

Hvilke muligheter har omsorgstjenestene?

Et hasteoppdrag for Helsedirektoratet der Senter for omsorgsforskning så på mulighetene for å øke kapasiteten i tjenestene dersom COVID-19 skulle kreve det.

April 2020



Innholdsfortegnelse

Introduksjon til oppdraget	3
Utviklingstrekk i kommunale omsorgstjenester	4
Kapasitets- og personellsituasjonen på sykehjem og i hjemmetjenestene	5
Hjemmesykepleien i endring	8
Stabilitet, fleksibilitet og heltidskultur i kommunale omsorgstjenester	9
Samarbeid pårørende, frivillige og omsorgstjenestene	10
Elektronisk samhandling i omsorgstjenestene	11
Utfordringer knyttet til prioritering og disponering av kompetanse	12
Rehabilitering i kommunale omsorgstjenester	13
Erfaringer fra tidligere epidemier og fra andre land med sårbare grupper av eldre	15
Referanser	17

Introduksjon til oppdraget

Bjørn Kvaal (bjorn.kvaal@ntnu.no).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gi et bilde av hvilke muligheter omsorgstjenesten i kommunene har til å øke sin egen kapasitet ut over dagens ressurs- og kompetansesituasjon. Bakgrunn er i situasjonen med COVID-19.

Økt kapasitet i tjenestene vil etter vårt syn i hovedsak gjøres gjennom:

- Omprioritering av oppgaver og kompetanse
- Økt bemanning
- Økt (digitalt) samarbeid med pårørende og frivillige

Oppsummeringene som følger her er laget av forskere ved Senter for omsorgsforskning. Bakgrunn er egne forskningsprosjekt og annen forskning innen samme felt. Oppsummeringene og anbefalingene er basert på funn vi mener er relevante ut fra den kunnskapen vi har i dag og den situasjonen landet befinner seg i.

Oppsummeringene er korte analyser av muligheter og konsekvenser med tanke på kommunens plikt til å gi forsvarlig helsehjelp, og at denne innsatsen i kommunene økes der det er mulig og forsvarlig.

Oppsummeringene forsøker å ta hensyn til:

- pasientene som allerede mottar omsorgstjenester
- de nye gruppene av pasienter som omsorgstjenesten har fått ansvar for som følge av tiltakene, som satt i verk for å håndtere koronaepidemien.

Vi mener det er positivt at kommunene nå kan vise fram hva de lokale helse- og omsorgstjenestene kan være i stand til å mobilisere. Utfordringen er at norske kommuner er svært ulike ut fra befolkning, ressurser, antall smittede og tilgang på helsepersonell og kompetanse. Men en «Marshall-plan» til kommunene tilsvarende det norsk næringsliv har mottatt, vil kunne styrke kommunenes helse- og omsorgstilbud.

Hvis det ønskes tilsvarende oppsummeringer og anbefalinger innen andre fagområder, så kan Senter for omsorgsforskning levere dette innen kort tid. Eksempel på tema kan være etnisitet, funksjonshemming, vold mot eldre og rus og psykisk helse hos eldre.

Med vennlig hilsen

Aud Obstfelder

(aud.obstfelder@ntnu.no)

Senter for omsorgsforskning

01.04.2020

Utviklingstrekk i kommunale omsorgstjenester

Hanne Marie Rostad hanne.rostad@ntnu.no og Maren Sogstad maren.sogstad@ntnu.no

Vurderinger:

- Det er stor variasjon mellom kommunene knyttet til deres helse- og omsorgstjenester. Følgelig har kommunene svært ulike forutsetninger for oppskalering i ekstraordinære situasjoner som COVID-19 pandemien.
- Det vil være avgjørende med tydelige retningslinjer for prioriteringer fra nasjonalt og kommunalt nivå. Den enkelte tjenesteyter kan ikke være den som skal prioritere mellom pasienter eller oppgaver i en slik ekstraordinær situasjon der etiske, faglige og juridiske dilemmaer vil gjøre seg gjeldene.

Kommunale helse- og omsorgstjenester har en kritisk samfunnsfunksjon og et stort, omfattende ansvar. De tilbyr tjenester som er nødvendige for å unngå død, varig nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. I tillegg skal de yte nødvendig omsorg til alle som er syke og hjelpetrequende i hjemmet og i institusjon. Dette skal opprettholdes i ekstraordinære situasjoner, i tillegg til de mange og nye oppgavene og utfordringene som situasjonen krever. Dette øker presset på en sektor som allerede er «på strekk».

[Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene](#), med økt ansvar og nye oppgaver, har ført til [et press](#) både når det gjelder utbygging og utvikling av tjenester og kompetanse. Det har blant annet kommet til uttrykk i [økt differensiering og spesialisering av tjenester](#) for de nye og mer kompliserte brukergruppene både i institusjon- og hjemmetjeneste. Litteraturen viser at både [kompetanseutvikling og kapasitetsutvikling er utfordrende](#).

Presset i tjenestene medfører behov for [prioriteringer](#). Dette skjer i [prosesser](#) på ulike nivå i tjenesten. Allerede nå ser man at kommuner midlertidig fraviker vedtak og tilbyr færre tjenester til hjemmeboende eldre. Samtidig skyves prioriteringer nedover til utøverne av tjenestene, kanskje særlig i hjemmetjenestene, der ledere gir uttrykk for at de daglig gir ansatte lister med [oppgaver som overstiger normal arbeidstid](#). Det vitner om at ansatte i helse- og omsorgstjenesten er vant til å være fleksible og prioritere. Likevel må ansatte i tjenesten og andre beslutningstakere ha støtte i nasjonale retningslinjer når prioriteringer skal gjøres, samtidig som det vil være behov for lokal tilpasning gitt variasjon i tjenestene.

