

FAGUTVIKLING

Skrøpelighet kan oppdages tidligere ved å bruke kartleggingsverktøyet CFS

Tidlig identifisering av skrøpelighet kommer pasienten til gode. Mangel på tid er en faktor som hindrer at verktøyet CFS blir tatt i bruk.

Lisbeth Østby

Teamansvarlig sykepleier
Kommunal akutt døgnenhet, Skien kommune

Ida Kristiansen

Sykepleier
Larvik kommune

Siri Gunnes

Spesialfysioterapeut
Avdeling for ergo, fysio og hjelpemidler, Larvik kommune

Eldre

Geriatrici

Kartlegging

Kommunehelsetjeneste

Skrøpelighet

Sykepleien 2023;111(93526):e-93526

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.93526](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.93526)

Hovedbudskap

Skrøpelighetskartlegging gir et helhetsbilde av pasientens helse- og funksjonsnivå og har positive effekter for pasientene, de pårørende, helsepersonell og tjenestetildelingen. Vi har avdekket hva som hemmer og fremmer innføring av verktøyet *Clinical frailty scale* (CFS). Når tjenester skal tildeles i kommunene, er det viktigere å vurdere pasientenes helhetlige helsetilstand og funksjon i dagliglivet enn diagnosene deres.

Skrøpelighet medfører ugunstige utfall for individer og samfunnet og ses på som en av de mest alvorlige globale fremtidsutfordringene (1). «Leve hele livet» er den nyeste stortingsmeldingen som i sin helhet tar for seg eldre. Her nevnes begrepet skrøpelighet kun en gang (2).

Skrøpelighet innebærer redusert reservekapasitet i flere organsystemer. Skrøpelighet gir økt risiko for komplikasjoner ved behandling, bivirkninger av legemidler, forverring av sykdom, hyppigere innleggelser på helseinstitusjoner, høyere dødelighet ved akutt sykdom og begrenset gjenstående levetid (3).

Bevisstheten rundt skrøpelighet må økes

Skrøpelighet kan kartlegges gjennom bred geriatricisk vurdering (3). Økt oppmerksomhet og mer forskning er nødvendig for å oppdage og håndtere skrøpelighet i primærhelsetjenesten.

Det foregår mindre forskning i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten, selv om kommunene har et lovpålagt medvirkningsansvar for forskning. Stortingsmeldinger og offentlige utredninger oppfordrer til styrket forskning i kommunehelsetjenesten. (4).

Å øke bevisstheten om skrøpeligheit blant helsepersonell og befolkningen generelt er det første steget for å få hevet kompetansen på feltet (5). Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet ICOPE som retningslinjer for eldreheelse.

ICOPE er en forkortelse for *Integrated care for older people*. ICOPE anbefaler verktøyet CFS, som står for *Clinical frailty scale*, for å kartlegge skrøpeligheit. CFS graderer Eldres funksjonsnivå fra 1–9, fra veldig sprekk til terminal (6).

FAKTA

Kartleggingsverktøyet CFS på norsk

1. Veldig sprekk

Personer som er sterke, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.

2. Sprekk

Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, mer er mindre sprekk enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive og til, for eksempel sesongbasert.

3. Klarer seg bra

Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.

4. Lever med svært mild skrøpeligheit

Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpent. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteten. De klager ofte over at de er langsomme eller blir slitne eller trøtte i løpet av dagen.

5. Lever med mild skrøpeligheit

Disse er tydeligere langsomme og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet, som personlig økonomi, transport og tungt husarbeid. Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og lett husarbeid begynner å bli begrenset.

6. Lever med moderat skrøpeligheit

Personer som må hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading eller dusjing, og de kan trenge litt hjelp til å kle på seg.

7. Lever med alvorlig skrøpeligheit

Helt avhengig av hjelp til personlig stell uansett fysisk eller kognitiv årsak. Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø innen seks måneder.

8. Lever med svært alvorlig skrøpelighet

Helt avhengig av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.

9. Terminalt syk

Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid på under seks måneder, uten at de lever med alvorlig skrøpelighet. Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden.

