

Maren Magret Høistad Søtvik

# Kvalitet i beslutningsprosesser i henhold til individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Kenneth Stensen

Mai 2024



Maren Magret Høistad Søtvik

# **Kvalitet i beslutningsprosesser i henhold til individbasert pleie- og omsorgsstatistikk**

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Kenneth Stensen  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract .....	3
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>5</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	7
1.2 Avgrensing .....	8
1.3 Oppgavens hensikt.....	9
1.4 Begrepsavklaring .....	9
1.5 Oppgavens disposisjon.....	10
<b>2.0 Teori .....</b>	<b>11</b>
2.1 Kvalitet i helse og omsorg .....	11
2.2 Beslutningsprosesser .....	12
2.2.2 KPR .....	14
2.2.2 IPLOS .....	15
2.3 Kvalitetsindikatorer .....	15
2.4 ADL.....	16
2.5 Vernepleierfaglig praksis .....	17
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>18</b>
3.1 Søkeprosess .....	19
3.1.1 Fagdatabase, kriterier og andre avgrensinger.....	19
3.2 Søkehistorikk .....	20
3.3 Litteraturmatriser .....	22
3.4 Analyse.....	29
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>30</b>
4.1 Kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester.....	31
4.2 Personell og tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester .....	32
4.3 Mengde helsehjelp basert på kvalitetsindikatorer i beslutningsprosesser .....	32
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>36</b>
5.1 Kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester.....	36
5.2 Personell og tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester .....	37
5.3 Mengde helsehjelp basert på kvalitetsindikatorer i beslutningsprosesser .....	39
5.4 Metodediskusjon og fremtidig forskning .....	39
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>40</b>
<b>7.0 Litteraturliste .....</b>	<b>42</b>

# Kvalitet i beslutningsprosesser i henhold til individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan påvirker standardiserte beslutningsprosesser, som er basert på individorientert pleie- og omsorgsstatistikk, kvaliteten på tjenestene i vernepleiefaglig praksis innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

**Introduksjon/bakgrunn:** Kvaliteten på helse- og omsorgstjenester sier noe om hvor, hva og hvordan tjenestene som utgis er basert på ulike indikatorer. Helsepersonell innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten står stadig ovenfor beslutninger sammen med og på vegne av tjenestemottaker. Beslutninger som er med på å danne hva slags tjenestetilbud pasient eller bruker mottar. Disse beslutningene vil dermed inngå i et større perspektiv, hvor data, statistikk og variabler, vil være en avgjørende faktor for tjenestetilbudet.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudier er å opplyse helsepersonell i vernepleiefaglig praksis om hvordan data om tjenestemottaker, ved for eksempel ADL-kartlegging, er med på å bidra til ressursutbytte i helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor. Hvordan innhentet datamateriell som er innhentet på kommunalt nivå er med på å tydeliggjøre hvor viktig kvaliteten av kartleggingen er for tjenestemottakers behov. Det er også viktig å inneha kunnskap om konsekvensene ved feilberegnete data og statistikk, samt konsekvenser som er til nytte for tjenestemottaker.

**Metode:** Oppgaven er bygget på fagfellevurderte forskningsartikler fra ulike databaser som er med på å støtte opp under problemstillingen. For at disse forskningsartiklene skal bygge opp tillit, inneholder oppgaven også faglitteratur som er med på å støtte opp under forskningsartiklene og problemstillingen.

**Resultat:** Ulikheten i bruken av data av tjenestemottaker kan vises å være betydelig for tjenesteutfallet. Ressurser og helsehjelp blir rekvirert fra høyere hold på nasjonalt nivå som ikke har kjennskap til tjenestemottaker. Helsepersonell ser på dataene som

noe som må gjøres, og som skal bli rapportert til et høyere hold. Kartleggingen er viktig i forbindelse med vernepleiefaglig arbeid, da dette er med på å synliggjøre hva brukeren trenger og har krav på av tjenester. Samtidig så ser man viktigheten i bruken av data og statistikk på nasjonalt nivå hvor man får innsikt av tjenestekvaliteten i kommunene. Ledere over etater innen helse- og omsorg ser på disse kvalitetsindikatorene som et nyttig virkemiddel for forbedring av tjenestekvaliteten.

**Konklusjon:** Ulikhetene i bruken av statistikk og data kan vise seg å være betydelig for resultatet av kvalitetene av tjenestene som gis. Tjenestene som gis baserer seg på et grunnlag som forteller noe om hva brukeren trenger av bistand og hvilken helsehjelp som er nødvendig for tjenestemottaker. Hvis tjenestene baserer seg på data og statistikk i lederens formål, kan mye handle om økonomi. [Det vil derfor av og til bli utgitt uforsvarlige tjenester til tjenestemottaker på grunnlag av dette.](#) På nasjonalt nivå vil dataene belyse hvordan tjenestene i helse- og omsorgstjeneste i ulike kommuner «klarer seg», og hvordan ledere kan sammenligne seg selv med andre, «bedre» kommuner.

**Nøkkelord:** beslutningsprosesser, kvalitet i helse- og omsorg, kommunalt pleieregister (KPR), individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS), interkommunalt, nasjonalt nivå, statistikk og data

**Antall ord:** 7690

## Abstract

**Title/Topic question:** How do standardized decision-making processes, based on individual-oriented care and welfare statistics, impact the quality of services in professional practice within municipal healthcare services?

**Introduction/background:** The quality of healthcare services indicates about where, what, and how the services provided are based on various indicators. Healthcare personnel within municipal healthcare services are continually faced with making decisions together with and on behalf of the receivers of the services. Decisions that help what kind of service the patient or user receives. These decisions

will be a part of a larger perspective, where data, statistics and variables, will be a significant factor for the offering of services.

**Purpose:** The purpose is to inform health personnel in nursing practice about how data on the receivers of the services, for example through ADL-mapping, helps to contribute to resource utilization in healthcare services in the municipal. How data collected at a municipal level helps to clarify how important the quality of the mapping is to the receivers of the service's needs. It is also important to have knowledge of the consequences of miscalculated data and statistics, and the positive consequences.

**Method:** The assignment is based on peer-reviewed research articles from various databases that helps to support the problem issue. For these research articles to build trust, the proposition also contains fact-based literature which helps to support the research articles, but also the problem issue.

**Results:** The difference in the use of data on the receivers of the services can be shown to be significant for the service outcome. Resources and health care are requested from superiors at a national level who have less knowledge of the receivers of the services. Healthcare personnel see the data as something that needs to be done, and that must be reported to a higher level. The mapping is important in connection with professional work, as this helps to make visibilities on what the user needs and is entitled to in terms of services. At the same time, you see the importance of the use of data and statistics at national level, where you gain insight into the municipalities, where the superiors of the departments see this as a useful tool for improving the quality of services.

**Conclusion:** The differences in the use of statistics and data can prove to be significant for the result of the quality of the services provided. The services provided are based on a basis that tells something about what the user needs in terms of assistance and what healthcare is necessary for the receivers of the services. If the services are based on data and statistics in the superiors' purpose, a lot can be about the financial. Unreasonable services will therefore occasionally be released to the receivers of the services on this basis. At a national level, the data will lean-to how the services in healthcare services in different municipalities 'do', and how managers can compare themselves with other, 'better' municipalities.



**Keywords:** decision-making processes, quality in health and care, municipal care register (KPR), individual-based health and care statistics (IPLOS), inter-municipal, national level, statistics, data

**Number of words:** 7690

## 1.0 Innledning

På nasjonalt nivå finner vi en langsiktig målsetting om at kommunene skal rapportere og gjennomføre en systematisk kartlegging over tjenstemottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. I forskriften om kommunalt pasient- og brukerregister (Lovdata, 2017) forsikrer §3-1, første ledd, om at de virksomheter som utgir helsehjelp i form av blant annet praktisk bistand i helse- og omsorgstjenester skal oppgi opplysninger til registeret. Disse målsettingene har som mål å sette en organisatorisk standard, som skal være med på å opplyse og bidra til kvalitetssikring av tjenestene. På nasjonalt- og interkommunalt nivå bidrar dette til en oversiktlig orientering og standardisering av tjenestene. Dette bidrar til kunnskap om tjenestetilbudet og belyser endrings- og korrigeringsalternativer basert på dataene.

Kommuner i Norge har ulikt utgangspunkt når det kommer til pasient- og brukerstatistikk. Disse dataene baserer seg på antall tjenstemottakere, hvorvidt tilbudet av helsetjenester er, og hvordan helse- og omsorgstjenestene er konstruert innad i kommunene. Trondheim Kommune viser til et folketall på 214 565 innbyggere 4. kvartal i 2023 (Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway, 2023). Av disse får 44 601 (Tabell 1.) antall innbyggere én eller flere helse- og omsorgstjenester levert av Trondheim kommune (Trondheim kommune, 2024). Denne andelen går under en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk som er med på å bestemme hvordan ressursene fordeles, individuelt og organisatorisk i kommunen.

Slike data er med på å bestemme ulike beslutninger som tas innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonell arbeider ofte tett på tjenstemottaker, og innehar dermed viktig kunnskap om utnevnte. En slik kunnskap danner

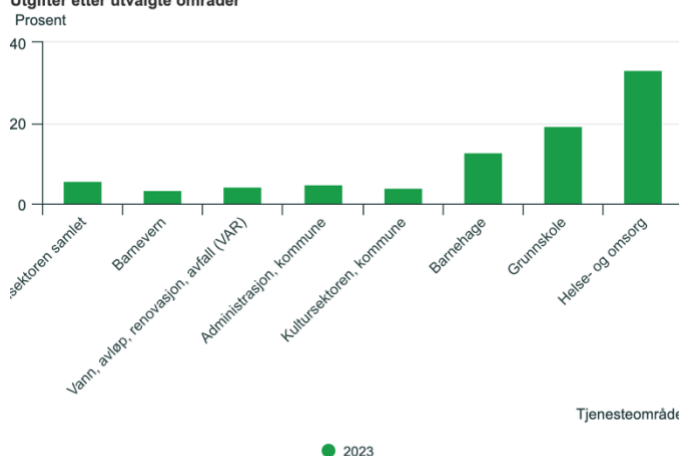
grunnlaget for hva et egnet tjenestetilbud er til tjenestemottaker. Eksempelvis kan vernepleiere ta beslutninger på vegne av, og sammen med tjenestemottaker avhengig av funksjonsnivå. Dermed blir beslutningsprosessene en avgjørende indikator på tjenestemottakers kvalitet og tilbud av tjenestene som skal ytes. Med dette synliggjøres viktigheten av datagrunnlaget i beslutningsprosesser. Dette datagrunnlaget er med på å bli vurdert gjennom pasient- og brukerstatistikk, som gir en orientering oversikt over kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan påvirker slike standardiserte beslutningsprosesser, som er basert på individorientert pleie- og omsorgsstatistikk, kvaliteten på tjenestene i vernepleiefaglig praksis innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

**Brukere som har mottatt tjeneste - Antall per tjenestetype og år**

Tjenestetype	År		Endring %
	2022 Brukere	2023 Brukere	
Totalt antall brukere	13 171	12 987	-1,4 %
Helse tjenester i hjemmet	7 482	7 419	-0,8 %
Trygghetsalarm	6 548	6 625	1,2 %
Praktisk bistand - daglige gjøremål	5 276	5 434	3,0 %
Langtidsopphold i institusjon	1 864	1 857	-0,4 %
Matombringning	1 796	1 920	6,9 %
Dagaktivitetstilbud	1 732	1 849	6,8 %
Støttekontakt	1 017	1 024	0,7 %
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	962	814	-15,4 %
Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold	798	686	-14,0 %
Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål	761	582	-23,5 %
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	655	618	-5,6 %
Avlastning utenfor institusjon	431	482	11,8 %
Omsorgsstonad	408	451	10,5 %
Avlastning i institusjon	395	421	6,6 %
Tidsbegrenset opphold - annet	453	347	-23,4 %
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	231	247	6,9 %
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	181	254	40,3 %
Helsehjelp med tvang	151	169	11,9 %
Dagopphold i institusjon	150	149	-0,7 %
Lokaliseringsteknologi (GPS)	90	113	25,6 %
Bruk av tvang psykisk utviklingshemming - nødsituasjoner	128	41	-68,0 %
Bruk av tvang psykisk utviklingshemming - planlagte tiltak	51	62	21,6 %
Digitalt tilsyn	45	51	13,3 %
Elektronisk medisineringsstøtte	91		

**Tabell 1:** Brukere som har mottatt tjeneste basert på tjenestetype og årstall. Viser også prosentvis endring av antall tjenestemottakere 2022-2023. (Trondheim kommune, 2024).