Kommunene er svært ulike når det gjelder geografi, innbyggertall og demografi, areal og sentralitet. Det bidrar til ulike utfordringer med tanke på behov for tjenester og hvordan disse skal utformes. [Det er stor variasjon mellom kommunene](#) knyttet til deres helse- og omsorgstjenester, blant annet med tanke på [legedekning i sykehjem, hvordan ressurser blir prioritert og brukt samt andel årsverk med helsefaglig utdanning som jobber i tjenestene](#). Selv om kommunene har en lovfestet plikt til å utarbeide beredskapsplan for helse og omsorg, ligger det en betydelig frihet hos kommunene til utforming av innholdet i planene som da vil være avgjørende for om den fyller sin funksjon ved en krise.

Kapasitets- og personellsituasjonen på sykehjem og i hjemmetjenestene

Oddvar Førland oddvar.forland@hvl.no

Kapasitet

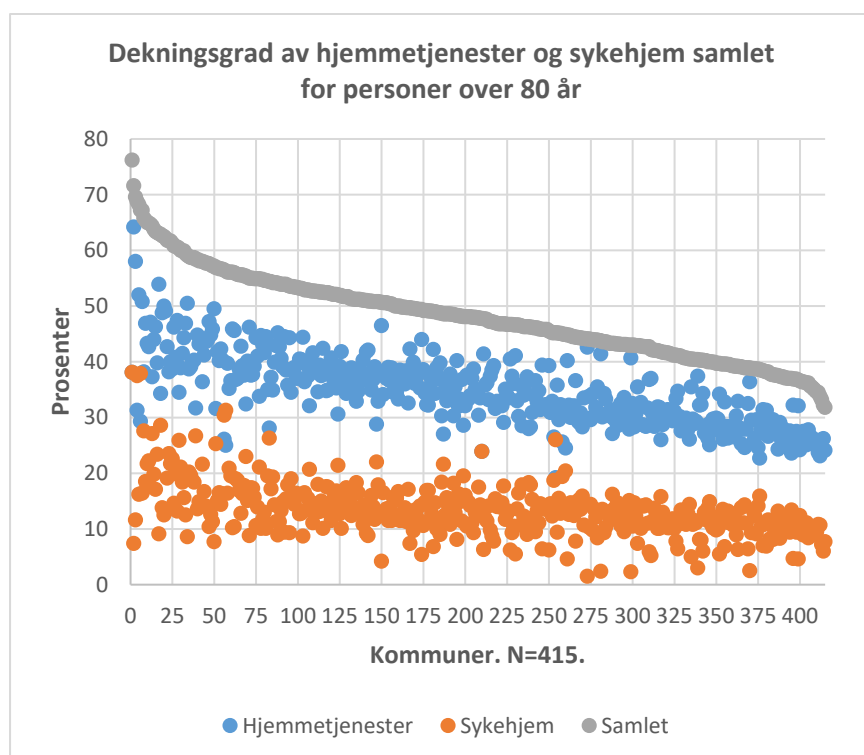
Vurderinger:

- Økt plasskapasitet på sykehjem er ikke umulig, men vil være utfordrende av flere grunner:
 - Omsorgstjenestene er allerede 'på strekk' og i en generelt presset personell- og kapasitetssituasjon (Dale et al., 2015; Førland & Rostad, 2019).
 - Koronasituasjonen, med økt antall helsepersonell i karantene av ulike grunner forsterker denne 'strekken'.
 - Beleggsprosenten for institusjonsplassene er allerede høy (98-99%) (Melby, Ågotnes, Ambugo, & Førland, 2019, s. 33).
 - Flere plasser vil fordre nye egnede lokaler. Vi ser nå fra media at flere kommuner i stedet gradvis forsøker å frigjøre korttidsplasser for å ha dem i beredskap til covid-19 pasienter.
- I prinsippet kan 9 056 korttidsplasser frigjøres. I tillegg har kommunene i 2018 totalt 228 899 døgnopphold i kommunal øyeblikkelig hjelp-senger fordelt på både sykehjem, legevakter og helsehus (Statistisk sentralbyrå, 2020b). som i prinsippet kan prioriteres til covid-19 pasienter.
- Slike *prioriteringer må gjøres ut fra en helhetsvurdering* der også kostnadene og ulempene tas med:
 - De gjeldende prinsippene for prioritering i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) knyttet til nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet bør også være gjeldende i den situasjonen omsorgstjenestene nå står over for. Pasienter med covid-19 må prioriteres etter de samme kriteriene som andre pasienter, slik også Helsedirektoratets nye prioriteringsveileder legger opp til (Helsedirektoratet, 2020, 25. mars, s. 3).
 - En omprioritering av korttidsplasser og ØHD-plasser til covid-19 pasienter vil få store negative ringvirkninger for andre syke og sterkt hjelpetrengende hjemmeboende pasienter med behov for slike plasser.
 - Dessuten vil det gi en merbelastning for hjemmetjenestene som fortsatt må gi disse pasientene et faglig forsvarlig tilbud og sannsynligvis også medføre flere sykehusinnleggelse.
 - Forsvarlig dekning av pasienters grunnleggende behov vil uansett måtte dekkes av kommunen, slik også NOU 2018:16 formulerer det: «... *Samtidig må det være klart at kommunene ikke kan la være å ivareta innbyggernes grunnleggende behov for helse- og omsorgstjenester med begrunnelse i en grenseverdi for ressursbruk*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 126).
 - Ivaretagelsen av grunnleggende livsbehov dreier seg for eksempel om det å holde seg ren, få i seg nok næring, bevege seg, puste inn frisk luft etc.
- For å frigjøre kapasitet til Covid-19-pasienter i korttidsplasser og ØHD-plasser vil det være helt nødvendig å styrke hjemmetjenestenes ressursituasjon på grunn av den merbelastning de når ordinære pasienter ikke får slike opphold.