Kilde: [Den norske legeforening](#)

Skrøpelige eldre er en av fire grupper som skal prioriteres i helsefelleskapene, som er en samarbeidsarena for ledere fra sykehus og kommuner (8).

FAKTA

Helsefelleskap

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er å opprette 19 helsefelleskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet (8).

Kilde: [Helsedirektoratet](#)

Vi avdekket svært ulik bruk av skrøpelighetsvurdering

Sykehusene gjennomfører ofte behandling basert på diagnoser. Kommunene yter fortrinnsvis tjenester basert på funksjon hos eldre. Målet er at eldre opprettholder reservekapasiteten sin og mestrer hverdagslivet sitt lengst mulig.

Under masterutdanningen i klinisk helsearbeid – studieretning geriatrisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge hadde vi samtaler med to kommuner. Der avdekket vi svært ulik bruk av skrøpelighetskartlegging med CFS.

Kartleggingsverktøyet CFS ble i kommune 1 brukt til behandlingsavklaring i forbindelse med innleggelse fra sykehjem til sykehus under covid-19-pandemien. Bruken ble senere utvidet til andre pasienter for å kartlegge normaltilstand før akutt sykdom oppstår.

I kommune 2 er CFS brukt i forebyggende prosjektarbeid, der målet er å oppdage skrøpelige eldre tidlig, reversere behandlingsbare faktorer og igangsette individuelle tiltak. Begge steder er skrøpelighetskartlegging en del av en helhetlig geriatrisk vurdering.

Vi snakket også med ledere fra tjenestekontoret i kommune 2. De forklarte hvorfor de ennå ikke hadde tatt i bruk CFS. Gjennom samtalene med ansatte i de to kommuner har vi sett et potensial for å kartlegge skrøpelighet når tjenester tildeles i kommunene.

FAKTA

Tjenestekontor

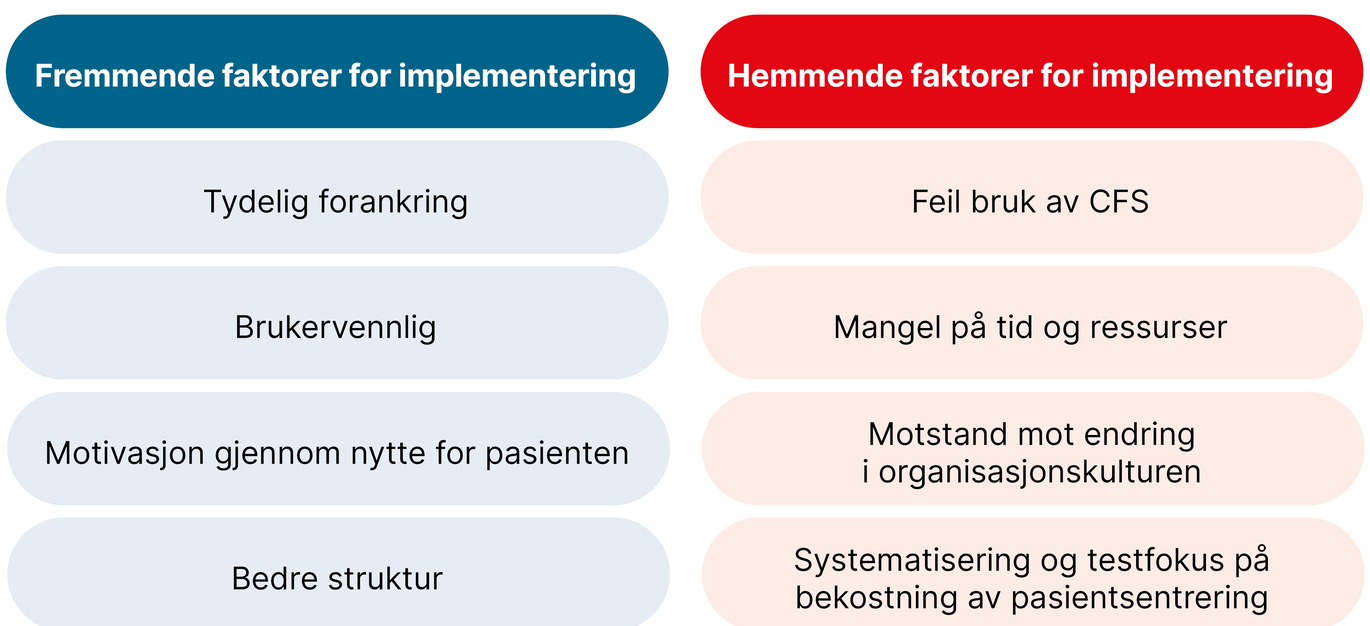
Tjenestekontoret er kommunens adresse for innbyggere og samarbeidspartnere som søker om eller ønsker informasjon om helse- og omsorgstjenester. Tjenestekontoret har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Kilde: [Larvik kommune](#)