**Utgifter etter utvalgte områder**



**Tabell 2:** Viser til utgifter etter utvalgte tjenesteområder i Trondheim kommune i 2023 (Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway, 2023).

Kilde: Kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Gjennom de fastslåtte midlene til kommunene, vil disse bli fordelt utover de ulike tjenesteområdene innenfor helse- og omsorg. Hvordan de fordeles bestemmes ut fra

prioriteringskriterier innenfor behov, ressurser og økonomiske midler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Kommunens utgifter og økonomiske midler viser til at størst andel går til tjenesteområdet innenfor helse- og omsorg (Figur 2, (Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway, 2023)).

Tallgrunnlagene for denne oppgaven vil bygge på statistikk hentet fra SSB – Statistisk sentralbyrå, IPLOS – Individbasert pleie- og omsorgsregister, og KPR – Kommunalt pasient- og brukerregister. Disse tallene innunder SSB og KPR er hentet fra kommunal rapportering. Noe av brukt statistikk kan vises feil, hvor SSB har selv gått ut med at på grunn av endringer fra og med 1. januar 2024 i kommune- og fylkesstruktur, vil tall publisert for 2024 vises feil. Jeg vil derfor bruke statistikk fra år 2022 og 2023.

## **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

Vernepleierutdanningen ved NTNU har et læringsutbytte der vernepleiere skal inneha kunnskap om helse- og velferdstjenestenes organisering og vernepleierens rolle (NTNU - Norges teknisk-vitenskapelige universitet). Vernepleieren jobber ofte under helse- og omsorgstjenestens organisatoriske rammer. Individorientert omsorg, miljøterapeutisk tilnærming og legge til rette for medvirkning og selvbestemmelse er noe av vernepleieres kjerneverdier i sitt arbeid. I sitt arbeid skal man også inneha kunnskap om hvilke organisatoriske rammer, bestemmelser og retningslinjer som følger med profesjonsyrket. Litteraturstudiet vil dermed legge til rette for et organisatorisk perspektiv, samtidig som den vil trekke frem sentrale elementer i vernepleiefaglig arbeid. Et organisatorisk perspektiv gjennom profesjonelle arbeidsorganisasjoner, der vernepleiere yter tjenester til tjenestemottakere under bestemte retningslinjer og vilkår (Svendson, 2008, s. 131).

Dette temaet er relevant for vernepleieryrket gjennom vernepleieres innpass i det organisatoriske systemet. For vernepleiere er kartlegging av tjenestemottaker et viktig element i identifisering av mottakers livssituasjon. Vernepleierens kjennskap og kunnskap om tjenestemottaker er avgjørende for hva tjenestemottaker mottar av tjenester. Vi inngår i beslutninger som omhandler tjenestemottaker, hvor vi noen ganger må ta beslutninger *på vegne av* tjenestemottaker.

Vernepleiere som jobber tett på tjenestemottakere med for eksempel psykisk utviklingshemming, skal kunne gi en vurdering på hva slags midler og ressurser som er nødvendig for tjenestemottakeren. Beslutninger som aktivt eller passivt kan foreligge i helse- og omsorgstjenesten, som er med på fremme et helhetlig helsetilbud basert på for eksempel kartlegging. For at dette skal kunne være et krav, vil kjennskap til hvordan individorientert pleie- og omsorgsstatistikk er integrert i beslutningsprosesser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være sentralt.

## 1.2 Avgrensning

Litteraturstudiet vil ta for seg data og statistikk fra Trondheim kommune. Valget av Trondheim kommune ble konkretisert og basert på valid og oversiktlig statistikk over ulike helhetlige helsetilbud. Samtidig bidrar valget til en innskrenkning av oppgaven, enn det ville gjort sammenlignet på nasjonalt nivå. På nasjonalt nivå fremmer tydelig regjeringen om rapporterte tall fra kommunene, men om disse ikke alltid foreligger grunnet avvik og feil i rapportering. Nasjonalt nivå ble unngått grunnet disse faktorene. Etter analysing av ulikt datamaterialet, falt valget på Trondheim kommune da det både foreligger personlig kjennskap til kommunen, men også noe jeg ville lære mer om.

Primærhelsetjenesten ble valgt på grunnlag av erfaringer og kunnskap i henhold til helsetjenester som ytes av kommunal sektor. Tjenestene i seg selv vil ikke bli forklart, men vil bli nevnt i ulike eksempler.

ADL tar for seg en rekke faktorer innenfor activities of daily living. Begrepet vil bli nærmere gjort rede for i teoridelens punkt 2.3. IADL og PADL vil ikke bli nevnt på grunnlag av forskningsartiklenes relevans og redegjørelse av ADL.

IPLOS er et register som vil bli nevnt, men som ikke vil være like gjeldende som KPR. IPLOS kan sammenstilles med KPR hvis man for eksempel trenger opplysninger før KPR ble gjeldene i 2017. IPLOS nevnes grunnet relevante funn i Tøndels (2013) forskningsartikkel, hvor ulike konsekvenser vil bli nevnt i studien i henhold til dette.

Kvalitetsindikatorer er noe som har en sentral rolle i litteraturstudiet. Disse vil bli presisert i litteraturstudiets teoridel punkt 2.4. Kildehenvisning angående

kvalitetsindikatorer kommer blant annet fra NKI, Nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2022). NKI vil ikke bli nevnt i litteraturstudiet grunnet bredt omfang av informasjon hvor noe tematikk har blitt vurdert som uten relevans for litteraturstudiet. Noe av fra NKI indikerer til kvalitetsindikatorer, som vil bli fremmet der kildehenvisning er nødvendig.

### 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse viktigheten av kunnskap om hvordan kartleggingen er med på å bidra til hvilke midler og ressurser tjenestemottaker får. Hvordan oversiktlig data og statistikk er med på å sikre gode og kvalitetssikre helsetjenester ses på som hensiktsmessig å finne ut av. Litteraturstudien skal være til hjelp til blant annet nyutdannede vernepleiere som skal ut i arbeid, og som muligens skal jobbe videre i et høyere og organisatorisk nivå. Den skal belyse ulikhetene av bruken av blant annet tall og statistikk, hvorvidt ulikhetene av bruken av dem i tjenestene har å si for tjenestemottaker og i tjenestene som gis.

### 1.4 Begrepsavklaring

**Kvalitetsindikatorer:** Kvalitetsindikatorer er datamateriell som sier noe om kvalitetene av tjenestene som ytes (Helsedirektoratet, 2022). Eksempelvis datamateriell gjennom statistikk basert på rapportering fra kommunene som synliggjøres på nasjonalt nivå.

**Kontekstuelle faktorer:** Faktorer som sier noe om kvaliteten på tjenestene basert på organisatoriske indikatorer innad i kommunene. Eksempelvis økonomisk situasjon, tilrettelegging og planlegging av tjenestene, helsepersonells kompetanse og kunnskap, og beslutningsprosesser.

**Beslutningsprosesser:** Beslutninger som tas av ulike aktører i forbindelse med tjenestemottaker innad helse- og omsorgstjenester. Beslutningsprosesser innebærer konsekvenser innenfor kvalitetssikrede, effektive og lovregulerte bestemmelser. (Kilde)

**ADL:** Activities of daily living. Ikke et enstydig begrep. Inngår i aktiviteter man gjør i hverdagslivet, hvor praktiske ferdigheter er mest gjeldene (Tuntland, Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse, 2020). Eksempelvis ting man gjør i hverdagen, fritidsaktiviteter eller jobbsituasjon (Tuntland, Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse, 2020, ss. 20-21).

**IPLOS:** Pasient- og brukerregisteret som registrerer data fra tjenestemottakere som har eller har mottatt helse- og omsorgstjenester frem til 2017.

**KPR:** Gjeldende pasient- og brukerregister i dag.

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgavens disposisjon tar for seg kapitlene: 1.0 Innledning, 2.0 Teori, 3.0 Metode, 4.0 Resultater, 5.0 Diskusjon, 6.0 Konklusjon og avslutningsvis en kildehenvisning i 7.0 Litteraturliste. Innledningsvis vil fremtreder problemstillingens tematikk, og oppgavens utgangspunkt forekomme. Teoridelen tar for seg relevant faglitteratur, samt implementering av sentrale holdepunkter fra valgte forskningsartikler. Metod delen viser til forekomst og systematisk søkeprosess av litteraturstudiet. Basert på forskningsartiklenes resultater, vil disse bli gjort rede for i resultatdelen. Diskusjonsdelen viser til en drøfting basert på problemstillingens tematikk. Her vi forskningsartiklenes resultater drøftes opp mot teoridelen faglitteratur. Konklusjonsdelen tar for seg oppsummerende faktorer, hvor hovedfunn blir presentert. Anvendt litteratur for litteraturstudiet vil avslutningsvis vises i litteraturdelen.

## 2.0 Teori

### 2.1 Kvalitet i helse og omsorg

Samhandlingsreformen (2009) var et svar på de ulike utfordringene som ble møtt i helse- og omsorgstjenestene. Reformens formål skulle fremme et utviklingsarbeid interkommunalt om endringstiltak ved fordelingen av tjenester, forebygging av sykdom, diagnosekriterier og behandlingen til statens tjenestemottakere (Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, 2009-2010). Vurderinger og ansvar ble i stor grad delegert til kommunene, hvor kontekstuelle faktorer, koordinering og ytelsen av helse- og omsorgstjenestene var sentrale tiltak.

Helse- og omsorgstjenesten opererer under ulike organisatoriske strukturer. Helse- og omsorgstjenesten er delt inn i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Denne oppgaven vil legge vekt på primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten består av ulike tjenesteområder innenfor helse- og omsorg i ansvar og regi av kommunen. Kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter hjemmebaserte tjenester, personlig assistanse og opphold i institusjon/sykehjem (Hauksdottir, Iversen, & Berntsen, 2021, s. 34).

