

# Økt spesialisering og differensiering i sykehjem

## Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster?

## Increased specialisation and differentiation in nursing homes: How do different municipalities deal with this?

**SAMMENDRAG** Omsorgstjenestene er stadig i utvikling. Fra å være en tjeneste tuftet på eldreomsorg, har den de siste tiårene vokst og betjener nå en rekke flere funksjoner og brukergrupper. Mens denne utviklingen er kjent for hjemmetjenestene, er den mindre beskrevet for sykehjemmene. Hvilket innhold og tilbud har dagens sykehjem, og hvordan løser kommuner med ulike forutsetninger de nye oppgavene? Vi gjennomførte en intervjuundersøkelse blant ledere i 76 kommuner om omsorgstjenestens innhold og brukergrupper. Resultatene indikerer at sykehjemmene nå omfatter spesialtilbud til nye grupper: mennesker med behov for palliativ omsorg og mennesker med ulike demenstilstander, psykiske lidelser, rusavhengighet, eller som har andre kroniske eller akutte helseproblemer. Dette gjelder særlig i de store kommunene. Tjenestene i de mindre kommunene kan nok inneholde spesialiserte tilbud når det trengs, men da som regel innenfor rammen av en generalisttilnærming. Fordi de fleste kommuner er små og verken har kompetanse eller ressurser alene til å håndtere spekteret og kompleksiteten i de utvidende omsorgsoppgavene, oppfordres de av myndighetene til samarbeid. De nye oppgavene som sykehjemmene får, gir konsekvenser for nye fordelinger av et begrenset antall plasser mellom ulike brukergrupper med ulike behov.

### Nøkkelord

Kommunale omsorgstjenester, sykehjem, organisering av omsorgstjenester, Omsorgsplan 2015, fordeling

**SUMMARY** The care services are continually evolving. From being a service founded on the needs of the elderly, it has developed in recent decades and now serves a number of additional functions and service users. While this development is well known in respect of the home care services, less research is carried out in nursing homes. What content and type of services do nursing homes currently offer and how do municipalities with different preconditions resolve the new tasks? We conducted interviews among managers in 76 municipalities about the care services' content and service user groups. The results indicate that nursing homes are gradually accommodating new groups: People receiving palliative care, and those with different types of dementia, mental disorders, addiction problems, or other chronic or acute health problems. This particularly applies to large municipalities. Smaller municipalities may offer specialized services when needed, but most often within the framework of a generalist approach. Because most municipalities are small and do not have the expertise or resources alone to handle the range and complexity of the expanding caregiving tasks, they are encouraged by the government to collaborate with others. The new tasks delegated to the nursing homes may result in a redistribution of beds among different user groups competing for the same resources.

### Keywords

Municipal care services, nursing homes, organising care services, Care Plan 2015, distribution

Laila Tingvold

Førsteamanuensis  
Senter for omsorgs-  
forskning øst,  
NTNU Gjøvik. Pb.191,  
2802 Gjøvik.

✉ laila.tingvold@ntnu.no

Siv Magnussen

Førsteamanuensis  
Senter for omsorgs-  
forskning øst,  
NTNU Gjøvik. Pb.191,  
2802 Gjøvik.

✉ siv.magnussen@ntnu.no

*Hva vet vi om dette emnet?*

- *Kommuner, uavhengig av størrelse og beliggenhet får overført flere oppgaver.*
- *Sykehjemmene får nye oppgaver, det medfører større kompetansebehov.*

*Hva nytt tilfører studien?*

- *Kunnskap om hvordan kommunale ledere erfarer senere års kommunale reformer i sykehjem.*
- *Dagens sykehjem innretter tilbud innen palliasjon, demensomsorg, rus og psykiatri på ulike måter. Studien indikerer at større kommuner spesialiserer innretninger, mens mindre kommuner jobber mer ad hoc og innretter tilbud etter behov.*
- *Oppgaveforskyvning fra stat til kommune påvirker organiseringen av tilbudene i sykehjem. Kommunal kontekst og størrelse har betydning for denne organiseringen.*

**Innledning**

Det er kjent at pleie- og omsorgssektoren i kommunene har hatt en stor tilvekst av både oppgaver og brukere over de siste tiårene (Brevik, 2010; Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. K. R., 2015; Gautun & Hermansen, 2011; Romøren, 2007). Den moderne kommunale helse- og sosialtjenesten vokste frem på 1970-tallet, og har senere blitt tilført nye og store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. I denne utviklingen står kommunehelsetjenesteloven, tilbakeføringen av sykehjemmene til kommunal forvaltning, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, Opptrappingsplan for psykisk helse, Helseforetaksreformen og reformer innen rusomsorgen sentralt. Samhandlingsreformen som trådte i kraft fra 2012, kommer inn som en ytterligere faktor for økt oppgaveforskyvning fra stat til kommune. Med Samhandlingsreformen skal kommunene sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste omsorgsnivå (BEON-prinsippet) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tidligere utskrivning fra sykehus gjør at innbyggere tilbakeføres raskere til kommunene de bor i, og de mottar helse- og omsorgstjenester der. Til sammen har disse faktorene bidratt til å legge grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre for-

hold. Fra hjemmetjenesten er det tidligere beskrevet hvordan nye oppgaver og grupper av brukere, hovedsakelig yngre, har gjort inntog i tjenestene. Siden 1992 er det dokumentert at hele nettoveksten i de hjemmebaserte tjenestene har gått til brukergrupper under 67 år. Antallet yngre brukere ble nesten tredoblet fra 20 000 i 1989 til 55 000 i 2006 (Brevik, 2010), og veksten av yngre brukere har fortsatt i årene etter (Otnes, 2015). I denne utviklingen finnes det imidlertid mindre kunnskap om konsekvensene for sykehjemmene. Denne artikkelens bidrag er derfor å sette søkelys på hvordan senere års kommunale reformer gir seg utslag i sykehjem. Følgende problemstillinger skal belyses: Hvilke brukergrupper, satsninger og oppgaver har dagens sykehjem? Hvordan former den økte tilveksten av oppgaver og brukere organiseringen av tilbud i dagens sykehjem? Før vi nærmer oss disse spørsmålene, vil vi skissere denne artikkelens analytiske rammeverk.