Det har vært en *nedgang* både i antall langtids- og korttidsplasser i sykehjem de siste årene. De siste SSB-tallene (2018) viser at vi har 32 234 langtidsplasser og 9 056 korttidsplasser. Når det gjelder hjemmetjenester i hjemmet har kapasiteten *økt* (hjemmesykepleie m.m.). Det har skjedd en betydelig økning i antall brukere de siste fem årene (+ 8,8 %), mens antall brukere av praktisk hjelp til daglige gjøremål (hjemmehjelp) er redusert med 5,8 % (Statistisk sentralbyrå, 2020a).

Analyser i rapporten 'Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene' levert til Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2020 viser imidlertid *betydelig kapasitetsvariasjon* mellom kommunene (Førland et al., 2020). Sykehjemdekningen for aldersgruppen over 80 år varierer mellom 1,5 til 38,1 %. Sykehjem og hjemmetjenester dekker imidlertid ulike omsorgsbehov og bør derfor sees i sammenheng. Kommune framtrer med ulike tjenesteprofiler; noen er institusjonstunge mens andre er hjemmetjenestetunge. Men kommunevariasjonen er ikke bare stor for sykehjem og hjemmetjenester separat, men også for disse tjenestene samlet. Den samlede dekningsgraden for personer over 80 år for disse to hovedtjenestene varierte i 2018 fra 32 % til 76 %.

Figuren under viser denne samlede variasjonen, der de blå prikkene viser kommunenes dekningsgrad for hjemmetjenestene og de røde viser sykehjemdekningen, mens den grå linjen viser samlet dekning.



Kommunenes dekningsgrad og omsorgstjenestekapasitet er dermed ikke likt fordelt og kommunene vil ha ulik mulighet til å øke sin kapasitet i den situasjonen de nå står overfor. Felles for dem er imidlertid at de i realiteten langt på vei er bundet opp i den tjenesteprofilen som faktisk er valgt.

Personellsituasjonen

Vurderinger:

- De generelle forholdene relatert til kapasitet- og personellsituasjonen i sykehjem og hjemmetjenester generere behov for betydelig mer medisinskrettet arbeid. Koronaepidemien vil i tillegg kreve flere lege- og sykepleierressurser til sykehjemmene, for eksempel at fastlegerressurser i en periode kanaliseres til sykehjem. Det vil sannsynligvis være større utfordringer knyttet til å omprioritere eller øke opp sykepleierressursene til sykehjemmene gitt underdekning av sykepleiere.
- Det vil kunne bli stort behov for etisk kompetanse og veiledning i alle prioriterings- og beslutningsprosessene som sektoren nå står overfor.

- For å forebygge isolasjon og negative langtidsfølger vil det være viktig at hjemmetjenestene så langt som mulig fortsatt prioriterer oppfølging av brukere med sosiale og mentale behov (Munkejord, Schönfelder, & Eggebø, 2018), og ikke bare personer med fysiske funksjonsnedsettelse og pleiebehov.

Antall årsverk i omsorgstjenestene totalt er 142 754, hvorav 74,5 % har helsefaglig utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2020c). På oppdrag fra Helsedirektoratet gjorde Senter for omsorgsforskning i 2019 en kartlegging av det medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, med spesielt vekt på legetjenesten (Melby et al., 2019). Antall legeårsverk i sykehjem har økt med 31 % i en i en sjuårsperiode, men det er likevel en meget sårbar medisinsk tjeneste ettersom den fortsatt preges av deltidsstillinger (gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 49 %) og meget høy turnover (kun 10 % av dem arbeidet på sykehjem over en hel sjuårsperiode). Sykepleiere i sykehjem har en nøkkelfunksjon i den medisinske oppfølgingen av sykehjemspasienter. Her har det vært en personelløkning på 17 % i en sjuårsperiode.

Statistikk viser imidlertid at sektoren parallelt med denne kapasitetsøkningen er blitt mer belastet. Betydelig flere pasienter kommer «innom» sykehjemmene som følge av flere korttidsopphold. Det har imidlertid ikke kommet til flere nye plasser, men liggetiden er blitt kortere. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er blitt flere og botid for langtidspatientene er kortere. Samtidig har bistandsbehovet økt noe både på korttids- og langtidspatientene. Andelen av befolkningen som dør i sykehjemmene er økende og nå over 50 % (Melby et al 2019, s 31).

Hjemmesykepleien i endring

Ragnhild Hellesø, ragnhild helleso@medisin.uio.no og Line Melby, line.melby@sintef.no

Vurderinger/anbefalinger:

- Hjemmetjenesten vil oppleve stor etterspørsel siden det er mange brukere som er isolerte, ikke får handlet mat og så videre. Hjemmetjenesten bør få økte ressurser, flere ansatte.
- Sørge for nødvendig kompetanse og oppfølging av godt smittevern, slik at ikke sårbare brukere blir smittet.
- Være mer enn normalt oppmerksomme på endringer i helsetilstand (somatisk og psykisk) hos brukerne. Helseplager går nå under radaren fordi smittevern og coronasykdom får det meste av oppmerksomheten.

Tjenesten kjennetegnes ved at den er i stor endring. Fra å være en mer omsorgsrettet/sosial tjeneste, er den nå kjennetegnet av stort mangfold og kompleksitet i sin virksomhet. Pasienter i alle aldre mottar tjenester som representerer et bredt spekter av helsetjenestebehov. Pasientene er sykere enn før og de har flere samsykdommer. [En typisk pasient som mottar hjemmetjenester har seks sykdommer og bruker ni legemidler](#). Hjemmesykepleiere gjør dermed [mye mer avansert klinisk arbeid enn tidligere](#).

