av ernæring	Melheim, B.G., m.fl. (2017)	Teoretisk/diskusjonsartikkel	Å få frem den gode løsningen som forenkler og systematiserer vurdering av ernæringsstatus	Noen av utfordringer som kan forklare manglende kartlegging av ernæringsstatus: <ul style="list-style-type: none"> Tid. Ved korte besøk kan ernæringskartlegging vurderes som unødig tidsbruk Valg av kartleggingsverktøy Behov for bedre standard for dokumentasjon av ernæringsdata i elektronisk pasientjournal. Forankring og satsning fra ledere Kompetanse blant sykepleierne Tydeligere ansvarsdeling blant de ulike profesjonen 	N
Hjemmesykepleie	Oppfølging av ernæring	Meyer, S.E., m.fl. (2017)	Gruppesamtaler med sykepleiere	Å utforske hvordan hjemmesykepleiere fortøler og ivaretar faglig forsvarlig	Ledebesforankring er viktig ved implementering av systematisk ernæringskartlegging. Sykepleierne ga	N

Langtidsomsorg (inkl. sykehjem, omsorgsbolig, hjemmetjenester, innleggelse i kommunale helsesentra)	Bruk av tjenester	Pulkki, J., m.fl. (2016)	Tversnitt, registerdata	Undersøke variasjon i bruk av ulike langtidsomsorgstjenester for eldre i løpet av deres to siste leveår, og effekten av kommunekarakteristika på variasjonen undersøkt	ermæringspraksis i henhold til kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	uttrykk for at det var praktiske utfordringer ved å vurdere brukernes mat- og drikkinntak i løpet av dagen, de opplevde tidspress og en spenning mellom brukerens selvbestemmelse og kravene til systematisk ernæringsvurdering.	F
Helsefjenester i hjemmet	Oppfølging av ernæring	Rognstad, M.K., m.fl. (2013)	Tversnitt, kartleggingsskjema	Å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo	Underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende med demens og kognitiv svikt der ca. 50% sto i fare for eller var underernært.	N	
Sykehjem	Oppfølging av ernæring	Sortland, K., m.fl. (2013)	Tversnitt, kartleggingsskjema	Å kartlegge a) vektendring, b) vektokumentasjon, c) KMI, d) måltidsfrekvens og e) lengde på nattfaste blant eldre (≥ 70 år) sykehjemsboende.	13% av beboerne over 70 år ble veid ved innkomst. En tredjedel var blitt fulgt opp med veing i henhold til aktuelle retningslinjer, og vekttrap (42 %) var mer vanlig enn vektøkning (34 %) For hele 98% av utvalget var nattfaste mer enn 11 timer.	N	
Omsorgsbolig og sykehjem	12 prosess- og strukturindikatorer (f.eks. bemanning, kompetanse, nattfaste, m.fl.)	Stolt, R., m.fl. (2011)	Tversnitt, registerdata	Sammenlikne kvaliteten på tjenestene mellom privat og offentlig eldreomsorg	Antall ansatte per beboer var betydelig lavere i private sykehjem/omsorgsboliger. Andelen av beboerne som deltok i formuleringen av egen pleieplan, andelen med rimelig varighet på nattfaste og andelen tilbudt variert mat var i fordel private tjenesteytere.	S	
Praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenester,	Tilgang/tilgjengelighet	Sysc, A., m.fl. (2015)	Spørreundersøkelse, oppdikket kasus av en representativ potensiell eldre bruker	Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre (kun tentative vurderinger og ikke reelle tildelinger som undersøkes)	Omfattende variasjon mellom, og innad i, kommuner i type og omfang av tildelte tjenester, men variasjonen kan i liten grad forklares ved kjennetegn ved respondenter og/eller kommuner. Foreslått tildeling av type tjenester, og innholdet i denne, varierte. Det var stor spredning i omfanget av tjenester som ble tildelt den fiktive brukeren.	N	

Sykehjem	Tilgang/tilgjengelighet	Tingvold, L., m.fl. (2018)	Intervju blant ledere i kommuner	Hvilke brukergrupper, satsninger og oppgaver har dagens sykehjem? Hvordan former den økte tilveksten av oppgaver og brukere organiseringen av tilbud i dagens sykehjem?	Materialet tyder på en pågående differensieringsprosess i sykehjem som omfatter utvikling av tilbud innen palliasjon, demensomsorg, psykiatri og rusomsorg. Analysene indikerer at kommunestørrelse er avgjørende for hvordan disse spesialiserte tjenestene utformes og organiseres.	N
Sykehjem	Kvalitet på omsorg («Quality of care»), 14 prosess- og strukturindikatorer (f.eks. bemanning, kompetanse, nattfaste, m.fl.)	Winblad, U., m.fl. (2017)	Tversnitt, spørreundersøkelse	Undersøke sammenhengen mellom eterskapstype og kvalitet på omsorg i sykehjem	Offentlige sykehjem skåret høyere på strukturindikatorer som flere ansatte per beboer, færre timelønnede ansatte og høyere andel enerom/m. kjøkken sammenliknet med private sykehjem. Private sykehjem skåret høyere på prosessindikatorer som legemiddelgjennomgang, screening for underernæring og fall sammenliknet med offentlige sykehjem.	S
Sykehjem	Tannhelse	Zuhaga, D., m.fl. (2012)	Tversnitt, intervju, journal, registreringer ved bruk av skjema	Undersøke sammenhengen mellom tannhelse og personens hjelpebehov og kognitiv status	Tannhelsen ble vurdert som 'uakseptabel' hos 51% av beboerne. Beboerne der helsepersonell pusset tennene deres, hadde dårligere tannhelse sammenliknet med beboere som pusset tennene selv. Beboere som ble kategorisert som 'ikke samarbeidsvillige' hadde dårligere tannhelse enn 'samarbeidsvillige' beboere.	N
Sykehjem	Tilgang/tilgjengelighet og innhold	Ågotnes, G. (2017)	Teoretisk/diskusjonsartikkel	Forholdet mellom likhet og universalitet og sykehjemets autonomi	Beslutninger som gjelder daglig drift av sykehjemsplassene gjøres lokalt i hver kommune. Det bidrar til variasjon både innad i og mellom sykehjemmene, både i tilbud, innhold og tilgang og dette står i motsetning til idealet om likhet og universalitet.	N

VEDLEGG 2

ET EKSEMPEL PÅ BRUKT SØKESTRATEGI FØLGENDE ER ET EKSEMPEL PÅ SØKSTRATEGI BRUKT, OVID (MEDLINE)

1. "scandinavian and nordic countries"/ or denmark/ or norway/ or sweden/
2. varia*.mp.
3. differen*.mp.
4. priorit*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]
5. unwanted variation.mp.
6. exp Malpractice/
7. overtreatment.mp.
8. adverse health care event.mp.
9. 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8
10. "quality of health care"/ or clinical competence/ or guideline adherence/ or "outcome and process assessment (health care)"/ or quality indicators, health care/ or "health care quality, access, and evaluation"/
11. exp Patient Safety/
12. quality assessment.mp.
13. quality.mp.
14. access*.mp.
15. evaluat*.mp.
16. 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17. home care services/ or home health nursing/ or home nursing/
18. exp Nursing Homes/
19. exp Long-Term Care/
20. municipal healthcare services.mp.
21. exp Community Health Nursing/
22. care services.mp.
23. community care.mp.
24. home health care.mp.
25. home nursing care.mp.
26. home based nursing.mp.
27. 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26
28. 1 and 9 and 16 and 27
29. limit 28 to yr="2005 -Current"



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no