**Analytisk rammeverk**

I litteraturen som omhandler forholdet mellom stat og kommuner, beskrives det ofte at en kommune har tre kjennetegn. Den er geografisk avgrenset, den er forpliktet til å gjennomføre nasjonalt bestemte målsettinger og oppgaver, og den har med utgangspunkt i kommunalt selvstyre stor frihet til å bestemme utforming og organisering av de kommunale tjenestene.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i stadig utvikling (Borgan, 2012). Fra opprinnelig å være en tjeneste tuftet på generell eldreomsorg, har tjenestene de siste tiårene vokst og betjener nå langt flere funksjoner og nye brukergrupper. Som beskrevet innledningsvis, har kommunene siden 1980-tallet tatt over ansvaret for stadig flere tjenester, og det er blitt behov for flere spesialiserte funksjoner (Tingvold & Romøren, 2015). Sykehjemmets oppgaver har vært behandlet og diskutert i en rekke utredninger og politiske dokumenter, blant annet i forbindelse med tilbakeføringene av sykehjemmene til kommunene i 1988 (Helse og omsorgsdepartementet, 2003) og senere gjennom utredningen *Trygghet – Verdighet – Omsorg* (NOU 1992:1), *Velferdsmeldingen* (Sosial- og helsedepartementet, 1995), *Handlingsplan for eldreomsorgen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997), *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), *Omsorgsplan 2015* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) og i *Omsorg 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Som et analytisk grep for å forstå endringene i sykehjem har vi valgt å dele utviklingen i tre viktige hovedfaser; a) fokus på forpleining, b) fokus på forpleining samt vedlikehold og forbedring av den elders helse, og c) fokus på spesialisert og differensiert omsorg, behandling og rehabilitering. «Pleiehjem» representerer den første fasen. Som termen «pleiehjem» viser, beskjeftiget disse institusjonene seg med pleie og stell for eldre mennesker. I 1955 skjedde det et skifte i synet på sykehjemets funksjon. Da ble termen «pleiehjem» byttet ut med «sykehjem», og i vår typologiske fremstilling representerer dette skiftet den andre fasen. Fra å vektlegge rene pleiefunksjoner signaliserte man at institusjonene skulle tilby aktivitetstiltak som «øvelsesbehandling og arbeidsterapi» (Nygaard, 2002). Sykehjem skulle nå gå utover funksjonen som et forpleiningstilbud, og man skulle legge forhold til rette for å opprettholde og eventuelt bedre beboernes funksjonsevne. Fra sentralt hold ble oppgavene for sykehjem konkretisert. Det ble fastslått at fremtidig sykehjemsutbygging skulle dekke fire oppgaver: pleiefunksjon, attføring, sosialfunksjon og forebyggende virksomhet (Sosialdepartementet, 1973, s. 63).

Siste del av 1990-tallet og frem til i dag representerer fasen vi har valgt å kalle «økt fokus på spesialisert og differensiert omsorg/behandling og rehabilitering». På slutten av 1990-tallet påpekte Sosial- og helsedepartementet at rehabilitering i sykehjem var et arbeidsfelt med lav prestisje og at organiseringen var dårligere enn ønsket (Sosial- og Helsedepartementet, 1998, kap. 2). Det ble også hevdet at det fantes store variasjoner mellom kommunene. I 1999 utgav Helse- og omsorgsdepartementet veilederen «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste». I denne ble det påpekt nok en gang at sykehjemmene må styrke sin rolle som aktivt behandlingssted og gi tilbud om korttidspleie. I vurderingen av hvilke funksjoner sykehjemmene bør fylle for å møte behovene fremover, ble en medisinsk modell foretrukket med styrking av lege- og sykepleiertjenestene der sykehjemmene skulle tjene til korttidsopphold (Nygaard, 2002). Med andre ord ble forholdene lagt til rette for kommunale spesialiserte helseinstitusjoner (Kvaase, 1999; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Verdt å merke seg er allikevel at den overveiende andelen av plasser i sykehjem fremdeles er rettet mot langtidsopphold. Dette innebærer at sykehjemmet fortsatt har en dobbel rolle; både som «hjem» og

som behandlings- og omsorgsinstitusjon (Hauge, 2004; Hauge & Jacobsen, 2008).

I Norge har vi 422 kommuner (per 1.2.2018) med ulik geografisk størrelse og med stor variasjon i folketall. Over halvparten av kommunene har under 5000 innbyggere. Det er store variasjoner i avstand til kommunesentra samt ulik infrastruktur for reise og kommunikasjon. Noen kommuner opplever vekst og pressproblemer, mens andre har nedgang i folketall, noe som igjen betyr forskjeller når det gjelder kompetanse, inntekter og etterspørsel av tjenester (Rønning & Lesjø, 2015). Til tross for dette skal alle kommuner imøtekomme de samme kravene når det gjelder tjenester til innbyggerne, planleggings- og utviklingsoppgaver i lokalsamfunnet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Det er lite kunnskap om hvordan nye statlige krav gjør seg utslag i ulike kommunale kontekster. Selv om det på landsbasis forventes en vekst i folketallet, hevdes det samtidig at poliseringen mellom vekst og stagnasjonskommuner vil øke og sentraliseringen fortsette (Rønning & Lesjø, 2015). For å opprettholde målsettingen om at alle kommuner skal ha noenlunde likt tjenestetilbud til sine innbyggere, har dette ført til ny debatt om fremtidig kommunestruktur og eventuelt nødvendigheten av kommunesammenslåinger (Brandtzæg, 2014). Etter regjeringens fornyede politiske press om kommunesammenslåinger, har diskusjoner om fordeler og ulemper omkring oppgaveløsning fått økt fokus. Et sentralt spørsmål er om mange av de nye og spesialiserte oppgavene egner seg best for drift i større kommuner enn i de små. Dette henpeiler i stor grad på administrative stordriftsfordeler og kompetansebehov.