Innenfor de ulike tjenesteområdene i helse- og omsorg finner vi tjenestemottakere med ulike behov for helsehjelp. Dette innebærer hva tjenestemottaker har behov for av nødvendige tjenester, mottakers egne ressurser, sykdomsbilde og prognoser for videre behandling. Tjenestemottakers forutsetninger for kvalitetssikrede tjenester er et sentralt element, som sier noe om videre pasientforløp. Pasientforløp foreligger som «en oppskrift» med informasjon om hva som er underliggende årsak, hvordan tjenestene skal ytes, og hvilke tjenester som skal gis. Denne informasjonen fremmer kvaliteten og koordinering av tjenestene til tjenestemottaker gjennom relevante data (Hauksdottir, Iversen, & Berntsen, 2021, s. 30). Dataene blir vesentlige for videre tiltaksplanlegging og organisering av tilpassede tjenester for individet. Disse dataene, kvalitetsindikatorne, bidrar til videre forskning innen fagfeltet. Denne forskning skal bidra til tjenesteutbedring innen tematikk som kvaliteten i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, ss. 33-34).

Kommunale helse- og omsorgstjenester har et krav om å rapportere inn relevante helsefaglige data om hver enkelt mottaker av helse- og omsorgstjenester (Lovdata,

2017). Disse dataene omhandler ulike tjenestekoder som belyser type tjeneste med ulike funksjonsvariabler. For at disse dataene skal være valide, må det foreligge nok informasjon som tilsier noe om tjenestemottaker. Slike data kan eksempelvis være tjenestemottakers motoriske og kognitive funksjonsnivå, samt tjenestemottakers tilretteleggingsbehov (Morris, Sarmiento, & Eberle, 2024, s. 17). Disse dataene brukes så videre slik at tjenestemottaker får en vurdering av hvilke tjenestetilbud som er best egnet. Disse vurderingene tas ofte på nasjonalt nivå, hvor saksbehandlere har en sentral rolle (Tøndel, Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten, 2013, s. 73).

Dataregistre som KPR registrerer tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Innledningsvis viste litteraturstudien til statistikk (Tabell 1) over antall tjenestemottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i Trondheim kommune. Disse dataene kvalifiserer seg innenfor kvalitetsindikatorer hvor de innsamlede dataene tilsier noe om antall tjenestemottakere og hvilken tjenestetype som er mest aktuelle ved bistandsbehov. Døhl m.fl. (2014) forskningsartikkel ser nærmere på om tjenestemottakernes individuelle rutinedata kan brukes til kort- og langsiktig planlegging av langtidspleie i hjemmebasert omsorg ved primærhelsetjenesten. Her ser de på to grupper og tidsomfang av mottatte tjenester innenfor hjemmebasert omsorg. Disse to gruppene inkluderer eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne. De fremmer viktigheten av at kvalitet dannes ved å planlegge tjenester, predikere kostnader og finne ressurser. For at disse faktorene skal indikere i for eksempel beslutningsprosesser, må man ha informasjon om de ulike faktorene som spiller inn i behovet for hjemmebasert omsorg (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014, s. 298).

## **2.2 Beslutningsprosesser**

Beslutningsprosesser inngår i alle valg og handlinger som blir tatt på vegne av tjenestemottaker. I beslutningsprosesser som vedrører tjenestemottaker handler det om tillit, identifisering, bruk av relevante data, evaluering av tjenestemottaker og en vurdering av profesjonalitet i tjenestekvalitet (Tuntland, Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse, 2020, ss. 26-27). Beslutningsprosesser kan for eksempel brukes aktivt



eller passivt med tjenestemottaker. Passivt bruk av beslutningsprosesser kan være det vi eksempelvis ser på nasjonalt nivå, hvor beslutninger blir tatt på bakgrunn av data og informasjon om tjenestemottaker uten at man nødvendigvis kjenner til mottakeren. Den fellende bestemmelsen genererer det endelige utfallet av tjenestekvaliteten til tjenestemottaker. Aktive beslutningsprosesser kan for eksempel være data og informasjon man mottar i praksis sammen med tjenestemottakeren. Vernepleiere er sentrale roller som jobber aktivt med tjenestemottakere i beslutningsprosesser i helse- og omsorgstjenester.

I helse- og omsorgstjenester i kommunal sektor finnes det ulike områder hvor ledere fremtrer på tvers av sektorene. Her vil ulike arbeidsoppgaver stå sentralt; oppgaver som består av ansvar, tilrettelegging rundt tjenestemottaker, omsorgskulturen blant ansatte i tjenesten og sikre en fornuftig økonomi (Solbakken, Bondas, & Kasén, 2019, ss. 1245-1247). Artikkelen til Solbakken m.fl. (2019) ser på hvordan planlegging og organisering av tjenestene kan forekomme mer effektivt, i omfang av finansiering og budsjettering. Dette er sentrale faktorer som kan virke belastende for kommuner innenfor helse- og omsorgssektoren. Innledningsvis ble det vist til statistikk (Tabell 2) hvor man ser at store deler av de økonomiske midlene i Trondheim kommune går til tjenesteområder innenfor helse- og omsorgssektoren.

Helsepersonell, ledere og politikere må ta beslutninger om hvem som skal få og hvem som må vente, hvilke tjenester som skal prioriteres, hva som skal prioriteres ned eller tiltak som kanskje ikke skal prioriteres i det hele tatt.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 6)

Beslutningsprosesser handler dermed om prioriteringer. Prioriteringer som omhandler om å sikre kvalitetssikrede tjenester gjennom pasientbehandling og finansiering av tjenestene, på tvers av kvalifisert personell. Data som tall og statistikk er med på å belyse hvordan og hvor midlene skal fordeles mellom tjenesteområdene og i selve tjenestene (Solbakken, Bondas, & Kasén, 2019). Planleggingen av tjenester er avhengig av data, statistikk og ulike variabler, deriblant KPR, Kommunalt pasient- og brukerregister (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 35). Disse dataene dannes ved datainnsamling. Denne datainnsamlingen kan eksempelvis være i forbindelse med vernepleiefaglig

praksis, hvor datainnsamling i form av kartlegging av ADL-ferdigheter, er sentrale faktorer som indikerer til videre kvalitetsindikatorer innenfor for eksempel KPR.

### 2.2.2 KPR

KPR står for kommunalt pasient- og brukerregister. Det kommunale registeret presenterer tjenestemottakere som har søkt om, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester (Folkehelseinstituttet, 2024). Det kommunale pasient- og brukerregisterets formål er:

Hovedformålet med KPR er å gi kommunale, regionale og sentrale helsemyndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunene. KPR kan også brukes som grunnlag for kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser og forskning.

(Folkehelseinstituttet, 2024)

For at en helhetlig vurdering av helse- og omsorgstjenester skal tilbys tjenestemottaker bruker kommuner KPR for sin vurdering. Oppdatert og kvalitetssikrede data er med på å sikre kvalitetsindikatorene innad i helse- og omsorgssektorene i kommunene. Slike data danner grunnlaget for planlegging, styring, finansiering og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunene (Folkehelseinstituttet, 2024). Tabell 1 sier noe om dette gjennom omfanget av antall tjenestemottakere og hvilke tjenestetyper som er aktuelle. Disse kvalitetsindikatorene indikerer videre til for eksempel Tabell 2, hvor oppfattelsen av de fordelte midlene blir predikert på grunn av de innsamlede kvalitetsindikatorene fra KPR. Derav vil bruk av innrapporterte kvalitetssikrede data være bestemmelsesverdig når det kommer til beslutningsprosesser på vegne av tjenestemottaker. Dette presiseres også gjennom forskriften om kommunalt pasient- og pleieregister, § 1-1. Formål, første-, andre- og tredje ledd:

Forskriften skal sikre at innsamling og annen behandling av helseopplysninger i Kommunalt pasient- og brukerregister foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og er til individets og samfunnets beste.

Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helseopplysninger som er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal.

(Lovdata, 2017)

### 2.2.2 IPLOS

IPLOS var et register ved bruk på nasjonalt nivå som inneholdt informasjon angående kommunale helse- og omsorgstjenestemottakeres ressurser og bistandsbehov fra 2007-2017 (Tuntland, Kapittel 4 - ADL-vurdering, 2020, s. 88) (Folkehelseinstituttet, 2007-2017). Dette registeret ble brukt frem til 2017, hvor KPR ble omgjort til det nye registeret for data om tjenestemottakere sammen med opplysningene fra IPLOS.

Tidligere har IPLOS vært et omdiskutert emne. Det som har blitt diskutert er ulikheten og viktighetsgraden av bruken av IPLOS-data. Gunhild Tøndel (Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten, 2013) ser på hvordan tjenestemottakere blir representert gjennom kommunale helse- og omsorgstjenester basert på data fra IPLOS. Dataene representerer tall og statistikk basert på funksjonsvurderinger og fordeling av funksjonære ressurser tilpasset tjenestemottaker. Tøndel (2013) skriver om hvordan tallene blir representert, brukt, tydeliggjort og utydeliggjort i ulike parter av den organisatoriske sektoren. Partene inngår direkte eller indirekte i henhold til tjenestemottaker. Eksempelvis vernepleiere, ledere av tjenesteområder, og overordnede som utveksler dataene med eksempelvis IPLOS/KPR. Ulikhetene blir fremmet etter ulik forståelse av viktighetene av tall, statistikk og data.

## 2.3 Kvalitetsindikatorer

Den enkelte indikator blir en linse til sekvenser av datasystemer, tall og variabler, lover, forskrifter og retningslinjer – og menneskelig arbeid, fra ansikt til skjerm. Det høres nesten ut som kunnskapsproduksjonen blir et lim. Og det blir den, fordi den skaper forbindelsene vi beskriver. Samtidig, når noen eller noe limes sammen, har dette en konserverende effekt: Lim tvinger materiale sammen, for å styrke det gjennom å holde det fast. Dermed kan samspillet mellom dem også miste fleksibilitet.

(Tøndel & Rindsem, Iduun, 2022, s. 26)

Kvalitetsindikatorer er med på å vurdere tjenestekvaliteten gjennom målinger basert på informasjon som data og statistikk (Helsedirektoratet, 2022). Kvalitetsindikatorer skal gi et helhetlig bilde av tjenestekvaliteten (se *punkt 1.4. Begrepsavklaring, Kvalitetsindikatorer*). Det helhetlige bilde av kvalitetsindikatorer ser vi i blant annet strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Strukturindikatorer forteller noe om hvilke målsettinger og data som vises i ulike registre, rammer og ressurser i tilknytning til tjenesten (Helsedirektoratet, 2022). Dette kan for eksempel være innad i tjenestene, eller Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som vil bli presentert nedenfor. Prosessindikatorer sier noe om diagnostikk og behandling, altså hva som forekommer gjennom et pasientforløp (Helsedirektoratet, 2022). Eksempelvis innsamlet ADL- data som blir brukt som kvalitetsindikatorer. Resultatindikatorer forteller noe om hvordan tjenestemottaker opplever slutninger ved et pasientforløp (Helsedirektoratet, 2022). Teksten vil basere seg på disse elementene, og vil bli presentert som *kvalitetsindikatorer*.

## **2.4 ADL**

KPRs register viser til ulike vurderinger som ligger til grunn for tjenestemottakers tilbud om bistand fra helse- og omsorgstjenester. KPR må derfor baseres på en vurdering av tjenestemottakers bistandsbehov. For at en slik vurdering skal kunne foretas må en grundig kartlegging av tjenestemottakers livssituasjon foretas (Tuntland, Kapittel 4 - ADL-vurdering, 2020, s. 83). Denne kartleggingen kan eksempelvis inngå i en ADL-vurdering. ADL tar for seg «Activities of daily living» (Tuntland, Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse, 2020, s. 17), hvor tjenestemottakers hverdagslige og praktiske aktiviteter innen individuelle oppgaver som egenomsorg, mobilitet og husholdning, blant annet, er inkludert i begrepet (Tuntland, 2020, s. 18). ADL blir derfor et viktig hjelpemiddel og en viktig faktor for

kartlegging gjennom datainnsamling til KPR. For at denne kartlegging skal være aktuell, må dataene være valide. Valid data anses som noe adekvat (Tuntland, 2020, s. 99). Det skal være en god helhetlig vurdering som beskriver situasjonsbildet til tjenestemottaker. Denne informasjonen blir derfor avgjørende for videre vurderinger for tilbud og bistand i henhold til tjenestemottaker i helse- og omsorgstjenester. Eksempelvis kan individbasert pleie- og omsorgsstatistikk vises til Døhl m.fl. (2014) tabell i sin forskningsartikkel (Tabell 3, Artikkel 4 tabell 1), hvor de baserer kvalitetsindikatorer basert på ADL-variabler.