KS påpeker at det er behov for å kartlegge skrøpeligheit hos den eldre ved førstegangskontakt med kommunen, når pasienten får endrede behov og når primær- og sekundærhelsetjenesten skal samarbeide om pasienten (9).

Implementering er en aktiv prosess for å ta i bruk eller integrere ny praksis i en gitt setting (10). God implementeringspraksis er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet (4). Resultatene fra våre samtaler med fem informanter fra to norske kommuner synliggjør hva som fremmer eller hemmer implementering av skrøpeligheitskartlegging (11) (se figur 1).

Figur 1. Fremmende og hemmende faktorer for implementering av kartleggingsverktøyet CFS



Forkortelse: CFS = Clinical frailty scale

Brukervennlighet er en av fordelene med CFS

Forankring ble av informantene beskrevet som fremmende. Politiske føringer, lederstøtte og spesielt kompetanse om skrøpeligheit hos ansatte ble nevnt som viktig for å forankre bruk av CFS.

Brukervennlighet ble nevnt av informantene som fremmende for bruk av CFS. Testen tar kort tid å gjennomføre, krever lite opplæring, er enkel å bruke og gir et raskt bilde av pasientens helsetilstand. CFS ble brukt i kombinasjon med andre kartleggingsverktøy, noe som ifølge informantene gjorde det lettere å se skrøpeligheit som del av en helhetlig pasientsituasjon.

Et av resultatene av å bruke CFS var bedre struktur på pasientvurderingene.

Informantene ble motivert til å bruke CFS når de tydelig så fordelene for pasientene. Blant positive pasientutfall ved bruk av CFS nevner de mer nøyaktige vurderinger, tidligere oppdagelse av skrøpeligheit, at reversible faktorer ble fanget opp tidligere, færre sykehusinnleggelses, mindre over- og underbehandling og større oppmerksomhet på forebygging og rehabilitering.

Et av resultatene av å bruke CFS var bedre struktur på pasientvurderingene. Verktøyet sammenfatter og strukturerer ulike vurderinger og kan ses i sammenheng med andre tiltaksområder. At samme kartleggingsverktøy ble brukt, sikret systematiske pasientvurderinger, og at all viktig informasjon kom med.

Magefølelse har blitt mye brukt av helsepersonell i forbindelse med skrøpeligheitsvurderinger. Det er oppgitt som årsak til at det er behov for mer systematiske vurderinger.

Helsepersonell får et mer helhetlig inntrykk av pasienten

På tvers av ulike forvaltningsnivåer og avdelinger bidro CFS til at helsepersonell får et raskere og mer helhetlig inntrykk av pasienten, noe som ble oppgitt å være særlig nyttig i akutte situasjoner.

Når helsepersonell hever egen kompetanse om skrøpeligheitsvurdering og skrøpeligheitskartlegging, fremmes implementeringen av CFS. Informantene hadde god erfaring med nettverksmodellen, der faste fagpersoner møtes for å strukturere kompetanseheving på sykehjem.

Å ha felles digitale systemer for å kartlegge pasientenes skrøpeligheitsvurdering fremmet bruken av CFS, mente informantene på sykehjem. Det nye journalsystemet deres gjorde det mulig å legge inn skrøpeligheitsvurderinger under kritisk informasjon.