På bakgrunn av utviklingen i de kommunale tjenestene er målet for denne artikkelen å belyse hvordan økte krav til spesialisering og differensiering gjør seg utslag i sykehjem i ulike kommunale kontekster. Nedenfor følger en beskrivelse av metode og fremgangsmåte for undersøkelsen. Deretter presenterer vi resultater etterfulgt av en diskusjon der vi trekker på det analytiske rammeverket beskrevet over.

### Metode

Artikkelen bygger på en intervjuundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med evaluering av Stortingsmelding 25, *Mestring, muligheter og mening*, også kalt *Omsorgsplan 2015* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Senter for om-

sorgsforskning (SOF) hadde til oppgave å studere utviklingen i tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet under planperioden tilhørende *Omsorgsplan 2015*.

### **Utvvalg**

Det ble i årsskiftet 2013–2014 gjennomført personlige intervjuer med ledelsen i omsorgssektoren i 76 kommuner (N=76). Av disse inngår 48 kommuner i et fast panel av «omsorgsforskningkommuner» etablert av sentrene for omsorgsforskning i 2009. Panelet er stratifisert etter størrelse og geografisk plassering. For å øke kommuneutvalget ytterligere til denne studien ble i tillegg alle kommuner med funksjon som utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT) forespurt om deltagelse, til sammen 39 kommuner. Til sammen 28 av disse kommunene sa seg villige til å delta.

### **Intervjuene**

Det ble utarbeidet en strukturert intervjuguide med følgende hovedtemaer: omsorgstjenestens innhold, fordeling av tjenester mellom brukere og kvalitet på tjenestene i sykehjem og hjemmetjeneste. Intervjuguiden inneholdt en kombinasjon av kvantitative spørsmål med svarkategorier og åpne spørsmål der respondentene kunne gi beskrivelser av kommunens innretninger i pleie- og omsorgstjenesten. Ved å kombinere disse to tilnærmingene ønsket vi å få både tall og konkrete angivelser på antall og typer plasser i omsorgstjenesten i tidsrommet 2006–2013. I tillegg ønsket vi å få svar på hvem som får ulike typer tjenester, og samle gode beskrivelser av hva som ligger bak tallene. Vi spurte også om faglige innretninger og hvordan plasser og tilbud i både sykehjem og hjemmetjeneste er organisert.

### **Informanter**

Siden kommunene er ulikt organisert og med ulike stillingstitler til å betjene funksjoner, samarbeidet vi med kommunene for å velge ut informanter. Det viktigste inklusjonskriteriet var å ha grundig oversikt over organiseringen og innretningen av både sykehjemmene og hjemmetjenestene. For å kunne svare for tilbudene innenfor både sykehjem og hjemmetjeneste, var det behov for at flere personer ble intervjuet. I de mellomstore kommunene ble for eksempel pleie- og omsorgssjefen valgt ut til intervjuet, sammen med leder for institusjonstjenesten og leder for hjemmetjenesten. I noen mindre kommuner traff vi

kommunalsjefer som møtte sammen med institusjonsleder. I de minste kommunene gjennomførte vi intervju med leder for pleie- og omsorgstjenesten som alene hadde god oversikt over tjenestetilbudet i sin kommune. I mellomstore og store kommuner møtte gjerne også en rådgiver, eller en person i stab, en representant fra koordinerende enhet eller fra et tildelingskontor. I mange kommuner ble det i tillegg hentet inn supplerende informasjon i etterkant av intervjuet for å kvalitets sikre informasjon og for å få en dypere forståelse av tjenestens organisering og innhold.

### **Analyse**

De beskrivende data ble notert ned av forskerne for hånd, og deretter systematisert i en tekstfil. Datamaterialet ble lest flere ganger for å skaffe oversikt. I tråd med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) så vi etter mønstre og variasjoner knyttet opp mot hovedtema i intervjuguiden (innhold i tjenestene, organisering i ulike kommunale kontekster samt fordeling mellom ulike brukergrupper). Dataene ble organisert ytterligere i grupper og tekstutdrag ble valgt ut for å illustrere variasjon mellom spennet i tjenestetilbud mellom ulike kommuner. Utdragene er anonymisert slik at det ikke er mulig å tilbakeføre sitatet til den kommunen det er hentet fra. Imidlertid har vi valgt å la det fremkomme hvilken størrelse det er på kommunen, og kategorisert dette i fire kommune størrelser: kommunegruppe 1 = kommuner med mindre enn 7000 innbyggere, gruppe 2 = 7001–19 999 innbyggere, gruppe 3 = 20 000–59 999 innbyggere og gruppe 4 = kommuner med flere enn 60 000 innbyggere.

Vi har benyttet beskrivende statistikk for å vise omsorgstjenestens innhold og fordeling, og Pearsons khikvadrattest er beregnet for å undersøke forskjeller mellom kommunegruppene.

### **Etikk**

Denne studien («Evaluering av omsorgsplan 2015 – delprosjekt C, Tjenestene innhold, fordeling og kvalitet», prosjektnummer 37637) ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble tilrådd for gjennomføring.