*Tabell 3: Tabellen viser til kognitiv og fysisk funksjonsnedsettelse fra tidligere IPLOS-registret, som viser til hvilke variabler som indikerer til en klassifikasjon av funksjonsnivåscore.*

**Table 1** Disability and impairment variables from 'Individual nursing and care statistics' (IPLOS) used in the analysis, its classification and factor analysis classification

Variables	Classification	Elderly	Intellectually disabled
1 Eating	ADL	} Physical disability	} Physical and cognitive composite score
2 Dressing	ADL		
3 Personal hygiene	ADL		
4 Using the toilet	ADL		
5 Indoor mobility	Mobility		
6 Outdoor mobility	Mobility		
7 Cooking	IADL	} Cognitive impairment	
8 Housekeeping	IADL		
9 Shopping	IADL		
10 Maintaining own health	Cognitive impairment		
11 Communication	Cognitive impairment		
12 Social interaction	Cognitive impairment		
13 Daily decision-making	Cognitive impairment		
14 Memory	Cognitive impairment		
15 Behavioural impairment	Cognitive-/Behavioural impairment		

ADL, activities of daily living; IADL, instrumental activities of daily living.

## 2.5 Vernepleierfaglig praksis

Som helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester ligger man ofte underordnet et større organisatorisk hierarki. Et system med ulike ledd, med ulike departementer, roller og ledere. Vernepleiere har et mangfoldig utvalg og ulike roller i helse- og omsorgstjenesten. Forventninger, krav og kompetanse ligger under profesjonsrollen. Så hvorfor er vernepleiere knyttet til dette temaet? Vernepleiere jobber aktivt med brukergrupper innenfor ulike tjenesteområder i helse- og omsorgstjenesten. Dahlen (2020) fremmer kvalitet (Glørstad, 2019)

Ofta kan man se vernepleiere som koordinator for brukere med utviklingshemming. En brukergruppe som er avhengig av god, forsvarlig og individuelt tilrettelagt helsehjelp. Mye av dette avhenger av kartlegging av ADL-ferdigheter av individet.

Som nevnt i punkt 2.4 vil det å få en oversikt over tjenestemottakerens livssituasjon være avgjørende for kvaliteten av tjenestene som gis. Dette er også med på å bidra til hva brukeren får av tjenester. Dette vil si at valid og reliabilitet av kartleggingen er avgjørende for hvilke tilbud brukeren får av tjenester, og synliggjør hvilke tiltak som er best for brukeren (Tuntland, 2020, s. 83). Dermed dannes forventningene til vernepleiere i kvaliteten av tjenestene, som en viktig indikator for datainnsamling av blant annet kvalitetsindikatorer basert på for eksempel en ADL-kartlegging. I beslutningsprosesser påvirker disse datainnsamlingene kvalitetsindikatorene, tjenestemottaker og og kvaliteten av tjenestene som gis: «Kunnskapsbasert praksis vil si å integrere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og personen det gjelder sine ønsker og behov i en gitt situasjon når en klinisk beslutning skal fattes» (Tuntland, Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse, 2020, s. 44).

Vernepleiere i helse- og omsorgstjenester kan stå ovenfor betraktninger og beslutninger på vegne av andre, hvor den andre er den som mottar hjelp. Som vernepleier kan man eksempelvis, måtte ta valg på vegne av tjenestemottaker grunnet manglende samtykkekompetanse. Vernepleieren får da en rolle som talsperson (Luteberg, 2019, s. 106). Dermed blir det viktig at opplysningene om datainnsamlingen er valide, og kan veies opp mot følgende handlinger som blir utført på vegne av tjenestemottaker.

### 3.0 Metode

Fagfellevurderte forskningsartikler ble tatt i bruk for å belyse temaet av problemstillingene i denne litteraturstudien. For å finne frem til disse fagfellevurderte forskningsartiklene ble det gjort et systematisk søk basert på gjennomgåtte søkeord. Disse søkeordene ble kunngjort og endret underveis i det systematiske søket basert på hvilken database som ble benyttet. Dette gjorde at det systematiske søket ble mer sentrert på de ulike temaene denne oppgaven tar for seg, og med tanke på temaene de ulike databasene utgjør. Ved starten av det systematiske søket, ble de samme søkeordene benyttet, uten treff. Dette kunne komme av de ulike tematikkområdene som databasene tar for seg. Derfor ble det tatt en vurdering om endring av søkeord som passet med databasenes relevans.

### 3.1 Søkeprosess

Ved begynnelsen av litteraturstudie ble det laget et PICO-skjema som skulle være til hjelp for å avgrense problemstillingen. Ved å avgrense problemstillingen vil det kunne gi en bedre oversikt over hva problemstillingen tar for seg, og hvilke temaer som er relevante i henhold til søk i de ulike databasene (Thidemann, 2020, s. 84). De mest relevante databasene for temaet ble Medline, Embase og Iduun. Idunn ble valgt som database da jeg ville finne relevant norsk litteratur som belyser hovedtemaer innen individbasert helse- og omsorgsregister (IPLOS) interkommunalt i Norge. Her fant jeg relevant litteratur som var med på å belyse problemstillingen.

Tabell 4. PICO-skjema

Population/patitent/problem	Intervention	Outcome
Personell – Interkommunalt Personell – Nasjonalt nivå Tjenestemottaker av helse- og omsorgstjenester Norge	Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk  Beslutningsprosesser Kvalitet	Faktorer og integrering av data og statistikk i helse- og omsorgstjenesten
Personnel – municipality Personnel – national and organizational level Patients or clients of healthcare services Norway	Individual nursing and care statistics  Decision-making Quality	Factors and integration of data and statistics in healthcare system

#### 3.1.1 Fagdatabase, kriterier og andre avgrensinger

Databasene som ble benyttet var Medline, Embase og Iduun. Søkeordene ble først benyttet i fagdatabasen Medline. Her ble det funnet noen relevante artikler, men tematikken var vanskelig å overensstemme med valgt problemstilling. Siden dette ble oppdaget, begynte jeg å oppspore hvilke databaser som hadde mest relevans i henhold til min tematikk i litteraturstudiet. Embase vare en database jeg valgte å benytte. Embase har mye av samme tematikk som Medline, men den dekket noe

tematikk innen et organisatorisk perspektiv. Iduun ble valgt grunnet ingen eller lite dekkende artikler om pasient- og brukerregistre i andre databaser.

Artikkelen til Døhl m.fl. (2014) ble håndplukket under søk etter relevant faglitteratur som støttet opp under problemstillingen, samt inneholdt datamateriell fra Trondheim kommune. Den ble håndplukket gjennom gjennomlesning av en rapport fra helsedirektoratet med tematikk om nytteverdien til blant annet kvalitetsindikatorer innen IPLOS-opplysninger (Helsedirektoratet, 2017).

## **3.2 Søkehistorikk**

*Tabell 5. Søkehistorikk*



Søke dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
9/4	1	Database – MEDLINE "healthcare* AND system* AND municipal* AND Norway"		16,127	7	0	0
9/4	2	Database - MEDLINE "healthcare* AND system* AND municipal* AND Norway"	Peer Reviewed	15,828	14	5	0
9/4	3	Database – MEDLINE "healthcare* AND system* AND municipal* AND Norway"	Peer Reviewed; Publication Date: 20090101- 20241231	13,273	10	4	0
9/4	4	Database – MEDLINE "healthcare* AND system* AND municipal* AND Norway") AND IPLOS"	Peer Reviewed; Publication Date: 20090101- 20241231	4	4	2	1
10/4	5	Database - Idunn "iplos AND helse OR omsorg AND kommune»	Forskningsartikkel, 2010-2023	11	11	3	1
10/5	6	EMBASE " Daily life activity' AND 'disabled person' AND 'norway"	2014-2024	39	4	2	1
	7	Medline	Limiters - Peer Reviewed;	1409	11	2	0

		<b>"Organizational* AND interdisciplinary interaction AND social educator*"</b>	Publication Date: 20140101- 20241231				
<b>10/5</b>	8	Database: EMBASE  'patient safety' AND 'health care quality' AND [2020-2020]/py	2021-2024	660	8	0	0
<b>10/5</b>	9	<b>Database: EMBASE</b>  'patient safety' AND 'health care quality' AND [2020-2020]/py AND 'physically disabled person'	2020-2024	0	0	0	0
<b>10/5</b>	10	<b>Database: EMBASE</b>  'patient safety' AND 'physically disabled person'	2024	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

### 3.3 Litteraturmatriser

For å få bedre oversikt over forskningsartiklene ble det benyttet litteraturmatriser i henhold til Thidemanns fremstilling av matriser (Thidemann, 2020, s. 95). Matrisene har vært til hjelp før og underveis i skrivingen av litteraturstudiet. Matrisene fremmer sentrale holdepunkter i henhold til forskningsartiklene som bidrar til påminnelse om artiklenes tematikk, samt vurderingen av artiklenes relevans. Artiklene ble deretter analysert og studert, samt oversatt til norsk der det var nødvendig. Etter vurdering av relevans og tematikk, ble artiklene satt opp mot tilpassede sjekklister i henhold til metode (Helsebibloteket, 2016).