Feil bruk kan være til ulempe for pasientene

Informantene pekte på at feil bruk av kartleggingsverktøyet CFS kan være til ulempe for pasientene. Et eksempel på feil var å bruke verktøyet akutt istedenfor habituell. Uttrykket habituell betyr normaltstand for den aktuelle pasienten.

Et annet eksempel på feil bruk som ble trukket frem, er å bruke verktøyet på pasienter det ikke er validert for. Eksempler er pasienter i psykiatrien, pasienter som får behandling for rus, pasienter med en psykisk utviklingshemming og pasienter under 65 år.

Feil bruk forklares som tildeling av tjenester etter skår og ikke etter en totalvurdering av pasients funksjon og helsetilstand, der reversible faktorer også vurderes.

Informantene fra tjenestekontoret i en av kommunene oppga at mangel på tid og ressurser til å gjennomføre endringer er årsaken til at de ønsker å utsette innføringen av CFS. De prioriterer heller å innføre en ressurskalkulator og et kriteriedokument. Det er noe tjenestekontoret i kommunen bruker for å vurdere den riktige og mest kostnadseffektive tjenesten.

Enda en oppgave i arbeidshverdagen ble derfor for mye, mente informantene. De ønsker at andre tjenester, for eksempel hjemmetjenester og helsestasjonen for eldre, utfører CFS-kartlegginger som tjenestekontoret kan benytte i saksbehandling og tildeling av tjenester.

For mange tester kan være negativt

Motstand mot endring i organisasjonskulturen ble oppgitt å være hemmende. Informantene fra tjenestekontoret oppga at de ansatte må pålegges å bruke CFS. Lederen sier de ansatte ikke er opptatt av lederstøtte, men de trenger en ressursperson som kan bistå i praktisk bruk. Tjenestekontoret ønsker ikke å starte først, men dersom alle de andre tjenestene bruker CFS, må de henge seg på.

Systematisering og for stort søkelys på tester kan fjerne oppmerksomheten fra pasienten. Risiko oppstår når saksbehandlere uten direkte pasientkontakt og med for lite bakgrunnskunnskap tildeler tjenester basert på et skjema.

Informantene fra prosjektet oppgir å være kritisk til kartlegging for kartleggingens skyld.

Feil skår kan ekskludere pasienten fra tilbud og tjenester de kan ha nytte av. Informantene fra prosjektet oppgir å være kritisk til kartlegging for kartleggingens skyld. Kartleggingen deres avdekket noen tjenestebehov som kommunen ikke kan tilby.

Å sette økonomi foran pasientsentrert omsorg hemmet implementeringen av CFS. Informantene fra tjenestekontoret beskrev at ressurskalkulatoren og tjenesteguiden, som er det nye navnet på kriteriedokumentet i den aktuelle kommunen, var det de jobbet med nå.

Lederstøtte fremmer innføring av CFS

Drift av kommunale helsetjenester har endret seg de siste 40 årene. Kommunene har fått økt ansvar gjennom tildeling av flere oppgaver og tjenester uten at rammetilskuddet er blitt økt tilstrekkelig (12, 13). I øyeblikket er det stor ulikhet i kommunenes økonomi og ressursknapphet i mange kommuner (13).

Kommunene har ansvaret for mange tjenester og pasienter som skal leve sine liv i kommunene (14). Å definere kontekst og gjøre lokale tilpasninger fremmer implementering av CFS (15).

Å kombinere medarbeiderideer med lederforankring er en god implementeringsstrategi.

Forankring og lederstøtte ble identifisert som fremmende faktorer for å få innført skrøpeligheitskartlegging. Ledere støtter oftere innovasjoner som oppfyller organisatoriske mål og politiske føringer (16).

Å kombinere medarbeiderideer med lederforankring er en god implementeringsstrategi. Det trekker fordeler fra ledernes strategiske innsikt, medarbeidernes kompetanse og demokrati på arbeidsplassen (7).

Medarbeiderinvolvering fremmer implementeringen av CFS. Nasjonal helse- og sykehusplan løfter frem skrøpelige eldre som en av pasientgruppene som trenger ekstra oppmerksomhet i årene fremover (8). Helsearbeideres kompetanse og forståelse for skrøpeligheitskartlegging fremmer vellykket implementering av skrøpeligheitskartlegging i primærhelsetjenesten (5).