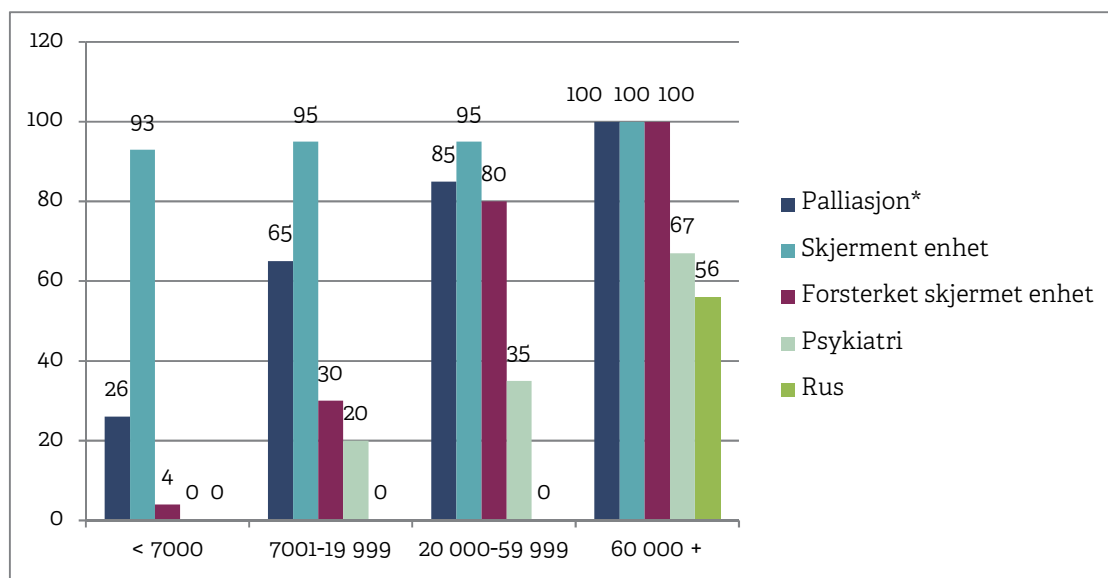
### **Resultater**

#### ***Utviklingen i sykehjem de senere år***

I vårt materiale fant vi en pågående differensieringsprosess i sykehjem som omfattet utvikling av tilbud innen palliasjon, demensomsorg (skjermet

og forsterket skjermet enhet), psykiatri og rusomsorg. Våre analyser indikerer at kommunestørrelse er avgjørende for hvordan disse spesi-

serte tjenestene utformes og organiseres. Figuren nedenfor illustrerer fordelingen av ulike innretninger i sykehjem etter kommunestørrelse.



Figur 1 Andeler av kommunene med ulike tilbud i sykehjem etter kommunestørrelse.

I fortsettelsen av dette avsnittet vil vi utdype hver av de undersøkte områdene nærmere.

### Palliasjon

En stor andel av kommunene, 46 av 76 kommuner (61 %) hadde tilrettelagt øremerkede plasser i sykehjem for personer med behov for palliasjon. Opprettelsen av slike plasser har særlig pågått etter år 2000.

Som Figur 1 viser hadde alle kommuner over 60 000 innbyggere øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem, mens kun 26 % av de minste kommunene hadde dette.

Informanter i kommuner som øremerker plasser til palliasjon i sykehjem, beskrev at tilbudet var tilrettelagt for personer i alle aldre som trengte lindring for inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer stod sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer. Imidlertid var det store variasjoner i hvilket innhold og utforming tilbudet hadde i kommunene. I de største kommune der det er flest plasser, ble det opprettet egne lindrende enheter. Disse kommunene hadde faste ansatte med ekstra kompetanse på palliasjon som arbeidet tverrfaglig (oftest lege, sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og prest). Noen av disse hadde opprettet fast samarbeid med pal-

liative team ved sykehus. I noen kommuner ble det opprettet lindrende enheter gjennom interkommunalt samarbeid.

I små og mellomstore kommuner ble det opprettet egne rom til palliative pasienter. Disse var gjerne lokalisert i en egen fløy eller seksjon på eksisterende sykehjem. Rommene var tilrettelagt på forskjellige måter, med vekt på at det skulle være hyggelige og ligne rom i vanlige norske hjem:

«Tilbudet vårt i egen enhet har gode fasiliteter med gode, store rom for brukerne og gode fellesområder med stue og lekeområde for barn. Det er eget kjøkken der pårørende kan ordne mat selv. Enheten har en høyere pleiefaktor enn sykehjem for øvrig og større krav til kompetanse der de fleste har spesialutdanning» (Kommunegruppe 3).

De fleste kommunene hadde fast ansatt personale, og de hadde spisset kompetansen hos enkelte ansatte som betjente rommene i tillegg til andre rom på sykehjemmet.

Andre kommuner, vanligvis de minste, hadde ikke egne rom, men øremerkede senger til palliasjon i annen sykehjemsavdeling, vanligvis i korttidsavdeling. I disse kommunene ble tilbudet tilrettelagt for smertelindring og skjerming. Det var ulikt hvordan plassene var bemannet og betjent,

og dette avhang av tilgang på kompetanse og økonomiske ressurser. Bemanningen var ofte forsterket på korttidsavdelingen, og flere påpekte at de kunne sette inn ekstra bemanning ved behov. Noen små og mellomstore kommuner hadde også tatt hensyn til at de kunne få brukere med forskjellig alder og ulike familiesituasjon:

*«Vi har korttidssenger, nærmere bestemt syv plasser. Vi har som målsetting at vi skal være gode på dette med palliasjon... Alle skal være gode på dette! Vi har eget rom for yngre og mange ansatte med god kompetanse. Bemanningen er forsterket på korttidsavdelingen. Utover dette blir det satt inn ekstra bemanning ved behov» (Kommunegruppe 2).*

De 30 kommunene som ikke hadde øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem, svarte at de gav et tilbud om dette ved behov. Tilbudet ble tilrettelagt individuelt og ut i fra hvilken plass som var egnet. I noen kommuner ble det beskrevet at det var tilfeldig hvilken plass som ble benyttet. Korttidsavdelingen ble nevnt som et mye brukt alternativ, men også ordinær plass i sykehjemmet der det ble innrettet et tilbud tilpasset behov.