Hjemmesykepleiere står som oftest alene i komplekse, uoversiktlige og endrede pasientsituasjoner. De har mangelfulle verktøy til å kommunisere med andre *in situ* og må ta vanskelige beslutninger på egen hånd. De har ofte manglende personkontinuitet som kan bidra til at de overser sykdomsutvikling. [For at pasienter skal kunne bo hjemme, må hjemmesykepleiere samhandle med mange aktører og bygge et nettverk rundt pasienter](#). Hjemmesykepleiere tar en aktiv rolle i å avgjøre hvilke tjenester brukeren skal ha, basert på deres kjennskap til brukeren selv og hjemmesituasjonen. Dette innebærer typisk [kommunikasjon og forhandlinger med bestillerkontor](#). Hjemmesykepleiere er også en svært viktig koordineringsaktør. I mangel på andre gode koordineringsmekanismer tar hjemmesykepleierne rollen som en som organiserer og koordinerer aktiviteter og andre tjenesteutøvere rundt pasienten (ibid.). [Hjemmesykepleiere står i mange daglige prioriteringsdilemmaer, og de gjør altså et stort organiseringsarbeid fordi de er i en posisjon til å trekke veksler på hele tjenesteapparatet fordi de har en særegen klinisk kompetanse og kjennskap til pasientene over tid](#).

Stabilitet, fleksibilitet og heltidskultur i kommunale omsorgstjenester

Kari Ingstad kari.ingstad@nord.no, Siri A Devik siri.a.devik@nord.no og Aud Moe aud.moe@nord.no

Vurderinger:

- Deltidsarbeidende tilbys heltidsstillinger
- Stillingene organiseres innen avgrensede områder for å redusere smittespredning
- Ansatte må ha tilgang på tydelige og oppdaterte prosedyrer og systemer for effektiv informasjonsutveksling (dokumentasjon).

I helse- og omsorgssektoren i kommunene og fylkeskommunene arbeider [kun 36% av de ansatte i heltidsstillinger](#). Deltidsregimet har i Norge sammenheng med justeringer i turnusordningen som ble foretatt for over 30 år siden, og som gjorde [sektoren avhengig av mange «småstilliner»](#). Ansatte som arbeider deltid utgjør en arbeidskraftreserve for arbeidsgiver, og stiller opp på kort varsel når det oppstår plutselige behov. Ansatte som arbeider ufrivillig deltid er ofte avhengige av å jobbe mer enn sin deltidstilling for å forsørge seg selv, noe som gjør at mange er svært fleksible. Dette gjør også at mange jobber på flere avdelinger for å få høyest mulig stillingsprosent. For ansatte som jobber frivillig deltid, er situasjonen en annen.

Hvorvidt dagens deltidsansatte utgjør en arbeidskraftreserve kommer an på flere forhold, som arbeidstidsorganisering og arbeidstidskultur. [Gode fagmiljø, godt arbeidsmiljø og gode turnusordninger gjør at helsepersonell vil arbeide mer](#).

Konsekvensene av deltidskulturen er blant annet lite kontinuitet i fagmiljøet og i pasientbehandlingen. [En heltidskultur kan styrke omdømmet, medføre lettere rekruttering av kompetent arbeidskraft, sterkere fagmiljøer, mer selvstendige medarbeidere, mindre vikarbruk og mer stabil arbeidskraft](#). Mindre spredning av arbeidskraften til flere arbeidsplasser kan bidra til å redusere smittespredning og være en styrke for pasientsikkerheten.

Pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til at mange kommuner har lært å arbeide systematisk og etablere rutiner for pasientsikkerhet som er sentralt i smittevernarbeid. Systematisk arbeid og rutiner er en styrke for å kvalitetssikre tilbudet når flere og kanskje nye ansatte skal bidra i tilbudet. [Kommunene blir stadig mer vant til å følge prosedyrer og sjekklister](#), for eksempel for å [forebygge underernæring](#), [forebygge fall](#) og [sikre riktig legemiddelbruk](#). Omtrent 2/3 av kommunene har deltatt i læringsnettverk, men [tilsyn med tjenesten viser at innsatsområdene fortsatt har mye å gå på](#).

Pasientsikkerheten påvirkes av kommunenes organisering og arbeidsmåter, og [ledelse framstår som en kritisk faktor](#). Ledere må sikre at ansatte har tilgjengelige, tydelige og oppdaterte prosedyrer. Informasjon må deles effektivt.

Hjemmetjenesten som kontekst kan by på særlige utfordringer, fordi ansatte jobber mye alene.

Samarbeid pårørende, frivillige og omsorgstjenestene

Frode F Jacobsen frode.fadnes.jacobsen@hvl.no, Nathalie G Puaschitz

nathalie.genevieve.puaschitz@hvl.no, Oddrunn Sortland oddrunn.sortland@hvl.no

Vurderinger:

- Investeringsstilskudd til kommunene for «akutthjelp» med IT-veiledning samt kommunikasjonsutstyr slik som iPad for eldre brukere, pårørende og frivillige
- Økt tilbud om veiledning og støtte til pårørende og til frivillige, som nå selv opplever isolasjon og en krevende hverdag

I Stortingsmeldingen [«Leve hele livet»](#) understrekes viktigheten av tett samarbeid mellom pårørende, frivillige og tjenestene. [Familiebasert omsorg er omtrent på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten](#), og politisk vektlegges 'ageing in place'. Frivillig innsats utgjør et vesentlig bidrag inn mot denne sektoren, hvor særlig pensjonister er aktive, i et omfang på rundt 45.000 årsverk. [Stortingsmeldingen](#) peker på 5 hovedutfordringer for gode og kontinuerlige tjenester, hvor de to første i særlig grad involverer pårørende: 1. Behov for mer personsentrert omsorg (både for bruker og pårørende) og 2. For lite avlastning og støtte til pårørende.