Den som utfører kartleggingen, må igangsette tiltak

Brukervennlighet og ressurser har innvirkning på implementeringen. Innovasjoner som oppfattes som enkle å bruke, blir lettere tatt i bruk (10). Mangel på tid er en velkjent barriere for implementering av kunnskapsbasert praksis (16). Paradokset er at kommunene opplever at det ikke er tid til å prioritere tiltak som på sikt kan spare ressurser (18).

Positive pasientutfall motiverer helsepersonell.

Motstand og motivasjon påvirker implementeringsprosessen. For at skrøpeligheitskartlegging skal bli innført, må helsepersonell se fordelene (5, 19). Positive pasientutfall motiverer helsepersonell.

For at skrøpeligheitskartlegging skal komme pasienten til gode, må tiltak meldes eller igangsettes av den som utfører kartleggingen. På den måten møter vi behovene som blir identifisert hos pasientene. Overdreven oppmerksomhet mot tester kan fjerne oppmerksomheten fra pasientsentrerte tiltak.

Å identifisere og adressere skrøpeligheitskartlegging og hjelpe eldre på en helhetlig måte fremmer implementering av skrøpeligheitskartlegging (5). Problemer oppstår når standardisering blir tatt i bruk og helsebeslutninger tas uten hensyn til pasientens helhetssituasjon (20).

Kommunene dekker en rekke behov for sine innbyggere. Når behovet for tjenester er større enn arbeidskapasiteten og ressursene, kan resultatet bli at kommunen gir for få eller for lite tjenester, og at tjenester tildeles på bakgrunn av økonomi istedenfor pasientens behov eller faglige vurderinger (21).

Politiske beslutninger må føre til at ressurser blir gitt

KS oppgir på sine nettsider at kommunale helsetjenester koster mer for hvert år. Når ikke antall helsearbeidere øker i takt med denne veksten, resulterer det i økt arbeidsmengde og flere pasienter som konkurrerer om tjenestene (22).

Politiske føringer kan øke motivasjonen til å ta i bruk en intervensjon, men kapasiteten øker ikke (10). Derfor er det avgjørende at politiske beslutninger gir medfølgende ressurser.

Å kartlegge skrøpeligheitskartlegging kan avdekke behov som kommuner med begrenset økonomi strever med å imøtekomme. WHO etterlyser mer investering i primærhelsetjenesten og peker på finansiering og prioritering av ressurser som et strategisk tiltak. Økte investeringer i primærhelsetjenesten vil fremme implementering av skrøpeligheitskartlegging (5).

Begrepet skrøpelighet er hyperaktuelt

Skrøpelighetskartlegging kan brukes som del av en helhetsvurdering av pasientens helse og funksjonsnivå. Det kan føre til at skrøpelighet blir identifisert tidlig. Helhetsvurderingen kan brukes til faglig beslutningsstøtte ved tilbud om tjenester. CFS-skår kan brukes til å identifisere skrøpelighet slik at reversible tiltak kan behandles.

Reversible tiltak er noe som kan behandles og bedre eller opprettholde pasientens funksjon. CFS-skår kan også brukes til å beslutte hvilken tjeneste som skal behandle pasienten, eller om behandlingsnivå skal endres.

CFS kan også være et verktøy innenfor faglig beslutningsstøtte. Det innebærer at saksbehandlere eller helsepersonell tar beslutninger basert på fag og ikke for eksempel økonomi eller magesfølelse.

Begrepet skrøpelighet er hyperaktuelt i samtiden, og det vil antakelig få økt nasjonal oppmerksomhet i årene som kommer (9). Kompetanse rundt bruksområder og implementering av skrøpelighetskartlegging blir nyttig å ha for norske kommuner. Implementeringskompetanse hos ledere og ansatte i kommunehelsetjenesten kan lette prosessene rundt innføring.