#### **Tilbud til personer demenslidelse, utagerende atferd og til personer med rus eller psykiatri-problemer**

Et annet fagområde som fikk fornyet oppmerksomhet under *Omsorgsplan 2015*, og som fortsatt har det i *Omsorg 2020*, er satsningen på demensomsorg. I vår undersøkelse hadde 72 av 76 kommuner (95 %) opprettet plasser øremerket for personer med demens i skjermet enhet. Selv om det allerede i 1982 ble anbefalt opprettelse av skjermede enheter for mennesker med demens (Selnes, 2003), fant vi at kun 65 % av kommunene i utvalget hadde opprettet eller økt antall slike plasser i tidsrommet 2006–2013. Mange av informantene påpekte i intervju at det ikke forelå klare kriterier for hva som utgjorde en «skjermet enhet». Det ble beskrevet mange ulike bygningsmessige utforminger, typer og grad av skjerming, samt ulike bemanningsløsninger og kompetanse til å betjene de skjermede enhetene. I de største kommunene ble skjermet enhet vanligvis tilrettelagt ved egne sykehjem som var spesialisert med tanke på demenssykdommer. Andre kommuner av ulike størrelser la til rette for skjermet enhet i ordinære sykehjem. I mellomstore kommuner var skjermet

enhet oftest tilrettelagt i egne etasjer, fløyer eller avdelinger som kunne deles opp ytterligere i mindre enheter:

*«Skjermet enhet hos oss er en egen avdeling. Den er bygd for seg selv, men har sammenheng med bygningsmassen for øvrig på sykehjemmet. Avdelingen har egen sansehage og er spesielt tilrettelagt til brukergruppen. Den har ulike alternativer til skjerming. Vi kan dele inn avdelingen i tre seksjoner, slik at det er lett å lukke dører i spesielle tilfeller» (Kommunegruppe 3).*

I noen større kommuner, eller i kommuner som hadde satset spesielt på utvikling av nye skjermede enheter, ble tilbudet differensiert ut i fra beboerens funksjonsnivå:

*«Vår skjermede enhet er lokalisert på sykehjem med egen inngang fra korridor. Dette er nybygg fra 2004 eller 2006, og godt tilrettelagt for demente. De tre avdelingene er inndelt etter pasientens funksjonsnivå. Pasientene blir testet og kartlagt. Har man en langtkommen demens, blir man plassert på avdeling sammen med andre med tilsvarende funksjonsnivå. Når det observeres en endring i pasientens demens, flyttes pasienten til avdelingen med mest lik demensgrad. Erfaringene tilsier at det fungerer bedre» (Kommunegruppe 2).*

I noen av de mindre kommunene hadde de ikke egen skjermet enhet, men tilbudet bestod vanligvis av øremerkede senger i egen fløy eller i ordinær sykehjemsavdeling. Informantene la vekt på at de hadde muligheter for å skjerme ved behov, og i noen kommuner ble det opplyst at bemanningen kunne styrkes dersom dette ble påkrevet.

#### **Forsterket skjermet enhet**

I alt oppgav 32 av 76 kommuner (42 %) at de hadde øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet, mens 44 kommuner (58 %) svarte at de ikke hadde dette. Alle kommunene i gruppen med høyest innbyggertall oppgav at de hadde plasser i forsterket skjermet enhet.

I kommunegruppen med nest høyest innbyggertall (20 000–59 999 innbyggere) oppgav 80 % at de hadde slike. For de nest minste og minste kommunene lå dette på henholdsvis 30 % og 7 %. Sann-

synligheten for at kommunen hadde plasser i forsterket skjermet enhet økte altså med kommune-størrelsen målt i befolkningstall ( $P < 0.001$ ).

De forsterkede skjermede enhetene som ble beskrevet i kommunene i vårt utvalg, ble tilrettelagt på forskjellige måter. Det var alt fra egen avdeling i større kommuner med faste ansatte som har spesialkompetanse, til ulike løsninger der noen rom kunne gjøres om ved behov. Plassene i forsterket skjermet enhet ble brukt av personer med utagerende adferd. Dette innbefattet personer med demenslidelser, men også utagerende personer med rus eller psykiatriproblematikk som ikke hadde annet tilbud:

*«Forsterket skjermet enhet er organisert som en ordinær sykehjemsenhet med åtte boenheter. Det er høyere bemanning med hensyn til atferdsproblematikk hos denne gruppen. Pasientene her har svært ofte kognitiv svikt og i tillegg psykiatrisk tilleggs diagnose. Det er en høyere andel yngre her. I vår kommune er tre av fem pasienter på forsterket skjermet enhet under 50 år! De har kommet til vår enhet etter å ha blitt utskrevet fra psykiatriske sykehus. Vi spør oss ofte hvordan vi kan løse dette tilbudet i fremtiden. Her trengs det noe mer enn vi har i dag» (Kommunegruppe 4).*

I flere kommuner var forsterket skjermet enhet lokalisert sammen med skjermet enhet. Noen kommuner skilte ikke sterkt mellom «skjermet» og «forsterket skjermet» enhet:

*«I vår kommune er forsterket skjermet enhet plassert sammen med skjermet enhet på ett av sykehjemmene. Vi har her mulighet for ytterligere skjerming enn hva som er alminnelig for skjermet enhet. Kommunen skiller ikke så skarpt på skjermet og forsterket skjermet akkurat ... Vi har alltid et ledig rom til forsterket skjerming, og vi benytter dette når vi har behov for det. Det er høyere bemanning her på dette rommet når det er i bruk» (Kommunegruppe 3).*

Mange gav uttrykk for at de har høyere bemanning og behov for spesialkompetanse inn i forsterket skjermet enhet. Noen sykehjem hadde gode samarbeidsprosedyrer med spesialisthelsetjenesten. Mange opplevde at forsterket skjermet enhet var et svært krevende tilbud, både for ansatte

og ledelsen, og viste til at personer med behov for forsterket skjerming kunne ha høy grad av utagering.

De mindre kommunene hadde ulike fremgangsmåter dersom de hadde behov for å tilrettelegge tilbud til personer med behov for forsterket skjerming. Noen kjøpte plass i større nærliggende kommuner, andre frigjorde et ordinært rom og bemanet opp dette, mens andre tilpasset et tilbud i skjermet enhet. De minste kommunene henviste til at de ikke hadde økonomiske muligheter eller tilstrekkelig etterspørsel til å opprette egne innretninger:

*«Vi gir et tilbud i forsterket skjermet enhet ved behov. Kommunen vår har under 1000 innbyggere, og det er ikke mulig å lage faste innretninger for alle brukergrupper!» (Kommunegruppe 1).*

Kommuner hadde også ulike rutiner for samarbeid med andre aktører som spesialisthelsetjenesten, og benyttet muligheten til å få veiledning i forskjellig grad.

