



1. God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste

Marianne Hedlund, Kari Ingstad og Aud Moe

Sammendrag Flere pasienter med komplekse behov, kombinert med mangel på fagpersonell, vil i årene som kommer, medføre et større press på kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne boka bidrar til nye tenkemåter, løsninger og organisering for å møte noen av disse utfordringene. Målet er å bedre kunnskapsgrunnlaget og bidra til kunnskapsbasert helsehjelp. Dette kapitlet drøfter utfordringer og kunnskapsbehov i kommunale helsetjenester, og argumenterer for mer forskning for å utvikle tjenestene framover.

Nøkkelord kommunal helse og omsorg | kunnskapsbasert praksis | eldre og syke | helse

Abstract Patients with complex needs, combined with a lack of professional staff, will put pressure on municipal health and care services. Here, problems, challenges and solutions in the services are highlighted. The purpose is to improve more knowledge base and contribute to knowledge-based health care. The chapter discusses knowledge needs and challenges in this under-prioritized field of knowledge. The responsibilities in these municipal services are complex, and more research is needed to know how they will be developed in the future.

Keywords municipal healthcare | knowledge-based practice | elderly and sick | health

INNLEDNING

Kommunale helse- og omsorgstjenester har vært, og er, i kontinuerlig endring (Nygaard, 2002; Dale et al., 2015). De siste 20 årene har det blitt langt flere brukere, noe som blant annet skyldes nye og yngre brukergrupper og økt behov for tjenester hos den eldre del av befolkningen (Gautun & Grødem, 2015; SSB, 2018). Brukerne har mer komplekse og sammensatte helseproblemer, og oppgaver er forskjøvet fra spesialist- til kommunehelsetjenesten (Vabø, 2012; Otnes, 2015; Dale et al., 2015). Krav til kompetanse blant de ansatte har økt i tråd med stadig mer komplekse og sammensatte oppgaver, og det er et behov for at ansatte kontinuerlig tilegner seg ny kunnskap.

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere som trenger det. Dersom kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha høy kvalitet, må de baseres på kunnskapsutvikling og forskning (Kommunenes strategiske forskningsorgan, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Rørtveit, 2015; Løseth, 2018). I en rapport fra Forskningsrådet understrekes det behov for et kunnskapsløft i den kommunale helse- og omsorgssektoren (NFR, 2019). I Blankholm-utvalget (NOU 2018:16) framheves det at kunnskapsgrunnlaget for utforming av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er langt dårligere enn i spesialisthelsetjenesten. Til tross for at primær- og spesialisthelsetjenesten har like store kostnader, bruker spesialisthelsetjenesten ni ganger så mye til forskning (NFR, 2019). Forskning om helse foregår i hovedsak ved sykehusene (Jensen & Knutstad, 2019). En større satsing på kunnskapsutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester kan bidra til å opprettholde faglig forsvarlig praksis, at knappe ressurser brukes på best mulig måte, og prioritering av riktige tjenester for innbyggerne (HelseOmsorg21, 2019).

I denne boka gir vi bidrag til nye tenkemåter, løsninger og organisering i kommunal helse og omsorg basert på teoretisk og empirisk forskning. Boka henvender seg til forskere, helseprofesjoner, ledere og beslutningstakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som et bidrag til å utvikle bedre helse- og omsorgstjenester.

RAMMER OG FØRINGER FOR TJENESTENE

Det finnes juridiske, politiske og faglige føringer som gir rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester. De juridiske rammene gis hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og kommuneloven (2018). Lovene pålegger kommunene å tilby visse tjenester til innbyggerne, samt målsettinger og innhold i tjenes-

tene. Et eksempel på det er helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2), hvor kommunene pålegges å tilby hjemmetjenester, avlastning eller sykehjemsplass i tillegg til tjenester som er ment å forebygge helsemessige eller sosiale problem. Et annet eksempel er kommuneloven (2018, §1), som beskriver hvordan kommunene skal sikre et likeverdig tilbud og sørge for at tilbudene er best mulig utnyttet i forhold til kommunens ressurser. I praksis har kommunene oppgaven med å spesifisere hva slags tjenester de skal yte – og ikke minst avgjøre hvilket kvalitetsnivå disse skal ha. Likevel setter lovene rammer for at kommunene sørger for en trygg forvaltning og ressursbruk i tjenestene.