Dagens koronasituasjon gjør det ekstra krevende å møte disse hovedutfordringene. Pågående forskning indikerer at kartlegging og utredning av personer med hukommelsessvikt eller demens samt veiledning, tilrettelegging og oppfølging av pårørende enten er blitt utsatt eller sterkt innskrenket. [Etablerte faste kommunale kontaktpersoner til pårørende er i stor grad satt til andre oppgaver](#). Media rapporterte at [tjenesteytelse i hjemmetjenesten er redusert til minimumsnivå](#). Tidligere forskning viser at [bekymringer for eldre familiemedlemmer kan oppleves som svært belastende for pårørende](#). Bruk av digitale sosiale plattformer muliggjør å holde kontakten og dele informasjon. Erfaringer fra [LIVE@Home.Path](#) prosjektet indikerer at kompetanse i og bruk av kommunikasjonsredskap via internett, som Facebook og Skype, er relativt lav hos eldre hjelpemottakere med demenssykdom og deres nære pårørende, selv om [annen forskning](#) demonstrerer noe variasjon. [Pårørende som yter omsorg er mer utsatt for fysiske og psykiske plager enn andre](#). Mange nære pårørende til eldre tjenestemottakere er selv eldre og i risikogrupper. Nå som bl.a. dagtilbud for skrapelige eldre og eldre med demens er stengt pga. korona-situasjonen, øker også risikoen for at de opplever negative konsekvenser av omsorgsarbeidet. Økt belastning ved eneansvar og isolasjon av pårørende kan resultere i økt behov for sykehjemsplasser fremover.

[Nyere forskning](#) indikerer at manglende system for koordinering av frivillig arbeid inn mot omsorgstjenestene er en utfordring. [Frivillig engasjement](#) fremmer helse og velvære, men kan også bli en belastning. [Om belastningen blir for stor og oppgavene er for vanskelige trekker den frivillige seg gjerne ut](#). I dagens koronasituasjon vil behovet for opplæring, støtte og veiledning for frivillige, som ofte er pensjonister, øke og i stor grad måtte ivaretas gjennom elektronisk kommunikasjon. Også disse vil trenge egnede kommunikasjonsverktøy og veiledning.

Elektronisk samhandling i omsorgstjenestene

Line Melby line.melby@sintef.no

Vurderinger:

- En del pasienter og brukere har allerede digitale løsninger installert (avstandsoppfølging og lignende). Man bør sørge for at utstyret anvendes og at brukerne følges opp. Det kan være nødvendig å gi ekstra telefonisk oppfølging for å trygge brukerne.
- Være forsiktig med å introdusere for mange nye digitale tjenester når behovet nå øker, for ikke å overbelaste hjemmesykepleierne. Det er de som må hjelpe brukerne i hjemmet.
- Sørge for gode rutiner og at de følges når det gjelder kommunikasjon via PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger), og andre digitale løsninger. Balansere behovet for kommunikasjon med å ikke overbelaste hverandre med forespørslar.
- Være kreative med å bruke eksisterende, dagligdags teknologi. Ta en ekstra telefon til brukere/pårørende. Kan man kommunisere via e-post om ikke-sensitive ting?

Bruken av digitale tjenester i omsorgstjenestene har økt de seneste årene. I tider som nå med begrenset bevegelsesfrihet, får digitale tjenester av forskjellig slag enda større betydning. I en kunnskapsoppsummering undersøkte vi konsekvensene av digitalisering for samhandling og for kvaliteten på tjenestene. Vi fant at stadig flere digitale løsninger blir utviklet og testet for mange ulike brukergrupper, fordi slike løsninger blir ansett å kunne øke tilgangen til tjenester og dermed bidra til at flere brukere eller pasienter får hjelp. Samtidig kan de være kostnadsbesparende. Digitale løsninger kan også hjelpe brukerne med å være delaktige og aktive, og med å få kontroll over egen helse og hverdag. Det er gjort begrenset med studier på konsekvenser av digitale samhandlingsløsninger. Mange av dem er i en utviklings- og utprøvningsfase, og det er for tidlig å si noe sikkert om konsekvensene.

Av funn som er særlig relevante for omsorgstjenesten kan vi fremheve:

- Medisinsk avstandsoppfølging har positive konsekvenser når pasientene kan reise sjeldnere til sykehuset og ta mer kontroll over egen situasjon. Det har negative konsekvenser dersom det er vanskelig eller slitsomt for pasienten å gjennomføre ting selv, eller dersom løsningen ikke er godt nok tilpasset den enkeltes behov.
- Digitale løsninger mellom ansatte kan styrke kommunikasjonen mellom dem, men ikke dersom den digitale løsningen er den elektroniske pasientjournalen. For eksempel vet vi at PLO-meldinger bidrar til å styrke kommunikasjon og informasjonsflyt på tvers av sykehus og kommuner.
- Å ta i bruk digitale løsninger fører til endringer av ansattes arbeidshverdag, av positiv eller negativ karakter. I noen tilfeller kan de digitale løsningene være for rigide og tidkrevende til at man føler man får gjort jobben sin like godt som før, mens i andre tilfeller blir oppgaver utført mer grundig og effektivt på grunn av digitale verktøy.
- Når det gjaldt hjemmesykepleie spesifikt, viste en studie at stadig innføring av ny teknologi medførte en opplevelse av kaos, og at sykepleierne opplevde at de ikke hadde tid eller ferdigheter til å håndtere den økende digitaliseringen. De syntes at de ikke fikk gjort "den egentlige" jobben sin, og hadde et ønske om arbeidsro og å kunne konsentrere seg om pasienten.

Utfordringer knyttet til prioritering og disponering av kompetanse

Bjørge Dale bjorge.dale@uia.no

Vurderinger:

- Det bør utarbeides planer og turnusordninger som sikrer hensiktsmessig disponering av personell på bakgrunn av tilgjengelig kompetanse, og reelle og forventede behov
- Nettbasert undervisnings-, veilednings- og informasjonsmateriell bør utarbeides/tilgjengeliggjøres

I «Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien» beskriver Helsedirektoratet at kommunal helse- og omsorgstjeneste må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus, og pasienter som får covid-19 i sykehjem bør fortrinnsvis behandles der og kunne få tilnærmet samme behandling som de ville fått i sykehus. Dette innebærer utfordrende prioriteringer ift hvilke tjenester som skal ytes til den enkelte i kommuner hvor tjenestene fra før er hardt presset. De fleste pasienter som bor på sykehjem har fra før en dårlig fysisk og mental/kognitiv helsetilstand. Mange er døende og trenger lindrende pleie og behandling.