#### Psykiske lidelser

I vårt kommuneutvalg på 76 kommuner var det 17 kommuner (22 %) som svarte at de hadde øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem. I 50 kommuner ble det svart at det ble gitt et tilbud til personer med psykiatriske vansker i sykehjem ved behov, selv om det ikke fantes øremerkede plasser. Kun åtte kommuner svarte at de ikke ga tilbud i sykehjem til mennesker med psykiatriske problemer.

Når det gjaldt psykiatri i sykehjem, ble det i vårt utvalg diskutert grenseoppganger blant annet ved at psykiatri ofte opptrådte sammen med annen problematikk som for eksempel rus:

*«Vi har øremerkede senger til psykiatri i sykehjem. Dette tilbudet er organisert i to grupper à 8 personer på hver gruppe. Den ene åtterenheten er lyddempet og her kommer det inn personer med akutte ting. Når situasjonen er blitt mer avklart, flyttes de over på den andre åtterenheten. På disse enhetene kommer også personer med rus. Rus og psykiatri opptrer ofte sammen. Vi har også egne rus og psykiatriboliger, og så langt det er mulig forsøker vi å unngå å bruke ordinære sykehjem for denne gruppen» (Kommunegruppe 4).*

Noen kommuner i utvalget benevnte plassene til psykiatri for «forsterket annet». Plassene var da ikke forbeholdt psykiatri alene, men også andre pasientgrupper som hadde behov for skjerming. I mindre og mellomstore kommuner var dette tilbudet ofte lokalisert til korttidsavdelingen. Brukerne av øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem var ofte yngre personer. Mange ble beskrevet å ha sammensatt problematikk med blant annet rusproblemer, sosiale vansker og dårlig boevne. Mindre kommuner opplevde mindre etterspørsel etter plasser for denne gruppen i sykehjem, mens mellomstore og store kommuner beskrev at det var mangel på plasser og tilbud:

*«Våre øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem er en egen enhet. Denne er tilrettelagt for brukergruppen med eget og fast personale. Her er det en del yngre beboere, men vi vil helst ha de fra 60 år og oppover. Dette er et utfordrende felt å jobbe innenfor! Vi mangler fortsatt et stort nok tilbud her i forhold til etterspørsel og behov for denne type plasser og innretninger» (Kommunegruppe 4).*

I de 50 kommunene i utvalget som ikke hadde øremerkede plasser, men som tilrettela et tilbud for personer med psykiatriske vansker i sykehjem ved behov, ble forskjellige innretninger brukt. Noen tilpasset dette til vanlig avdeling:

*«Vi prøver å gi et tilbud i ordinær avdeling. Dessverre opplever vi at dette ikke er godt nok.» (Kommunegruppe 2).*

Andre benyttet skjermet enhet eller en av korttids plassene:

*«Hos oss havner personer med psykiatri sammen med demensbeboerne! Vi gjør selvfølgelig lokale tilpasninger avhengig av situasjonene. Vi bygger nå omsorgsboliger for personer med psykiske problemer, og satser på dette tilbudet fremover. Vi ser helt klart at vi trenger flere plasser og økt innsats i forhold til rus og psykiatri i fremtiden (Kommunegruppe 3).*

### Rus

Når det gjaldt øremerkede plasser til personer med rusproblemer i sykehjem, svarte fem kommuner (7 %) at de hadde slike plasser. Dette var de store by-

kommunene i utvalget. Så mange som 58 kommuner (84 %) svarte at de gav et tilbud i sykehjem ved behov til personer med rusproblemer, selv om de ikke hadde øremerket senger. Kun elleve kommuner (16 %) svarte at de ikke ga noe tilbud til personer med rusproblemer i sykehjem i det hele tatt. Disse henviste til tilbud i omsorgsbolig eller annen enhet i kommunen.

Av de fem kommunene som hadde øremerkede senger til personer med rusproblemer i sykehjem, ble det poengtert at de hadde både lang- og korttids plasser til denne brukergruppen. Et hovedfokus rundt disse plassene var å styrke beboernes helse og ernæringsmessige tilstand slik at de på sikt kunne klare seg i egne boliger. Plassene ble beskrevet som svært ressurskrevende:

*«Våre plasser innen rus er tilrettelagt på samme måte som de øremerkede plassene til psykiatri. Noen av disse brukerne har store behov og har bemanning 2:1. Vi får dekt 80 % av kostnadene for flere av disse brukerne. Fast og stabil bemanning må vi ha, det er helt nødvendig for å få utrettet noe! Vi ønsker imidlertid å flytte disse brukerne over i omsorgsboliger fordi institusjon ikke er bra for dem. Det legger blant annet begrensninger på privatliv».* (Kommunegruppe 3).

Det var et uttalt ønske om å få til andre rammer omkring tilbudet til rusmisbrukere, og som sitatet over viser, er det et ønske om plasser i omsorgsboliger også for denne brukergruppen.

### Diskusjon

I lys av at kommunene har overtatt oppgaver som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvar, viser vår studie at pasientgrunnlaget i sykehjem har endret seg. Sykehjemmene tilrettelegger for flere differensierte tilbud og spesialfunksjoner enn tidligere samt at det stadig stilles større krav til tjenestenes innhold og kvalitet.

I denne utviklingen ser vi en tydelig endring fra fokus på forpleining av eldre mennesker til fokus på spesialiserte og kortvarige innretninger til ulike brukergrupper i sykehjem. Utover differensierte tilbud innen palliasjon, demensomsorg, psykiatri og rus som er beskrevet i denne artikkelen, ser vi at andre oppgaver som for eksempel lovpålagt ansvar for ø-hjelp døgntilbud også blir lokalisert i sykehjem i mange kommuner (Skinner, 2014) og at kommuner har egne rehabiliteringsplasser eller



avdelinger i sykehjemmene. Ulike typer statlige stimuleringsmidler påvirker hvilke tilbud og brukergrupper som til enhver tid blir prioritert (Magnussen, 2016; Magnussen & Tingvold, 2015). På bakgrunn av denne utviklingen er det nødvendig å løfte frem hvordan et økt behov for differensierte og spesialiserte tjenester sprer seg i ulike kommunale kontekster.