Tabell 6. Litteratormatrise Artikkel 1

<b>Full referanse</b>	Tøndel, G. (2013, Januar 25). Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten. <i>Universitetsforlaget</i> , ss. 65-90.  <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2013-01-04">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2013-01-04</a>
<b>Hensikt</b>	Utforske integrasjonen av styringstall i klient-økonomisk-administrativt sentrerte praksiser i kommunale helse- og sosialtjenester, og forholdet mellom lokal tallpraksis og nasjonal statistikk som uttrykt på grasrota.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode
<b>Utvalg</b>	Intervju- og observasjonsdata om individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Anonyme konsulenter og informanter
<b>Resultater</b>	Tallene og dataene er tilpasset kommunenes- og helsedirektoratets krav. Noe som gir variasjon i bruken av IPLOS-tall. Den lokale tallpraksisen kan gi konsekvenser for den nasjonale statistikken.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vurdering av kvaliteten ble gjort gjennom sjekklister (Helsebibloteket, 2016). Styrker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publisert gjennom et akademisk forlag</li> <li>• Anerkjent forsker</li> </ul> Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke en tydelig IMRAD-struktur</li> <li>• Studiet er fra 2013</li> <li>• Studiet nevner informantenes vinklinger, ikke stort om mottakerens erfaringer</li> <li>• Komplekst språk</li> </ul>
<b>Relevans</b>	Artikkelen ses på som relevant i henhold til valgt problemstilling. Artikkelen bygger også på det tidligere IPLOS-registre, noe som før var gjeldene. I flere faglitterære bøker fra pensum i vernepleierutdanning ved NTNU, fremmer de IPLOS-registre. Dette gjør at avhandlingene blir relevante og kan knyttes opp mot faglitteratur fra tidligere pensum.
<b>Etikk</b>	Fagfellevurdert av Sosiologisk tidsskrift

Tabell 7. Litteratormatrise Artikkel 2

<b>Full referanse</b>	Tøndel, G., & Rindsem, E. T. (2022, Mars 24). <i>Iduun</i> . Hentet fra Paradoksale kunnskapsobjekter – kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester:  <a href="https://www.idunn.no/doi/10.18261/nnt.39.1.3">https://www.idunn.no/doi/10.18261/nnt.39.1.3</a>
<b>Hensikt</b>	Artikkelen ser på hvordan kvalitetsindikatorer i helsetjenester blir brukt. Artikkelen ser også på hvordan kunnskap og produksjon er med på å bidra til å endre samfunnet, og hvor ofte kravet om kunnskap blir tatt for gitt.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie
<b>Utvalg</b>	Måling og telling av kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
<b>Resultater</b>	Offentliggjøring av kvantifisert kunnskap kan virke som en avgjørende faktor for noen kommuner positivt og kritikkverdig (kvalitetsindikatorer). Skaper «konkurrans», øker krav. Danner en rangering, synliggjør tjenestenes prestasjoner interkommunalt.  Studiens resultater belyser også hvordan kvalitetsindikatorer er med på å forbedre tjenestene. Dette bidrar til kvalitetssikring av tjenestene.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiet er gjennomført nylig</li> <li>• Studiet tar for seg fordeler og ulemper ved bruk av kvalitetsindikatorer, noe som tyder på at studien ikke blir personlig forankret eller har personlige bias.</li> </ul> Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke en tydelig IMRAD-struktur</li> <li>• Språket kan være krevende uten kjennskap til litterære fagord innen blant annet et organisatorisk perspektiv</li> </ul>
<b>Relevans</b>	Forskningsartikkelen ses på som relevant da de fremmer kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenester. De nevner fordeler og ulemper, noe som gjør det enklere å argumentere for i litteraturstudien.
<b>Etikk</b>	Artikkelen er fagfellevurdert av Tidsskrift for omsorgsforskning. Artikkelen er en del av et større forskningsprosjekt som omhandler kvalitet av tjenestene basert på ulike kvalitetsindikatorer.

Tabell 8. Litteratormatrise Artikkel 3

<b>Full referanse</b>	<p>Morris, M. A., Sarmiento, C., &amp; Eberle, K. (2024, Januar 1). Science Direct. Hentet fra Documentation of Disability Status and Accommodation Needs in the Electronic Health Record: A Qualitative Study of Health Care Organizations' Current Practices:</p> <p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023002507?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023002507?via%3Dihub</a></p>
<b>Hensikt</b>	<p>Artikkelen hadde som mål om å forstå hvordan tidlig adopterende helseorganisasjoner implementerer dokumentasjonene av pasientenes funksjonshemmingstatus og tilretteleggingsbehov i den elektroniske helsejournalen.</p>
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie Semistrukturerte intervju. Teambasert analysetilnærming</p>
<b>Utvalg</b>	<p>17 deltakere som representerte 15 ulike helseorganisasjoner i USA.</p>
<b>Resultater</b>	<p><b>Hvorfor</b> organisasjoner samlet inn funksjonshemmingsstatus, <b>hva</b> deres elektroniske helsejournal var oppbygd av, <b>hvem</b> som samlet inn data, <b>hvor</b> ofte og <b>hvordan</b> organisasjonene implementerte systematisk innsamling.</p> <p>Enheter som dokumenterte funksjonshemmingsstatus og tilretteleggingsbehov viste seg å være mer vellykket enn de som ikke rapporterte slike data.</p> <p>Personer med utviklingshemming opplever å motta forskjellige rettferdige helsetjenester. For å gi rettferdig omsorg må helseorganisasjoner systematisk samle funksjonshemmingsstatus og tilretteleggingsbehov i den elektroniske helsejournalen for å sikre at de er forberedt på å gi rettferdig omsorg til alle pasienter med nedsatt funksjonsevne. Avklarte når man burde innsamle data - regelmessig og systematisk.</p>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien er fra 2024</li> <li>• Studien går dypt inn i kvalitativ innsikt av valgt problemområde</li> <li>• Studien innehar relevans knyttet til praktisering i helse- og omsorgstjenester. Her ser man hvordan de forklarer forståelsen i forbindelse med viktigheten av dokumentasjon i for eksempel elektroniske helseregistre.</li> </ul> <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien tar for seg en mindre andel populasjon, noe som gjør at resultatene av studien baseres på deltakernes egne formeninger. Personlige formeninger kan gjøre at forskningsartikkelens resultatdel blir preget av subjektivitet og egne personlige forhold.</li> <li>• Funnene som ble funnet manglet kvantitative data, noe som gjør påliteligheten til oppgaven mindre troverdig. Dette kunne være med på å øke validiteten og reliabiliteten.</li> </ul>
<b>Relevans</b>	<p>Artikkelens relevans blir målt til svært relevant i henhold til problemstilling. Dette på grunn av deres implementering av funksjonshemmedes data inn i helse- og omsorgstjenester for å sikre rettferdige tjenester.</p>

<b>Etikk</b>	Godkjent av Colorado Multiple Institutional revisjonsnemnd.
--------------	---

Tabell 9. Litteratormatrise Artikkel 4 (Håndplukket)

<b>Full referanse</b>	Døhl, Ø., Garåsen, H., Kalseth, J., & Magnussen, J. (2014, Desember 13). Wiley Online Library. Hentet fra Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality:  <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12209">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12209</a>
<b>Hensikt</b>	Finne ut av hvilke faktorer som spiller inn i bruken av formell hjemmetjeneste. Kan brukeres individuelle rutinedata brukes til kort- og langsiktig planlegging av langtidspleie i offentlig setting.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode - tverrsnittstudie (kort periode)
<b>Utvalg</b>	2493 tjenestemottakere av kommunale hjemmebaserte helsetjenester i Trondheim kommune. Menn og kvinner fra fylte 67 år og eldre. 3 grupper basert på alder: 67-79, 80-89, 90<  270 personer med kognitiv funksjonshemming bosatt i Trondheim kommune. 4 grupper basert på alder: 18-29, 30-39, 40-49, 50<
<b>Resultater</b>	Tidsbruk/mengden hjemmebaserte tjenester per uke ovenfor to grupper.  Eldre som bor hjemme mottok i gjennomsnitt 3,1 timer offentlig omsorg per uke (Tab. 2) Minimum = 0,05 t Maximum = 68,6 t Medianverdi = 1,8t per uke  66% eldre kvinner 50% eldre kvinner med samboer 71% aleneboende  Positiv sammenheng= fysisk funksjonshemming/kognitiv svikt og mengden omsorg som gis Fysisk funksjonshemming har en større utfordring  Utviklingshemmede 62,6 t per uke offentlige tjenester i gjennomsnitt (tab. 3) Minimum= 0 t Maximum= 211 t  Eldre med komorbiditet mottok 21% mer pleie og omsorg enn de uten komorbiditet. Menn uten funksjonsfeil = 18% mindre omsorg enn kvinner

	<p>De som bodde alene, fikk mer omsorg enn de som hadde samboer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner 30% mindre med sambo enn de som bodde alene</li> <li>• Menn 19% mindre med sambo enn for kvinner med sambo</li> </ul> <p>Ingen sammenheng mellom tilgangen til uformell omsorg og mengden offentlig gitt omsorg for eldre og utviklingshemming</p> <p>Tjenestefeil og trygghet mer hjelp enn de som ikke hadde det</p> <p>Ingen sammenheng fysisk funksjonshemming, kognitiv svikt og atferd.</p> <p>De med tvangstiltak = 56% mer omsorg per uke</p> <p>komorbiditet = mer tjenester</p> <p>Viktigheten av implementering av ADL, IADL og andre variabler ved planlegging og organisering av tjenestene til mottakere.</p>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien studerer to ulike grupper med et relativt stort omfang</li> <li>• Studien tar for seg menn og kvinner</li> <li>• Studien tar for seg kommunal sektor innad i Trondheim Kommune, noe som er relevant for litteraturstudiens tematikk</li> <li>• Studien er relevant ved fremvisning av eksempler på kvalitetsindikatorer i litteraturstudien</li> <li>• Resultatene i studien ses på som valide</li> </ul> <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien tar for seg flere indikatorer som kan virke misvisende i resultatdelen.</li> <li>• De forteller at i Trondheim kommune er det kun de som har erfaring og profesjonelle som får gjennomføre kartleggingen. Mulig dette kan virke misvisende i artikkelen ved danning av ulike bias.</li> </ul>
<b>Relevans</b>	<p>Studiens resultater gir noe relevans til problemstillingen i form av benytting av, og se viktighetene av tallene som blir fremstilt i artikkelen. Tallene danner grunnlaget for akkurat disse resultatene.</p>
<b>Etikk</b>	<p>Godkjent og publisert av Wiley Online Library</p>

Tabell 10. Litteratormatrise Artikkel 5

<b>Full referanse</b>	Solbakken, R., Bondas, T., & Kasén, A. (2019, Mai 28). <i>Wiley Online Librery</i> . Hentet fra Safeguarding the patient in municipal healthcare—A hermeneutic focus group (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014)study of Nordic nursing leadership:  <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12806">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12806</a>
<b>Hensikt</b>	Planlegging og organisering av tjenestene mer effektivt. Finansiering og budsjettering er en stor utfordring i offentlig helse- og omsorgstjeneste. Data som tall og statistikk gjør det enklere å fordele midlene mellom tjenesteområder. Hva har klinisk tilstedeværelse å si for tjenestene som gis?
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie 3 semistrukturerte gruppeintervjuer
<b>Utvalg</b>	11 sykepleiere med sykepleiefaglig lederbakgrunn i hjemmesykepleie i 3 nordiske land (Norge, Finland og Sverige). Alder: 33-61 år
<b>Resultater</b>	<p>Ansvar – lede pasientbehandlingen på avstand, klinisk tilstedeværelse har mye å si, kan virke krevende å samordne disse</p> <p>Pasientens stemme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Et utgangspunkt å ha en personlig og profesjonell relasjon med tjenestemottaker.</li> <li>• Planlegge omsorg og pleie ut ifra tjenestemottakers ønsker og behov</li> <li>• De som bor i eget hjem sammen med nærpersoner – kommunene og pårørende har et felles ansvar</li> <li>• Pårørende er viktig for mennesker som mangler samtykkekompetanse i beslutningstaking</li> <li>• Ta vare på personalet = god pasientbehandling</li> </ul> <p>Relasjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omsorgskultur i enheten – tilrettelegge for et godt arbeidsmiljø</li> <li>• Atmosfære – preget av fleksibilitet, sikkerhet, trivsel og høy arbeidsglede = mindre sykefravær</li> <li>• Grensen mellom profesjonelt og personlig med personalet</li> <li>• Delegering av arbeidsoppgaver – personalet får interessante oppgaver og hindrer utbrenthet</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Som leder – finne personalets styrker og svakheter <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ En balanse mellom delegering og mestring for individet</li> <li>➢ Ledere må være tydelige angående sine forventninger, stole på at delegerte oppgaver blir utført</li> <li>➢ Kurs for ansatte for å tette kunnskapshull = høy kvalitet på brukeromsorg</li> <li>➢ Praktisk veiledning eller profesjonelle råd, være et godt forbilde</li> </ul> </li> </ul> <p>Sikre fornuftig økonomi</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjettoverskridelser – uforutsette hendelser, som utdanning og sykefravær – når dette forekommer må man kunne argumentere for at pengene er brukt</li> <li>• Pasientbehandling er førsteprioritet</li> <li>• Til syvende og sist handler alt om penger</li> <li>• Dyktighet i sjonglering???</li> <li>• Viktig med støtte fra overordnede og politikk</li> <li>• Aldri sette pasientbehandling i fare for å redde budsjettet</li> </ul>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien gir innsikt fra tjenesteytere som jobber tett på tjenestemottakere i helse- og omsorgstjenestene. Noe som viser til at studien gir et blikk fra inne i tjenestene.</li> <li>• Studiens resultatdel tyder på hvordan man kan forbedre tjenestene.</li> <li>• Studien undersøker sykepleieledelse i tre nordiske land. Dette er med på å stryke problemstillingens tematikk, hvor det dreier seg om kommunale helse- og omsorgstjenester.</li> </ul> <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Populasjonen som blir studert er minimal, noe som gjør at de utgjør en liten del av aktuelle sykepleiere i Norge</li> <li>• Gjennomsnittsalder på 50,3 år, basert på en alder fra 33-61. Noe som indikerer på en samlet erfaring over samme årsperioder.</li> <li>• Forekommer tolkninger av deltakernes utsagn i studien</li> </ul>
<b>Relevans</b>	<p>Forskningsartikkelen ses på som relevant i henhold til hvordan tjenesteytere kan være med på å forbedre tjenestene basert på ulike kvalitetsindikatorer som kommer fra for eksempel ledelsen. Ledere blir også fremmet, og viser til ulike indikatorer de kan jobbe med innad i tjenestene, både med tanke på finansiering, men også arbeidsmiljø.</p>
<b>Etikk</b>	<p>Godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD:59117). Alle deltakerne fikk skiftelig og muntlig informasjon om studien, de signerte et informert samtykkeerklærings skjema, og fikk rettigheter i form av det å trekke seg ifra studiet om ønskelig.</p>