En annen viktig ramme for kommunene er samhandlingsreformen (2009). Reformen ble innført på bakgrunn av blant annet fragmenterte helse- og omsorgstjenester som ble for kostbare for samfunnet (NFR, 2019). Etter at samhandlingsreformen ble innført, har kommunene og spesialisthelsetjenesten fått krav på seg om bedre samhandling og samordning. Kommunene fikk gjennom reformen et tydeligere definert ansvar for å ivareta innbyggere som etter nødvendig behandling på sykehus er utskrivningsklare. På mange måter kan samhandlingsreformen ses på som en samfunnsreform basert på politiske føringer, ikke bare en helsereform. Denne konklusjon er basert på at reformen ville endre premissene samt regulere de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Holm, 2012). Forskning viser at kommunene ikke var godt nok rustet med kompetanse til å overta alle oppgavene fra spesialisthelsetjenesten som samhandlingsreformen forutsatte (Bing-Johnsen, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016).

Kommunale helse- og omsorgstjenester er en del av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenestene skal leveres og utføres nært der folk bor og lever sine liv. Dette er helsetjenester som tilbys av for eksempel allmennpraktiserende leger ved legekontor, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og farmasøyter som har avtaler med kommunen om å yte en helsetjeneste, eller er ansatte i den kommunale helsetjenesten. Primærtjenesten kan også utøves ved institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre, helsesenter og hjemmebasert omsorg. I denne boka står primærtjenester i fokus, særlig sykehjem og hjemmebasert omsorg.

Primærhelsetjenesten utgjør en grunnmur i helsetjenestene i Norge, som i de fleste land (Aamland & Mæland, 2016). I Stortingsmelding nr. 26 (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) anbefales det at primærhelsetjenesten skal være sentral for utviklingen av helsetjenestene framover, ikke minst for å ha tjenester av høy kvalitet og der folk bor. Imidlertid gis det ingen rammer for eller tydelige signal på at primærhelsetjenesten skal baseres på forskning (Rørtveit, 2015). Dermed er det ikke gitt at framtidens primærhelsetjeneste og praksis kjennetegnes av det

som kalles kunnskapsbasert praksis (KBP)¹ eller systematisert forskningsbasert kunnskap.

Helse- og omsorgstjenestene vil framover få et sterkere forventningspress mot seg hva gjelder krav og innhold i tjenestene (Holm, 2012). Tjenestene forventes også i framtiden å bli mer helhetlige i sine omsorgstilbud, særlig for personer med sammensatte behov. I tråd med kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) skal kommunene prioritere eldreomsorgen. Reformens målsettinger er flere gode leveår for eldre, som i større grad skal mestre eget liv. Den peker også på betydningen av meningsfulle aktiviteter. I tillegg skal pårørende få støtte til jevn innsats for sine nærmeste. Reformens målsetting om å bidra til mestring og meningsfullt liv for eldre kan føre til at offentlige myndigheter fraskriver seg ansvar for å sikre det. I tillegg framheves det i reformen at ansatte må få bruke sin kompetanse og gjøre en faglig god jobb. Allikevel gis det ikke klare føringer for hva som kreves for at kompetanse ivaretar eldre hjelpemottakere. Likeledes gis det lite føringer for hvordan det skal legges til rette for å utvikle kompetanse, og legges til rette for å kunne benytte den faglige kompetansen.