Mangelen på kompetent helsepersonell i kommunene er tidligere beskrevet i studier og rapporter (<https://www.ks.no/contentassets/c55fe32601e44e809456705dccb7a772/rapport.pdf>; <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2375414>; <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2486637>).

Slik koronasituasjonen kan utvikle seg er dette svært bekymringsfullt, og det blir nødvendig med en tøff prioritering og sannsynligvis omdisponering av helsepersonell.

For å hindre sykehusinnleggelse vil det bli et stort behov for å anvende kommunale akutte døgnplasser (KAD). En ny studie viser at enhetene har lav utnyttelsesgrad, og det er en bekymringsfullt lav kompetanse blant personalet i enhetene (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.14914>; Vatnøy m.fl. 2020 upubl.). Mange KAD hadde aldri mer enn en sykepleier på vakt, og svært få hadde kompetanse utover bachelornivå selv om oppgavene krever avansert klinisk kompetanse. Og dette var før vi fikk Covid-19! Dette burde umiddelbart få stor oppmerksomhet slik at tjenestene er best mulig rustet! Samtidig er det kanskje nettopp i KAD man finner den best kvalifiserte staben av helsepersonell i kommunene, og disse enhetene kan bli helt avgjørende for å møte kommende utfordringer.

Det bør planlegges hvordan personalressursene skal prioriteres og disponeres, og hvordan optimal kontinuitet og smittevernhensyn kan sikres uten at de mest utsatte personalgruppene blir helt utslitt. Et viktig forebyggende grep kan være å lage turnusplaner som sikrer hensiktsmessig disponering av ulike personellgrupper slik at de foreligger når behovet for differensiert kompetanse oppstår for fullt.

På grunn av det økte behovet for avansert kompetanse i tjenestene blir det viktig at helsepersonell som har denne kompetansen prioriteres til de mest avanserte oppgavene. Man må tenke kreativt ift bruk av annet personell med lavere/manglende helseutdanning til å utføre oppgaver som ikke krever avansert kompetanse. En forutsetning er nødvendig kunnskap om smittevern og -forholdregler, så vel som kunnskap og opplæring i nødvendige pleieprosedyrer.

Det er utviklet en rekke kunnskapsbaserte praksisprosedyrer som er tilgjengelig på nett. Ett eksempel er VAR Healthcare (<https://www.varhealthcare.no/>), som for øvrig har oppdatert temaside knyttet til covid-19. Slike nettressurser kan gjøres åpent tilgjengelig for alle kommuner. Det utvikles ellers mye veilednings-, opplærings- og informasjonsmateriell i disse dager, blant annet om smittevern.

Rehabilitering i kommunale omsorgstjenester

Cathrine Arntzen cathrine.arntzen@uit.no

Klikk her for lese Cathrine Arntzen sin kronikk om [Rehabiliteringen i Nord-Norge](#). Kronikken er publisert i Nordnorsk debatt og på Omsorgsforskning.no

Vurderinger:

- Telefon/videooppfølging er et godt midlertidig supplement, men fysisk oppfølging i tråd med faglige nasjonale retningslinjer må tilstrebes slik at tidsvinduet for optimal rehabilitering opprettholdes.
- Koordinerende enheter på helseforetaks- og kommunenivå bør utnyttes for å framskaffe oversikter over pasienter og tilbud, samle erfaringer og formidle disse mellom tjenester.
- Det må ventes en økt belastning på disse tjenestene når situasjonen normaliseres. Det krever oppskalering av kapasitet generelt og som støtter covid-19-pasienter tilbake til hverdagen spesielt.

Rehabiliteringstjenester i kommunene berøres av helsemyndighetenes anbefalinger om å stenge ned aktiviteter som ikke er kritisk nødvendig og som innebærer sosial kontakt. Dette medfører at en rekke tjenester som har rehabiliterende og forebyggende formål faller bort, noe som gir risiko for økt behov for mer omfattende helse- og omsorgstjenester på sikt.

Rehabiliteringspasienter befinner seg også i risikogruppen for covid-19, da mange er eldre, lider av flere sykdommer, er revmatikere som får immunsuppressiv behandling [\(1\)](#) eller har KOLS [\(2\)](#).

Kommunene må nå ta imot flere pasienter fra sykehus før de er ferdig med rehabiliteringen, og må samtidig foreta en hard prioritering på hvem de skal tilby hjelp til i en presset situasjon [\(3\)](#).

Rehabiliteringstjenester som medfører fysisk kontakt utsettes og lærings- og mestringstilbud avlyses. Samlet innebærer dette at tidsvinduet for optimal rehabilitering ikke utnyttes. Konsekvensen for den enkelte kan bli økt smerte, redusert funksjonsnivå, passivitet og manglende deltakelse i jobb og hverdagsliv. For samfunnet gir dette økonomiske konsekvenser og tjenestene får økt belastning på sikt [\(4\)](#).

Noen tjenester har lagt om arbeidsformen til telefon/videooppfølging [\(5\)](#), noe som kan fungere som et midlertidig supplement. Det er viktig å påpeke at dette ikke er en likeverdig erstatning for fysisk oppfølging i tråd med faglige nasjonale retningslinjer [\(4\)](#). Nye måter å løse tjenester på via distanse vokser frem og kan gi langsiktige gevinster for e-læringspakker til pasientgrupper eller kompetansehevende e-læringskurs for helsepersonell [\(6\)](#).

Det er kritisk for de som nå raskt skrives ut fra sykehusene uten at det foreligger videre plan for kommunal oppfølging. Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner bør i denne situasjonen utnyttes som en ressurs for å framskaffe oversikter over pasienter og tilbud, samle gode erfaringer og formidle disse mellom tjenester.