### 3.4 Analyse

Analyseprosessen av forskningsartiklene startet med å lese gjennom abstraktet/sammendraget av artiklene. Her ble det tatt vurderinger om de var relevante for valgt problemstilling, og om artiklene benytter seg av resultater som kan anvendes i litteraturstudiet. For å støtte opp under dette, ble Thidemanns (2019, s. 91-93) fremstilling av ulike trinn gjennom analyseprosessen benyttet. Der relevansen ble vurdert som nyttig, ble det gjennomført en gjennomlesning av

tekstene. Tekstene med relevant tematikk ble skrevet ut på papir, skildret og markert etter relevans. Ettersom tematikken ble identifisert i søkeprosessen, ble analysering og identifisering av artiklenes forskningsspørsmål gjennomført (Thidemann, 2020, s. 93). Underveis i lesingen forsøkte jeg å legge merke til ulike forskningsspørsmål som ble stilt, og hvilke som ble besvart. Aveyards analysemodell (2020, s. 96-99) ble brukt som hjelpemiddel for å konkretisere hvilke tema som var relevante i henhold til hver enkelt forskningsartikkel (tabell x).

Oppfatningen av tematikken er at det finnes lite forskning innenfor område, gjerne fordi tematikken tar for seg nasjonale enheter innad i Norge, men også registrene KPR og IPLOS som henholdsvis er norske. Også artikler i vernepleiefaglig praksis var begrenset. Grunnet dette ble det dermed brukt en artikkel om sykepleiefaglig ledelse, som blir støttet opp under faglitterær litteratur som samstemmer nokså likt.

Tabell 11. Aveyards analysemodell

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
(Kvalitet i) Kommunale helse- og omsorgstjenester	✓	✓	✓	✓	✓
IPLOS/KPR-statistikk, generell statistikk og data	✓	✓	✓	✓	✓
Tjenestemottakere av helsetjenester	✓		✓	✓	✓
Beslutningsprosesser		✓	✓	✓	✓

## 4.0 Resultater

Forskningsartiklenes resultater ble gjennomlest og analysert, samt sett opp mot litteraturstudiets problemstilling. Resultatene fra de innsamlede forskningsartiklene

er allerede nevnt i litteraturmatriser i kapittel 3.2 *Litteraturmatriser*, men vil bli nevnt mot spesifikk tematikk nedenfor. Artikkene vil bli samlet opp mot tematikk som kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester (4.1), personal og tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester (4.2), og mengde helsehjelp basert på kvalitetsindikatorer i beslutningsprosesser (4.3).

#### 4.1 Kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Alle forskningsartikkene viser til en eller annen form for tilknytning til kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenester. Tøndels (2013) forskningsartikkel (Artikkel 1) baserer seg på tematikk innad i helse- og omsorgstjenester. Den tar for seg implementering av styringstall inn i tjenestene. Det viser til forskjeller ved bruk og rapporteringer av IPLOS-tall interkommunalt: «Selv om tallene transporteres mellom tjenesteansatte med samme faglig bakgrunn, leser ikke en gang disse personene nødvendigvis tallene likedan.» (Tøndel, 2013, s. 74). Tøndel & Rindsem (2022) tar for seg forholdet mellom kunnskap og kvalitet i helse- og omsorgstjenester. Indikatorer som baserer seg på kunnskap og kvalitet: «Den kvantitative kunnskapen om kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester flagges imidlertid ikke eksplisitt og entydig av myndighetene som sannhet i tråd med vitenskapelige kvalitetskrav» (s. 26). Med dette utsagnet menes det paradoksale forholdet mellom kunnskap og kvalitet, hvor kvalitetsindikatorer har varierende effekter. De ses på som rapporteringskrav innad i tjenestene, noe som går utover tjenestekvaliteten som ytes ifølge Tøndel & Rindsem (2022).

Resultatfunn i Morris m.fl. (2024) forskningsartikkel handlet blant annet om hva tidlig innsamling av data har å si for beslutninger av tjenestekvaliteten. Dette baserer de på tjenestemottakers funksjonsnivå og tilretteleggingsbehov, hvor den tidlige innsamlingen resulterer i systematisk og effektivitet i tjenestene. Deltakerne av studien var på ulikt nivå når det kom til innsamling av data, men hvor mesteparten jobbet aktivt, eller hadde tidligere jobbet med tiltaket. Resultatet av artikkelen fremmer at stress, ineffektivitet, forstyrrelser, forsinkelser, og negative opplevelser forekommer i tjenestene blant ansatte og pasientgrupper dersom det var mangel på data. Forståelsen av hva funksjonshemming innebærer og hvilke tilretteleggingsbehov som er sentrale for denne gruppen, ble nevnt i intervjuer av flere deltakere:

«My main focus right now is how can we educate our leadership in actually embracing disability as part of the important category of data collection. When we are talking about health care disparities, equity, social determinants, intersectionality, all of that, we should include disability in the conversation.”

(Morris, Sarmiento, & Eberle, 2024, s. 21).

## 4.2 Personell og tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester

Artikkel 5 nevner utfordringer knyttet til effektivitet av organisering og finansiering av tjenestene. Pasientens stemme, relasjoner blant tjenesteansatte og tjenestemottakere, hva en god leder er og hvordan tjenesten kan sikre fornuftig økonomi er resultater av forskningsartikkelen; «The patients and staff comes first. Finally, the economy.” (Solbakken, Bondas, & Kasén, 2019, s. 1247). Deltakerne av studien fremmer at møte med brukere- og pasienters behov og personalets behov, sikring av økonomi, samt støtte fra ledelsen, bidrar til at tjenestemottaker mottar et helhetlig kvalitetssikkert tjenestetilbud. Artikkel 1 fremmer at forskjellene ved bruken av kvalitetsindikatorer blir markante på nasjonalt nivå. Disse forskjellene synliggjøres ved hvor personalet jobber, enten om det er organisatorisk i kommunen, eller om det er i direkte relasjon med tjenestemottaker. Tøndel (2013) ønsker selv å skape en bredere forståelse av hvordan tallene påvirker beslutningsprosesser i organisasjonen.

## 4.3 Mengde helsehjelp basert på kvalitetsindikatorer i beslutningsprosesser

Døhl m.fl. ser på to individuelle grupper, eldre over 67 år (Artikkel 4, tabell 2) og mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming (Artikkel 4, tabell 3). Resultatet av deres forskningsartikkel fremmer mengden av gitt helsehjelp hos tjenestemottakerne underliggende tjenester i hjemmet (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014, ss. 301-304). Hos gruppen med de eldre viser artikkels 4 tabell 2 til at de mottok ca. 3,1 timer med hjemmebasert helsehjelp per uke, hvor medianverdien lå på 1,8 timer per uke. Tidsbruk og timer var fra 0,05 t til 68,6 t per uke.

For personer med psykisk utviklingshemming viser tabell 3 i artikkel 4 at denne gruppen mottok i gjennomsnitt 62,6 timer hjemmebasert helsehjelp per uke. Medianverdien ligger på 55,3 t per uke. Tidsbruk og timer blant denne gruppen lå på 0-211 timer per uke.

Resultatene basert på gruppen personer med kognitiv funksjonshemming viser til at de mottar en større andel helsehjelp enn de eldre i studien. Artikkelen forklarer dette som en positiv faktor gjennom kvaliteten av tjenestene hvor mengden hjemmeomsorg assosieres med deres krav på tjenestetilbud. Negative funn i studien var ved komorbiditet av sykdom/diagnoser, hvor den ene fikk større oppmerksomhet enn den andre. Også kjønnsforskjeller ble funnet i studien blant de eldre, hvor kvinner mottok mer enn menn. Variasjoner hos de eldre baserte seg på om de bodde alene eller ikke, og om de var mann eller kvinne. Hvorfor forskjellene er markante blant kvinner og menn hos begge gruppene, er ikke noe studien presenterer spesifikt. Eksempelvis viser tabell 3, at menn med kognitiv funksjonsnedsettelse mottok 18% mindre omsorg enn kvinnene som var med i studien.

**Artikkel 4: Tabell 2** (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014).

Beskriver statistikk for eldre brukere av hjemmebaserte tjenester, hvor tabellen viser til mengden mottatt helsehjelp per uke med 95% konfidensintervall. Tabellen viser også samlet score over fysisk funksjonshemming og kognitiv svikt.