Kommuner som ikke hadde eller ikke hadde tilstrekkelig nok spesialiserte og differensierte plasser på tidspunktet for vår undersøkelse, svarte at korttidsplassene i sykehjemmet ofte ble løsningsen. Det er interessant å merke seg at det har vært en økning på 35 prosent av mottagere i tidsbegrenset opphold i institusjon i perioden 2011–2014, både knyttet til utredning, behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2016). Mens den største gruppen av beboere i sykehjem er eldre personer med langtidsplasser, fremkommer det at tidsbegrenset opphold brukes i større utstrekning av yngre tjenestemottagere. Rundt 24 prosent av mottagerne av tidsbegrenset opphold i institusjon er nå under 50 år (Helsedirektoratet, 2016). I Stortingsmelding 25 beskrives det at korttidsplasser i sykehjem benyttes til medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold samt omsorg ved livets slutt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Vår studie viser imidlertid at organisering og innretninger av korttidsopphold varierer mye. Mindre kommuner som ikke har spesialiserte tilbud, benytter korttidsplasser og tilrettelegger et opplegg ut i fra beboernes behov. Større kommuner har oftere egne plasser og differensierte tilbud fordelt på diagnoser. En økning i spesialiserte og kortvarige behandlingstilbud i sykehjem kan gå på bekostning av det langsiktige tilbudet til eldre. En del eldre vil kunne falle utenfor kriteriene for spesialisert behandling, og terskelen for å få en sykehjemsplass for somatisk svekkede eldre kan ha blitt høyere i konkurranse med andre brukergrupper (Gautun & Grødem, 2015).

Vår undersøkelse tydeliggjør videre at omorganiseringer i tjenestene har ført til behov for nye tilrettelegginger. Spesielt ble behovet for plasser og tilbud til personer med psykiatriske vansker og avhengighetsproblemer nevnt. Tidligere forskning har også pekt på at det er vanskelig å finne et tilfredsstillende tilbud til disse pasientene i sykehjem på grunn av utagering eller at de er til sjanse, ubehag eller direkte fare for medboere og

personale (Selnes, 2003). Dette gjenspeiler seg også i denne undersøkelsen der informanter i mange kommuner mener de ikke har riktige type innretninger og plasser til denne gruppen. Informantene påpeker med det at de ønsker å bygge heldøgns omsorgstilbud i tiden fremover. Argumentasjonen i kommunene for å opprette faglige spissede innretninger, handler om at brukergruppens behov er blitt så varierende og komplekse at det behøves særegen kompetanse for å betjene dem (Tingvold & Romøren, 2015). Ønsket om å spesialisere de ansattes kompetanse inn mot særskilte fagfelt handler om å sikre riktig kompetanse til brukere. Dette knyttes også opp mot kvalitet og kvalitetssikring. Endringene av sykehjemmenes oppgaver og ansvar stiller krav til personalet i sykehjemmene slik at de har nødvendig kompetanse for å ivareta beboere med ulike behov. Flere informanter i kommunene opplevde vanskeligheter med å rekruttere personell med nok og riktig type kompetanse. Denne problematikken tas også opp i dokumenter som omhandler kompetanseoppbygging etter innføring av Samhandlingsreformen. Det rapporteres at kommunene i liten grad har styrket sin kompetanse (Riksrevisjonen, 2016), og at sykehjemmene har et udekket kompetansebehov (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016; Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Dette kan føre til en ujevn fordeling av personell med spesialisert fagkompetanse ved at noen avdelinger får høyere dekning enn andre.

Kommunesammenslåinger vil kunne øke den administrative effektiviteten med tanke på de store forventningene til hvilke oppgaver kommunene skal bidra til å løse både innenfor helse og omsorg og en rekke andre områder. Kommunene skal gi gode tjenester til alle som trenger det, både gamle og unge, og den skal skaffe og holde på kvalifiserte folk, de skal være både attraktive og innovative (Rønning & Lesjø, 2015). Samtidig er kommunene forskjellige og har svært ulike behov. Et sentralt funn i vår studie er at tilbudene som opprettes i kommunene, tilrettelegges på ulike måter, avhengig av lokale forhold og hvor folkerike kommunene er. Bildet er entydig, og ikke overraskende: Tjenestene i større kommuner får mer og mer preg av spesialisering, mens tjenestene i de mindre kommunene nok kan inneholde spesialiserte tilbud når det trengs, men da som regel innenfor rammen av en generalisttilnærming. Et moment vi vil løfte frem i denne sammenhengen, er at beboere i sykehjem ofte lider av multimorbiditet,

kognitiv svikt og har et stort og komplekst inntak av ulike medikamenter (Helvik, Engedal & Selbæk, 2010; Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2008). Denne utviklingen fører til mer spesialiserte kunnskapsbehov og mer avansert sykepleie enn tidligere (Bing-Jonsson et al., 2016; Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold & Foss, 2015; Tyrholm, Kvangarsnes & Bergem, 2016). Én konsekvens kan bli at brukere med komplekse og flere ulike sykdomstilstander blir plassert i en struktur som i økende grad ser og behandler én diagnose eller ett behov hos beboerne. Pasienter kan imidlertid ha behov for flere og ulike tjenester. Samtidig og derav fremtrer de fleksible og dynamiske tilbudene som mer adekvate. Tendensen til økt spesialisering i sykehjem kan videre stå i et spenningsforhold til idealer knyttet til sykehjemmet som «hjem»; et spenningsforhold som også kan antas å påvirke graden av spesialisering. Kommuner som klarer å tilrettelegge for fleksible tilbud eller som har trening i å opprette «ad hoc»-løsninger, vil i større grad kunne ta hensyn til tjenestemottagernes aktuelle behov. På den andre siden vil mangel på kompetanse og ressurser kunne være en utfordring når det gjelder ivaretagelse av spesialisert og differensierte behov i små kommuner. Kommunesammenslåinger kan bidra til reduserte administrasjonskostnader og kan sikre at pasienter får tilgang til flere spesialiserte tilbud med tilhørende kompetanse i egen kommune.