Det må ventes en økt belastning på rehabiliteringstjenestene når situasjonen normaliseres, noe som krever oppskalering av kapasitet. Det vil være behov for økt kapasitet generelt, og det må også utvikles nye tilbud som bidrar til at covid-19-pasienter som har vært institusjonalisert over en periode med påfølgende nedsatt funksjonsnivå, støttes mot egenmestring i hverdagslivet.

Referanser:

- 1) <https://www.rehabiliteringvest.no/pasientinformasjon-korona.6291730-524215.html>
- 2) <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kols>
- 3) https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Covid-19%20prioritering%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20notat%20fra%20Helsedirektoratet%2025.%20mars%202020.pdf/_attachment/inline/8c91d817-0eaa-4b14-9771-f9dfc7e89df1:0ea3d86c2b1e9ac72e7bd011b75f1abded5815cb/Covid-19%20prioritering%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20notat%20fra%20Helsedirektoratet%2025.%20mars%202020.pdf
- 4) <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- 5) <https://www.sunnaas.no/om-oss/nyheter/sunnaas-sykehus-tilbyr-na-en-utvidet-veiledningstjeneste-for-rehabilitering>
- 6) <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr>

Erfaringer fra tidligere epidemier og fra andre land med sårbare grupper av eldre

Brooke Hollister brooke.hollister@uia.no

Eldre personer med risikofaktorer er ekstra sårbare i koronaepidemien. De kan få alvorlig sykdomsforløp av covid-19, samtidig som tiltakene for smittevern hindrer dem i å få praktisk hjelp fra sine pårørende, venner og andre frivillige. Rapporter fra tidligere pandemier og erfaringer fra land som er inne i senere faser av pandemien enn Norge, tilsier at vi må rette spesiell oppmerksomhet mot utsatte grupper eldre personer som:

- bor alene
- er avhengig av hjelp og støtte til daglige aktiviteter
- er utsatt for vold og overgrep
- er fremmedspråklig
- får utsatt eller kansellert helse- og sosialtjenester på grunn av COVID-19
- har [demens](#) og kan ha utfordringer med å tilpasse seg nye rutiner og restriksjoner
- har depresjon eller angst som forsterkes av COVID-19

For å dempe de potensielt uheldige konsekvensene av tiltakene for smittevern, spesielt tiltakene som omfatter sosial isolering, anbefaler vi at utsatte eldre personer gis ekstra oppmerksomhet gjennom spesialtilpassede tjenester. Under følger noen korte beskrivelser av tiltak satt inn i andre land.

Forebygge isolasjon

Også før Covid-19 situasjonen var isolasjon en kjent utfordring for eldre personer. Det er vel kjent fra [forskningslitteraturen at](#) sosial isolasjon og ensomhet kan bidra til utvikling av [demens eller Alzheimer's](#), [hjertesykdom](#), [dårlig immunsystem](#) og [kortere levealder](#). Sosial isolasjon forsterker utfordringene som sårbare grupper eldre allerede står i, spesielt for dem med depresjon og demens, eller eldre som utsettes for vold og overgrep.

Siden COVID-19 situasjonen oppsto, har ulike land forsøkt å balansere behovet for å beskytte og isolere sårbare grupper med de negative konsekvensene av sosial isolasjon. Når de normale tilbudene for sosiale aktivitet stenges blir tjenestetilbydere avhengig av telefon eller digitale kommunikasjonsløsninger for å få kontakt med brukerne. Tjenestetilbydere i USA har da også tatt [en-til-en tilnærming til tjenesteutøvelsen](#). Videre har FN publisert en [rapport](#) om mental helse og psykososiale aspekt ved COVID-19 som inkluderer 14 anbefalinger om støtte til eldre personer.

Fleksibilitet i tjenestene og finansiering

Myndighetene i [Washington](#) og [California](#) har satt inn tiltak for å øke fleksibiliteten i tjenestetilbudene og finansieringen av dem på grunn av COVID-19. For eksempel har [kriteriene for ombringning av mat og måltider](#) blitt forenklet. Det samme har finansieringsordningene matombringning til hjemmene. En [ekspert](#) har foreslått at ressurser i kliniske områder hvor etterspørselen etter tjenester er lav kan overflyttes til kliniske områder med stor etterspørsel. Også anbefaler de å bygge opp alternative tjenester som omsorgsboliger og sykehjem etterhvert som behovene for hjelp øker. I Italia har [medisinstudenter fått tillatelse til å praktisere uten lisenser](#).

Bruk av teknologi

Tjenestetilbydere bruker [teknologi](#) for å forebygge sosial isolasjon og utøve tjenester. For eksempel treningsklasser, håndtering av medisiner, overvåking av vitale funksjoner og bestilling av matleveranser. [Teknologi](#) brukes også av hjemmetjenesten for tilsyn.

Støtte pårørende

Pårørende møter [utfordringer](#) med COVID-19 og flere [råd](#) for å støtte dem er beskrevet. De som tilbyr tjenester må rette ekstra oppmerksomhet mot pårørende med hensyn til støtte og veiledning i hvordan de kan ta vare på sine syke nærmeste. Noen land tilbyr [ekstra veiledningsmaterieell](#) for pårørende om håndhygiene og infeksjonsforebygging.