**Table 2** Descriptive statistics for elderly home care recipients: average amount of public care per week with standard deviation (SD), 95% confidence interval (CI) and physical disability and cognitive impairment score

	Percentage	Mean score (SD)	Elderly N = 2493		
			Median hours	Mean hours (SD)	95% CI for mean
Home care			1.78	3.12 (4.40)	(2.94, 3.29)
Need variables					
Physical disability		2.24 (0.77)			
Score 1–1.99	39		0.71	1.22 (1.31)	(1.14, 1.30)
Score 2–2.99	43		2.41	2.98 (2.64)	(2.82, 3.14)
Score 3–3.99	15		4.68	6.14 (5.26)	(5.61, 6.68)
Score 4–5	3		13.67	15.86 (12.51)	(12.91, 18.82)
Cognitive and behavioural impairment		1.77 (0.58)			
Score 1–1.99	67		1.13	2.05 (2.70)	(1.92, 2.18)
Score 2–2.99	28		3.21	4.74 (5.30)	(4.35, 5.13)
Score 3–3.99	5		5.51	8.12 (8.88)	(6.53, 9.71)
Score 4–5	0				
Diagnosis					
Dementia/Alzheimer's disease	9		2.92	3.91 (4.00)	(3.87, 4.44)
Stroke	12		2.26	4.22 (6.06)	(3.53, 4.92)
Diabetes	11		2.29	3.57 (4.34)	(3.06, 4.09)
Comorbidity					
0–1 diagnosis	44		1.26	2.62 (3.87)	(2.39, 2.84)
2+ diagnosis	55		2.18	3.53 (4.75)	(3.28, 3.78)
Predisposing variables					
Age					
67–79	28		1.43	3.39 (5.98)	(2.94, 3.83)
80–89	54		1.75	2.86 (3.56)	(2.67, 3.05)
90+	18		2.56	3.46 (3.74)	(3.11, 3.80)
Gender					
Female	66		1.84	3.18 (4.48)	(2.97, 3.40)
Male	34		1.63	2.99 (4.23)	(2.70, 3.27)
Enabling variables					
Informal care					
No informal care	12		0.92	2.12 (3.14)	(1.76, 2.48)
Less than 3 hours	31		1.67	2.67 (3.30)	(2.44, 2.91)
3–9 hours	27		2.22	3.47 (3.93)	(3.17, 3.77)
9 hours or more	8		2.59	5.57 (8.17)	(4.39, 6.76)
Unknown amount	19		1.81	3.26 (4.99)	(2.81, 3.70)
Cohabitant					
Living alone	71		1.95	3.28 (4.30)	(3.07, 3.48)
Cohabitant	27		1.55	2.82 (4.76)	(2.46, 3.18)
Service flat					
No	89		1.61	2.67 (3.62)	(2.51, 2.82)
Yes	11		4.74	6.76 (7.42)	(5.88, 7.64)
Safety alarm					
No	16		0.75	1.60 (2.61)	(1.35, 1.86)
Yes	84		2.08	3.40 (4.61)	(3.21, 3.60)
Other					
Short-term stay					
None	94		1.79	3.12 (4.42)	(2.94, 3.30)
1 or more	6		1.78	3.01 (4.12)	(2.34, 3.67)

**Artikkel 4: Tabell 3** (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014). *Beskrivende statistikk for mennesker med utviklingshemming som mottar helsehjelp i hjemmet. Tabellen viser også score for kognitive funksjonsnedsettelse og atferdsvansker.*

**Table 3** Descriptive statistics for intellectually disabled home care recipients: average amount of public care per week with standard deviation (SD), 95% confidence interval (CI) and physical disability, and cognitive impairment and behavioural impairment score

	Percentage	Mean score (SD)	Intellectually disabled N = 270		
			Median hours	Mean hours (SD)	95% CI for mean
Total amount of care			55.3	62.6 (39.8)	(57.9, 67.4)
Home care	75		36.0	47.2 (38.2)	(42.7, 81.8)
Need variables					
Physical and cognitive composite		3.21 (0.86)			
Score 1–1.99	5		18.2	33.1 (32.5)	(15.3, 50.9)
Score 2–2.99	37		43.1	49.2 (33.2)	(42.7, 55.7)
Score 3–3.99	35		58.4	67.1 (39.6)	(59.1, 75.2)
Score 4–5	23		75.8	83.4 (40.0)	(73.5, 93.3)
Behavioural impairment		2.86 (1.16)			
Score 1	21		45.5	45.8 (29.7)	(38.1, 53.6)
Score 2	8		38.5	58.5 (47.9)	(38.4, 78.6)
Score 3	39		52.0	55.0 (32.8)	(48.7, 61.4)
Score 4–5	32		77.9	83.8 (42.4)	(74.8, 92.8)
Use coercive measures					
No	84		47.6	53.1 (34.5)	(48.5, 57.8)
Yes	16		92.9	96.6 (39.0)	(86.6, 106.6)
Predisposing variables					
Age					
18–29	29		62.8	64.1 (40.7)	(54.9, 73.2)
30–39	20		55.7	68.4 (49.4)	(55.3, 81.5)
40–49	28		52.4	58.5 (34.9)	(50.3, 66.1)
50+	23		54.7	61.1 (34.5)	(52.5, 69.8)
Gender					
Female	46		55.8	64.0 (40.6)	(56.9, 71.2)
Male	54		54.8	61.4 (39.2)	(55.0, 67.8)
Enabling variables					
Informal care					
No informal care	44		54.9	62.1 (38.2)	(55.2, 69.0)
0.1–3 hours	37		57.1	65.8 (43.5)	(57.2, 74.4)
3–9 hours	8		52.7	56.4 (34.1)	(42.1, 70.8)
9 hours or more	6		51.8	48.7 (32.0)	(33.0, 64.5)
Unknown amount	5		63.7	70.3 (41.3)	(48.5, 92.1)
Service flat					
No	0				
Yes	100				

## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil de eksterne innhentende forskningsartiklene, sammen med faglitteratur, bli diskutert opp mot problemstillingen. Hensikten med oppgaven var å belyse hvorvidt beslutningsprosesser, som er basert på pleie- og omsorgsstatistikk, påvirker kvaliteten på tjenestene i vernepleiefaglig praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, og oppfatningen av bruken av dem.

### 5.1 Kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Når man tenker på begrepet kvalitet i helse- og omsorg, tenker man muligens mer på noe som oppfattes av biologisk kvalitet. Med dette menes det i henhold til hva brukere har krav på av tjenester, hvordan tjeneste ytes, og om de er faglig forsvarlige. Tøndel & Rindsem (2022, s. 20) forteller hvordan kvalitet i omsorg har blitt til noe mer materielt: "Kvalitet har altså blitt til noe som måles gjennom kartleggende kvalitetssystemer, telling, måling og aggregering til kvalitetsindikatorer og andre lignende statistikker". Kvaliteten av tjenestene i dag baserer seg i stor grad på kvalitetsindikatorer i dagens moderne velferdsstat. Kvalitetsindikatorer som tall, variabler og statistikk brukes for å få en innsikt inn i de kommunale helsetjenestene (Folkehelseinstituttet, 2024). Disse kvalitetsindikatorerne er med på å definere tjenestene i sin helhet.

Tøndel (2013) skriver om ulikhetene blant bruken av tall og statistikk i henhold til individbasert omsorg- og pleie. Resultatene til Tøndel viser til forskjeller blant lokal tallpraksis og nasjonal statistikk. Med dette viser hun til ulike arbeidstakere med forskjellige arbeidsoppgaver som benytter dataene (tall, statistikk) ulikt: "Hvordan de opplever IPLOS, betinges av deres ulike formelle og sosiale posisjoner i tjenestene, IPLOS-ansvar og nærhet til budsjett eller klient" (Tøndel, 2013, s. 86). Dette utgjør en ytterligere konsekvens på nasjonalt nivå som ikke korresponderer med interkommunale data. Tøndel & Rindsem (2022, s. 24) fremmer et eksempel i sin artikkel hvor de viser til offentlige publiserte kvalitetsindikatorer, hvor de fremmer læringspotensial og hvordan man skal tilpasse tjenestene bedre. De fremmer også konkurransefaktor som en faktor som er med på å bedre kvaliteten av tjenestene, da ingen vil være «dårligere enn» andre kommuner.

Eksempelvis kan man se at i helsetjenester knyttet til personer med nedsatt funksjonsevne, er ADL en viktig forsterker og virkemiddel for tjenestemottaker. De



benyttede dataene som blir fremvist i kartleggingen danner et grunnlag for tjenestemottakers forutsetninger på kvalitetsbehandling og tilrettelegging av tjenester. Dersom disse dataene medberegnes i beslutningsprosesser på nasjonalt nivå, som Tøndel henviser til, vil dette til slutt danne utgangspunktet for mottakende tjenester og ressurser. Saksbehandlere og økonomimedarbeidere danner et utgangspunkt i tallene. Tallene ses på som kryptiske, da tallene ikke sier noe om hvilke tjenester tjenestemottaker benytter eller bør benytte seg av (Tøndel, Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten, 2013, s. 73). De må selv identifisere, se på kjennetegn og kombinere tallene: «Både tallene og den øvrige pasientdokumentasjonen blir beslutningsmateriale for hvor klienten skal henvises» (Tøndel, Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten, 2013, s. 74). Viktigheten av tallene belyses i beslutningsprosesser som omhandler tjenestemottakeren. Forutsetningene danner utgangspunktet for tjenestefordelingen.

Dersom disse informative dataene inneholder avvik i kartleggingsarbeidet, vil det forekomme konsekvenser som går utover tjenestekvaliteten til tjenestemottakerne. Tøndel fremmer dette med ulikheten i bruken av dataene. Eksempelvis nevner hun at sykepleiere som jobber nært tjenestemottaker, ser på de innrapporterte dataene som noe som «må» gjøres (Tøndel, Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten, 2013, s. 75). Hva har dette å si for tjenestemottakeren at personell innad i helse- og omsorgstjenestene benytter kvalitetsindikatorerne ulikt?

## 5.2 Personell og tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester

Kvalitetsindikatorer er som nevnt i begrepsavklaring noe som forteller noe om kvaliteten av tjenesten som ytes. Gjennomføring av helsehjelpen til tjenestemottakere utføres av ulikt helsepersonell med ulik profesjonalitet og fagkunnskap. En forutsetning for god kvalitet av helsehjelp forekommer av ulike faktorer. Blant disse faktorene nevner Solbakken m.fl. (2019) viktigheten av tjenestemottakerens stemme i beslutninger om eget helsetilbud. Hvis vi tar for oss for eksempelet basert på ADL-kartlegging, sier en av deltakerne i forskningsartikkelen til Tøndel:

“For oss som jobber mye som saksbehandlere, sier ADL- registreringene veldig mye...når det kommer en ny henvendelse..-kanskje de skal på et

opphold, da kikker jeg på ADL. Og da skal man ha riktig type ADL...Så får jeg en litt sånn anelse om hvilken type avdeling personen skal være på...noen avdelinger er mer egnet for demente folk, noen er helt uegnet for demente. Og ser man da en person med mobilitet på 1, altså veldig oppegående,, og så har du hukommelse på 4, da kan du begynne å kikke litt nærmere. Kanskje er dette en bruker som stikker av, stikker ut og roter seg bort. Bare gjennom å se på de to tallene så kan en mistenke dette (saksbehandler).”

(Tøndel, 2013, s. 74)

Basert på dette eksempelet kan vi se at saksbehandleren bruker stor nytte av kvalitetsindikatorerne gjennom ADL-kartleggingen for å ta eventuelle beslutninger, som for eksempel hvor tjenestemottakeren skal plasseres. Gjennom faglitteratur kan man se betydningen av (tidligere) IPLOS-data gjennom kartlegging av tjenestemottakers funksjonalitet gjennom motoriske og intellektuelle evner (Tuntland, Kapittel 4 - ADL-vurdering, 2020). Hvis denne ADL-kartleggingen hadde vært basert på en person med lett psykisk utviklingshemming, kunne tallene om kognitiv funksjon vært høye. Men som helsepersonell, og da spesielt vernepleiere, vet man at graden av funksjonsevnen kan variere, og bestemmer ikke nødvendigvis funksjonsnivået til en person med lett utviklingshemming: «En diagnose er en ja/nei variabel, mens graden av funksjonshemming som følge av diagnose, kan variere betydelig» (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2014, s. 306).