En kan likevel tenke seg scenarier der kommunesammenslåing innebærer at spesialisert tjenestetilbud enten samles i et kommunesentra som betyr lang og kronglete reisevei for mange pasienter, eller en oppsplitting av spesialiserte og kortvarige tjenestetilbud fordelt over store geografiske avstander. Videre vil befolkningen i kommuner med spredt bosetning ha utfordringer knyttet til befolkningsnedgang og ha andre behov for tjenester enn større befolkningstette kommuner. Kommunesammenslåinger vil dermed ikke nødvendigvis føre til mer treffsikre og effektive tjenester. Et viktig spørsmål å ta med seg videre er derfor hvordan en på en best mulig måte kan tilrettelegge for en helse- og omsorgstjeneste som ivaretar behovet for spesialiserte og differensierte tjenester, samtidig som pasientenes individuelle og samlede behov blir tatt hensyn til.

### Avslutning

De siste ti-femten årene har det skjedd en ytterligere økt intern differensiering i sykehjem. Nye

tilbud får plass, og nye brukergrupper mottar tjenester. Denne studien kan sees på som et bidrag til å forstå hva som former utviklingen av sykehjemstilbudene i kommuner av ulik størrelse. Tilveksten av nye oppgaver i kommunene, statlige stimulerings tiltak samt økt medisinsk kunnskap om brukeres sykdomsbilde, medfører endringer i tjenestenes organisering og struktur. Våre funn kan belyse ulike sider av tilbudene som vokser frem i kommunene og kan nyansere ulike aspekter knyttet til organisering og eventuelle sammenslåinger av kommuner. Det er behov for å følge utviklingen over lengre tid samt å opparbeide mer detaljert kunnskap om hvordan nye statlige føringer omsettes til praksis i ulike kommunale kontekster. I tillegg vil det være behov for å gjennomføre ytterligere kvalitative studier om muligheter og utfordringer vedrørende kommunesammenslåinger.

### LITTERATUR

- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>.
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of «Nursing older people–Competence evaluation tool». *International journal of older people nursing*, 10(1), 59-72. <https://doi.org/10.1111/ohn.12057>.
- Borgan, J.-K. (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010* (Rapport 10:2012). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Brandtzæg, B. A. (2014). *Hvordan gjennomføre en kommunesammenslåing? Erfaringer og innspill fra frivillige sammenslåinger* (TF-Notat Nr. 35/2015). Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg: Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* (NIBR-Rapport nr. 2/2010). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.60613>.

- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. K. R. (2015). *Er tjenestene fortsatt på strekk? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten i kommunene fra 2003 til 2015* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 12/2015). Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2375414/rapport\\_12\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2375414/rapport_12_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press: kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (Fafo-Rapport nr. 12:2011). Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Oslo: Unipub.
- Hauge, S. & Jacobsen, F. (2008). *Hjem: Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* (St.meld. nr. 25 2005–2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fb9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fb9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016). *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren 2016*. Hentet fra <https://helse-direktoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1177/N%C3%B8kkeltall%202016%20IS-2464.pdf>
- Helvik, A.-S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2010). The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly, *Aging & mental health*, 14(7), 861–869. <https://doi.org/10.1080/13607861003801003>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Kriterier for god kommunestruktur: Delrapport fra ekspertutvalg* (Delrapport fra ekspertutvalg). Hentet fra [http://www.regjeringen.no/upload/KMD/KOMM/rapporter/Kriterier\\_for\\_god\\_kommunestruktur\\_rettet.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KMD/KOMM/rapporter/Kriterier_for_god_kommunestruktur_rettet.pdf)
- Kvaase, I.E. (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester: Analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Magnussen, S. (2016). Innovativ samstyring mellom stat og kommuner: Fremforhandlet enighet eller frivillig tvang? En casestudie om statlige stimuleringsmidlers betydning ved utvikling av interkommunale lokamedisinske sentre. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 18(3), 31–51.
- Magnussen, S. & Tingvold, L. (2015). Utvikling av lokamedisinske sentra (LMS) som interkommunal idéhåndteringsprosess. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(1), 62–83.
- NOU 1992:1 (1992). *Trygghet – Verdighet – Omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154788-nou1992-1.pdf>
- Nygaard, H. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(8), 823–825.
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 48–61.
- Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helse-tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 2015–2016). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til «yngreomsorg»? *Aldring og livsløp*, 1, 2–10.
- Rønning, R. & Lesjø, J. (2015). *Vårt politiske Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2008). Psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(4), 568–573.
- Selnes, K. (2003). *Toleranse og ferdighet: etablering og drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

- Skinner, M. S. (2014). Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: status per 2012/2013 (Rapport nr. 13/2015). Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Sosialdepartementet. (1974) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert sykehusvesen* (St.meld. nr 9 1974-75). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring* (St. meld. nr 21 1998-99). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/sec1>
- Sosial- og helsedepartementet. (1995). *Velferds-meldingen* (St. meld. nr 35 1994-95). Hentet fra [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=3&wid=c&psid=DIVL443&pgid=c\\_0349](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=3&wid=c&psid=DIVL443&pgid=c_0349)
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet, respekt, kvalitet* (St. meld. nr. 50 1996-1997). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/st-meld-nr-50\\_1996-97/id191307/](https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/st-meld-nr-50_1996-97/id191307/)
- Tingvold, L. & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015. Tjenestens innhold og fordeling* (Rapport nr. 15/2015). Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Tyrholm, B. V., Kvangarsnes, M. & Bergem, R. (2016). Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I M. Kvangarsnes, J. I. Håvold & Ø. Helgesen (Red.), *Innovasjon og entreprenørskap: Fjordantologien 2015* (s. 174-187). Oslo: Universitetsforlaget.