Referanser

- Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. IRIS rapport 2014/384.
<https://www.ks.no/contentassets/c55fe32601e44e809456705dccb7a772/rapport.pdf>
- Andrews, Therese og Joakim Høgås (2017): Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. NF- rapport 10/2017. Bodø: Nordlandsforskning
- 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), 5.
- Bjornsdottir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177-185.
<https://doi.org/10.1111/scs.12443>
- Dale, Bjørg, Folkestad, Bjarte, Førland, Oddvar, Hellesø, Ragnhild, Moe, Aud, & Sogstad, Maren. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. *Senter for omsorgsforskning Rapportserie*, (10).
<http://hdl.handle.net/11250/2375415>
- Delaoitte, (2017). Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet. Devaluering 2. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-tryggehender-24-7/_attachment/inline/eefe0c2e-2a2f-4f74-9f54-3fc438071e5b:007b22ca0aa89e694a3f8e79c6eb77b78e50d7b9/502645401-evaluering-av-pasientsikkerhetsprogrammet-delrapport-2-14.06.2017.pdf
- Devik, S., A. & Olsen R.M. (2019). Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2583947>
- Frennert, S. (2019). Lost in digitalization? Municipality employment of welfare technologies. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(6), 635-642.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17483107.2018.1496362>
- Førland, O. (2015). Oppsummering av litteraturen om frivillig innsats og samspillet med offentlige omsorgstjenester. I L. H. Jensen (red.), *Frivillighet i omsorgssektoren* (s. 123-136). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Førland, O., & Rostad, H. M. (2019). Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - En kunnskapsoppsummering.
- Førland, Oddvar (2018): «Uunnværlig prioritering» i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 95–98
- Førland, Oddvar, & Rostad, Hanne Marie. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - En kunnskapsoppsummering* Vol. 4-2019. Rapportserie Senter for omsorgsforskning. . Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2624074>
- Førland, Oddvar, Ambugo, Eliva Atieno, Døhl, Øystein, Folkestad, Bjarte, Rostad, Hanne Marie, & Sundsbø, Astrid O. (2020). Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og

mellom offentlige og private tjenesteytere. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 1-2020 (under publisering).

Haukelien H, Vike H, Vardheim I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Telemarksforskning. TF-rapport nr. 362. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2486637>

Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B., & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. *Digitalisering i sykepleietjenestene – en arbeidshverdag i endring*, 153. <http://dx.doi.org/10.23865/noasp.71>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-18). *Leve hele livet*. St.m.15. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Meld. St. 34 (2015–2016)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *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/9d3cc31cbdb14f7b8a7b11a58c3f6ef8/nou-2018_-16-det-viktigste-forst.pdf

Helsedirektoratet. (2020, 25. mars). *Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien. 25. mars 2020. Notat*. Oslo: Helsedirektoratet.

Ingstad, K. & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(3): 152-157. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0107408315584705>

Ingstad, K. (2016) Arbeidstid og turnus – en historisk utvikling. I: Ingstad, K. (red) *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk. <https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Arbeidsliv/Tillitsvalgt/Turnus-som-fremmer-heltidskultur>

Jenhaug, L.M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning* 21 (1): 39–58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>

Johansen V. & Lofthus, A. (2011). *Kommunenes rekruttering til og oppfølging av frivillig omsorg*. ØF-notat 11/2011. Østlandsforskning. Hentet fra <https://www.ostforsk.no/publikasjoner/kommunenes-rekruttering-til-og-oppfolging-av-frivillig-omsorg/>

KS (2019) Heltids-/deltidsstatistikk. <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/publisert-heltids-deltidsstatistikk/>

Lorentzen, H. & Tingvold, L. (2018). Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4 (2):120-131. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-08>

Melby, L., Brattheim, B. J., & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital – home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*.

Melby, L., Obstfelder, A., & Hellesø, R. (2018). "We tie up the loose ends": Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global qualitative nursing research*, 5, 2333393618816780. <http://dx.doi.org/10.1177/2333393618816780>

Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P. J., & Karlstrøm, H. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene*. Kunnskapsnotat. Retrieved from Oslo: <https://www.forskningsradet.no/contentassets/648682087bb5457295d9923519d48f15/digitaliseringens-konsekvenser-for-samhandlingen-og-kvaliteten-pa-helse--velferds-og-omsorgstjenestene.pdf>

Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A., & Førland, O. (2019). Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger.

Melby, Line, Ågotnes, Gudmund, Ambugo, Eliva Ateno, & Førland, Oddvar. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig 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

Moland, L. E. og Bråthen, K. (2019b) *En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse*. Faforapport 2019:15. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/en-ny-vei-mot-heltidskultur>

Munkejord, M.C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? En tematisk analyse av eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4(1): 16-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03>

Munkejord, Mai Camilla, Schönfelder, Walter, & Eggebø, Helga. (2018). Sosial omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 298-306. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12

Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J., & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>

Olsen, R., & Devik, S., A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2415062>

Olsen, R.M, Ness, T., & Devik, S., A. (2017). Fall og pasientsikkerhet blant eldre kommunene. En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2452445>

Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

Rostad, H.M., Sundlisæter Skinner M., Hellesø R. & Sogstad M.K.R. Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study

Sortland, O (2020). *Fordeling av gaver og oppgaver. En praxeologisk studie av hjelpe- og utvekslingspraksiser mellom eldre med hjelpebehov, familien og ansatte i kommunal eldreomsorg* (Phd). UiB, Bergen. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/21358>

Statistisk sentralbyrå. (2020a): <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Statistisk sentralbyrå. (2020b): <https://www.ssb.no/statbank/table/11644/>

Statistisk sentralbyrå. (2020c): <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Stoltz P., Udén, G. & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science* (118): 111-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x>

Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 153-164.

Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing ethics*, 18(3), 386-396.

Ulmanen, P. (2015). Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur et könsperspektiv. (Rapport i socialt arbete nr. 150, 2015). Hentet fra <https://www.socarb.su.se/forskning/aktuellt/omsorgens-pris-i-%C3%A5tstramningstid-anh%C3%B6rigomsorg-f%C3%B6r-%C3%A4ldre-ur-ett-k%C3%B6nsperspektiv-1.252365>

Vatnøy TK, Karlsen T-I, Dale B. (2019). Exploring nursing competence to care for older patients in municipal in-patient acute care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3339-3352. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.14914>

Vatnøy TK, Skinner MS, Karlsen T-I, Dale B. Professional nursing competence in municipal in-patient acute care in Norway. A cross-sectional study (unpubl., under fagfelle vurdering)

Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hornsten, A. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961-970. doi:10.1111/scs.12534. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12534>