For at skrøpelighetsvurdering skal kunne innføres i praksis, trenger kommunene fagkompetanse, penger og tverrfaglig personell som er tilpasset pasientenes behov. Vi mener kommunene bør få nok tilskudd til at faglig beslutningsstøtte, for eksempel knyttet til kartlegging av skrøpelighetskartlegging, kan vektlegges mer enn økonomi ved beslutninger og overganger i pasientsituasjoner.



AKTUELT: CFS står for Clinical frailty scale. Skrøpelighet vil antakelig få økt nasjonal oppmerksomhet i årene som kommer. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*. 2019;394(10206):1376–86. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)
2. Meld. St. nr. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (nedlastet 05.10.2023).
3. Wyller TB. *Geriatrici: en medisinsk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
4. Disch PG, Cappelen K. *Veiviser for forskning i helse- og omsorgstjenestene i kommunen*. 2. utg. Senter for omsorgsforskning; 2023.

5. Nan J, Duan Y, Wu S, Liao L, Li X, Zhao Y, et al. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 2022;22(1):482. DOI: [10.1186/s12877-022-03173-6](https://doi.org/10.1186/s12877-022-03173-6)
6. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Genève: WHO; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-FWC-ALC-19.1> (nedlastet 05.10.2023).
7. Den norske legeforening. Clinical frailty scale – Norwegian. Oslo: Den norske legeforening; uå. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/cfs_norsk_horisontal_2021.pdf (nedlastet 12.04.2023).
8. Meld. St. nr. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 05.10.2023).
9. Grimsmo A. Samarbeid om skrøpelige eldre i helseforetak. Oslo: KS; 11.09.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/140dace12d1d4592a9d7766bbad94d7a/Skrøpelige-eldre-og-helsefelleskap-110922.pdf> (nedlastet 05.10.2023).
10. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581–629. DOI: [10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x](https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x)
11. Gunnes S, Østby L, Kristiansen IMH. Implementering av skrøpeligheitskartlegging. Clinical frailty scale i kommunehelsetjenesten [upublisert eksamensoppgave]. Universitetet i Sørøst-Norge; 2023.
12. Braut GS, Aarheim KA. Det norske helsesystemet: ei innføring i organisering, styring og politikk. Oslo: Det Norske Samlaget; 2020.
13. Forås VB, Devik SA. Pasientsikre kommuner? – Hvor står vi? Hvor går vi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2020;6(2):172–7. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2020-02-13](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-13)
14. Sandvin JT, Anvik CH, Vike H. Den norske og nordiske velferdsmodellen – kjennetegn og utfordringer. I: Henriksen Ø, red. *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. s. 28–41.
15. Rogers L, De Brún A, McAuliffe E. Defining and assessing context in healthcare implementation studies: a systematic review. *BMC Health Serv Research*. 2020;20(1):591. DOI: [10.1186/s12913-020-05212-7](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05212-7)
16. Mathieson A, Grande G, Luker K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e6. DOI: [10.1017/S1463423618000488](https://doi.org/10.1017/S1463423618000488)
17. Kirkhaug R. Endring, organisasjonsutvikling og læring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
18. Lunde BV, Otterlei JB. Tjenester til hjemmeboende eldre-tilstand og utfordringer. I: Henriksen Ø. red. *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. s. 151–70.
19. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby J M, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061. DOI: [10.1136/bmj.n2061](https://doi.org/10.1136/bmj.n2061)
20. Dam RMM, Skjødt U. Standardisering og kvalitet for sårbare eldre i offentlig velfærd. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2022;8(3):1–6. DOI: [10.18261/tfo.8.3.11](https://doi.org/10.18261/tfo.8.3.11)
21. Tønnessen S, Ursin G, Brinchmann BS. Care-managers' professional choices: ethical dilemmas and conflicting expectations. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):1–10. DOI: [10.1186/s12913-017-2578-4](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2578-4)

22. Kommunesektorens organisasjon (KS). Sterk vekst i kostnader til pleie og omsorg. Oslo: KS; 2021.
Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/pressemeldinger/sterk-vekst-i-kostnader-til-pleie-og-omsorg/> (nedlastet 08.12.2021).