Saksbehandlere leser tallene, identifiserer og tilbyr tjenester deretter. Her viser man til viktigheten av systematisk og relevant kartlegging til eksempelvis ADL-kartlegging. Vernepleiere jobber ofte med målsettinger innenfor kartlegginger, og ofte har et mål om forbedring eller opprettholdelse av kognitive eller motoriske ferdigheter (Brask, Østby, & Ødegård, 2017, ss. 22-25). Som nevnt, er ADL-kartlegging en faktor som kan måles i KPR. Dette viser til desto viktigere med tanke på relevans ved for eksempel beslutninger tatt av saksbehandler, at de dataene som en vernepleier kartlegger basert på en ADL-vurdering, må være valide. Validiteten bidrar til at tjenestemottaker får tjenesten til sin egen hensikt basert på deres livssituasjon (Tuntland, Kapittel 4 - ADL-vurdering, 2020, s. 99). Dette bidrar til konsekvenser for tjenestemottaker ved økt livskvalitet, tilfredsstilt med tjenestene og at man oppfyller kravet om faglige forsvarlige tjenester (kilde).

Samtidig som man ser at beslutninger inngår i tjenestemottakerens egne avgjørelser og ønsker, blir også helsepersonell en viktig brobygger for mottakerne. Vernepleiere Tjenestemottakere det å ha et godt arbeidsmiljø, og en ledelse som legger til rette for de ansatte. Her viser de til faktorer som er med på å bedre tjenestetilbudet, og noe som skal være med på å sikre tjenestekvaliteten. I beslutningsprosesser som omhandler tjenestemottakere,

### 5.3 Mengde helsehjelp basert på kvalitetsindikatorer i beslutningsprosesser

Mengden helsehjelp er noe som indikerer bistandsbehovet for tjenestemottakeren. Kvalitetsindikatorer i KPR kan være til hjelp for kommunale helse- og omsorgstjenester. De vil være til hjelp basert på data og statistikk om tjenestemottaker ved for eksempel beslutninger som fordeling av tjenester. Artikkelen til Døhl ble brukt for å vise til eksempler på kvalitetsindikatorer som inngår i beslutningsprosesser. Eksempelvis bruker Døhl m.fl. (2014, s. 300) data fra IPLOS-registre for å fremme sine forskningsspørsmål (se tabell 1, Artikkel 4). Her viser de til variabler basert på blant annet ADL-ferdigheter. Her identifiserte de hjelpebehovet til de to gruppene de studerte basert på variabler fra IPLOS-registeret. Videre studerte de som nevnt i resultatdelen mengden hjemmebasert hjemmehjelp per uke.

Her kan man se at kvalitetssikring av bruk av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk er med på å sikre kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmebaserte tjenester. Deres forskningsartikkel fremmer ulike faktorer som påvirker tjenestetilbudet i hjemmebaserte tjenester i Trondheim kommune. De fremmer viktigheten av implementering av kartleggingsverktøy basert på ADL-data i tjenestene, da de både er med på å sikre kvalitet i tjenestene, men også bidra til mer organisering og effektivitet i tjenestenes beslutningsprosesser.

### 5.4 Metodediskusjon og fremtidig forskning

Litteraturmatrisene tar for seg ulike svakheter og styrker av forskningsartiklene. Med tanke på videre forskning kan vi se på Døhls m.fl. artikkel.

Døhls forskningsartikkel sikter på funn som kan være hjelpelike for beslutningsprosesser på et organisatorisk nivå. Med dette menes at Døhls funn sikter til et resultat hvor mengden helsehjelp er identifisert per uke, som er med på å etablere et standpunkt i beslutninger om hvor midlene kan fordeles. De nevner selv at etablering av et refusjonssystem kan virke gjeldende, da de sier noe om tjenestemottakernes funksjonsnivå, deres behov av tjenester, samt ca. mengde tjenesteyting basert på kvalitetsindikatorer.

## 6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien hadde som formål å undersøke hvordan kvalitetsindikatorer er blitt brukt i beslutningsprosesser i tjenestene og kvaliteten av dem. I samtlige forskningsartikler nevnes faktorer innenfor beslutningsprosesser som tilsier noe om kvalitetsindikatorer og omfanget av områder de blir brukt. Grunnet dette omfanget kan man se at man benytter og ser på dataene ulikt. Dette kan indikere på at det finnes eksisterende differensiert kunnskap knyttet til kvalitetsindikatorer.

Organisatorisk sektor benytter dataene i en mer materiell tilstand, enn for eksempel vernepleiere i helsetjenester. Samtidig viser denne litteraturstudien at vernepleiere er en avgjørende faktor for forekomsten av kvalitetsindikatorer. De er med på å samle inn datamateriell av tjenestemottaker, som er av betydning for beslutningsprosesser innad i tjenestene. Noe som videre indikerer på tjenestekvalitet og fremmer viktigheten av beslutningsprosesser innad, og organisatorisk, i tjenestene.

Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene som er basert på individbasert pleie- og omsorgsstatistikk viser å ha ulike omfang i beslutningsprosesser.

Beslutningsprosesser er noe man står ovenfor hver dag, både fra et organisatorisk perspektiv, men også som helsepersonell i tjenestene. Basert på litteraturstudiet kan en konkludere med at oppsummerende kvalitetsindikatorer (tall, variabler, statistikk) som dekker tjenestemottakers behov og tjenestekvalitet, kan være hjelpelike i beslutningsprosesser.

I vernepleiefaglig arbeid er profesjonen en avgjørende rolle, som legger frem innsamlet datamateriell som kan bli brukt som kvalitetsindikatorer. Disse kvalitetsindikatorerne blir avgjørende for tjenestekvaliteten i kommunal sektor, hvor sådan strukturering og organisering bidrar til kvalitet og effektivisering av tjenestene. På bakgrunn av dette vil man kunne konkludere med at innen kommunale helsetjenester vil individorientert pleie- og omsorgsstatistikk vise til fordeler ved bruk i beslutningsprosesser i tjenestene.

## 7.0 Litteraturliste

- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2017). Kapittel 1 - Innledning: Den tydelige vernepleieren. I O. D. Brask, M. Østby, & A. Ødegård, *Vernepleierens kjerneverker - En refleksjonsmodell* (ss. 17-32). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahlen, W. N. (2020, Januar 1). *NAKU- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming*. Hentet fra Faglig forsvarlige tjenester- hvem har ansvaret?: <https://naku.no/kunnskapsbanken/faglig-forsvarlige-tjenester-hvem-har-ansvaret>
- Døhl, Ø., Garåsen, H., Kalseth, J., & Magnussen, J. (2014, Desember 12). *Wiley Online Library*. Hentet fra Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12209>
- Engeland, J., Strand, B., Innstrand, S., & Langballe, E. (2020, November 25). Employment and attendance in day care centres for people with mild intellectual disabilities - do age, gender, functional level or hospital admissions matter? *Journal of Intellectual Disability Research*, ss. 197-208.
- Folkehelseinstituttet. (2007-2017). *fhi.no*. Hentet fra IPLOS-registeret: <https://www.fhi.no/he/iplos-registeret/>
- Folkehelseinstituttet. (2024, Mars 05). *fhi.no*. Hentet fra Om Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR): <https://www.fhi.no/he/kpr/innhold-i-kpr/>
- Glørstad, V. (2019). Kapittel 4 - Kvalitetsarbeid og fagutvikling - to sider av samme sak - På vei til kritisk vernepleiefaglig arbeid. I L. Luteberg, *Forskningssirkler som modell for fagutvikling - Erfaringer fra tjenestetilbud til personer med utviklingshemming* (ss. 62-84). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauksdottir, N., Iversen, A., & Berntsen, G. (2021). Kapittel 3 - Organisering av helse- og velferdstjenestene. I A. Iversen, & N. Hauksdottir, *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid - Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (ss. 29-49). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Juni 19). *Regjeringen.no*. Hentet fra St. meld. nr. 47: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, Desember 1). *Lovdata.no*. Hentet fra Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR):  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, Juni 18). *Regjeringen.no*. Hentet fra Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2015, Oktober). *Statsforvalteren*. Hentet fra IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2017, November 21). *Helsedirektoratet - Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Nasjonal veileder*. Hentet fra Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene - Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/det-ma-benyttetilgjengelige-styringsdata-fra-ulike-datakilder>

Helsedirektoratet. (2022, November 28). *Helsedirektoratet - Nasjonalie kvalitetsindikatorer (NKI)*. Hentet fra Kvalitet og kvalitetsindikatorer:  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Horndalen, B., & Torp, T. R. (2006, 12). *Vernepleier - utdanning og yrke i et faglig og etisk perspektiv vernepleierfaglig bistand til mennesker med ulike funksjonsvansker*. Hentet fra Oslo Met: [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/212/forskningsserie\\_2006\\_12.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/212/forskningsserie_2006_12.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. (2009-2010). *Stortinget.no*. Hentet fra Innst. 212 S (2009–2010):  
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2009-2010/inns-200910-212.pdf>

Lovdata. (2017, Desember 1). *Lovdata.no*. Hentet fra Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR):  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>

- Luteberg, L. (2019). Kapittel 6 - Rollen som talsperson i arbeid med personer som har utviklingshemming av alvorlig grad. I L. Luteberg, *Forskningssirkler som modell for fagutvikling - Erfaringer for tjenestetilbud til personer med utviklingshemming* (ss. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, M. A., Sarmiento, C., & Eberle, K. (2024, Januar 1). *Science Direct*. Hentet fra Documentation of Disability Status and Accommodation Needs in the Electronic Health Record: A Qualitative Study of Health Care Organizations' Current Practices:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023002507?via%3Dihub>
- NTNU - Norges teknisk-vitenskapelige universitet. (u.d.). *NTNU - Norges teknisk-vitenskapelige universitet*. Hentet fra VET1001 - Vernepleieren som helsepersonell og profesjonsutøver:  
<https://www.ntnu.no/studier/emner/VET1001/2023#tab=omEmnet>
- Solbakken, R., Bondas, T., & Kasén, A. (2019, Mai 28). *Wiley Online Library*. Hentet fra Safeguarding the patient in municipal healthcare—A hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12806>
- Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway. (2023). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra Kommunefakta - Trondheim - Tråante:  
<https://www.ssb.no/kommunefakta/trondheim-traante>
- Stortinget. (2010). *Stortinget.no*. Hentet fra Sammendrag av St.meld. nr. 47 (2008–2009): <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/1/#a1>
- Svendson, L. G. (2008). Kapittel 7 - Profesjon og organisasjon. I Molander, & Terum, *Profesjonstudier* (ss. 130-143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøndel, G. (2013, Januar 25). Mening og myndighet: Produksjon av styringstall i helse- og sosialtjenesten. *Universitetsforlaget*, ss. 65-90.
- Tøndel, G., & Rindsem, E. T. (2022, Mars 24). *Iduun*. Hentet fra Paradoksale kunnskapsobjekter – kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/nnt.39.1.3>
- Thidemann, I.-J. (2020). Kapittel 11 - Litteraturstudie. I I.-J. Thidemann, *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. 2. utgave* (ss. 81-99). Oslo: Universitetsforlaget.



Trondheim kommune. (2024, Februar 12). *Helsedirektoratet*. Hentet fra

Innrapporterte data om helse og omsorg i KPR:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/helse-og-omsorg-tilbakemelding>

Tuntland, H. (2020). Kapittel 1 - Grunnleggende forståelse. I H. Tuntland, *En innføring i ADL - Teori og intervensjon. 2. utgave* (ss. 17-51). Oslo: Høyskoleforlaget.

Tuntland, H. (2020). Kapittel 4 - ADL-vurdering. I H. Tuntland, *En innføring i ADL - Teori og intervensjon - 2. utgave* (ss. 82-115). Høyskoleforlaget.