KUNNSKAP OG KOMPETANSE

For at noe skal kalles vitenskapelig kunnskap, må bestemte kriterier ligge til grunn (Wifstad, 2019). Innen vitenskapen finnes ulike definisjoner av kunnskap og vitenskapsteoretiske retninger, som empirisme, hypotesetesting, paradigme, pragmatisme, hermeneutikk, fenomenologi og så videre. Alle disse retningene har sine egne framgangsmåter og kjennetegn på hva som skal til for at vitenskapelig kunnskap framskaffes (Wifstad, 2019).

En type kunnskap som ofte har betydning innen helse- og omsorgstjenestene, er «evidence-based practice» eller kunnskapsbasert praksis. Det er ingen konsensus omkring begrepet evidens, men det knyttes ofte til kunnskap utviklet gjennom forskning (Polit & Beck, 2017). Evidensbegrepet er omdiskutert fordi den vitenskapelige kunnskapen ikke kan være den eneste kunnskapsformen i helsearbeideres kompetanse. I tillegg til den vitenskapelige kunnskapen må den praktiske kunnskapen også få plass. Den praktiske kunnskapen kan deles i ferdighetskunnskap tilegnet gjennom handling og fortrolighetskunnskap, som er kunnskap som ikke kan formuleres med ord. Den utvikles over tid gjennom opplevde situasjoner. Denne kunnskapen blir også kalt intuitiv eller taus kunnskap (Bjørk & Solhaug,

1 Mer detaljer om KBP kommer i kapittel 12 om Formidling og anvendelse av forskning i kommunale helsetjenester av Vibeke Berg Foråas og Aud Moe.

2008). I denne antologien diskuteres de ulike kunnskapsformene. Ifølge Kirkevold (1996, s. 28) er det en sammenheng mellom vitenskapelig kunnskap og bruk av den i praktisk utøvelse som inngår i personlig kompetanse. Personlig kompetanse integrerer teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, etisk kunnskap, intuisjon, erfaring og refleksjon (Kirkevold, 1996). Kompetanse kan knyttes til bestemte oppgaver og situasjoner som en evne hvor utvikling av kognitive, sosiale og atferdsmessige aspekter skjer (Bandura, 1990).

Gode helse- og omsorgstjenester avhenger av helsearbeideres kompetanse, men fordrer også en kompetansekultur. Kompetansekultur er et kollektivt begrep, og handler om at det er noe helsearbeidere har til felles. Kulturen i en organisasjon er en sammensmelting av de normer, verdier, oppfatninger og handlingsformer som kjennetegner hvordan grupper og individer fungerer sammen for å få ting utført (Bang, 2011). Kulturen dreier seg ikke bare om hva personer tenker eller ønsker i en organisasjon, men om hvordan personer i organisasjonen faktisk opptrer, og hvilke holdninger de har. En kultur handler om noe felles, og binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjon sammen. Organisasjonskulturen påvirker hvordan ansatte i helse- og omsorgssektoren arbeider, og produktiviteten i avdelingene (Erdem & Dikici, 2009; Park & Kim, 2009). Organisasjonskulturen styrer atferd, fordi den sier noe om hva som er forventet, ønskelig, forbudt og påbudt.

Organisasjonskulturen formes innenfor de rammene organisasjonen har – både lokalt og nasjonalt. Fram mot 2035 er det forventet en underdekning på ca. 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere (Hjernås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Kombinert med mangelen på helsepersonell eksisterer en utbredt deltidskultur i helse- og omsorgstjenestene i Norge (Ingstad, 2016; Moland & Schanche, 2019; Vabø, Drange & Amble, 2019). Kun 26 prosent av personene som jobber turnus (arbeider dag, kveld og/eller natt) i kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester, er heltidsansatte (KS, 2020). I tillegg er det en stor andel ufaglærte som arbeider i denne sektoren. Mange ansatte har utenlandsk bakgrunn, og i 2017 sto innvandrere for 17 prosent av de 142 000 avtalte årsverkene i de kommunale omsorgstjenestene. I 2009 var tilsvarende andel 11 prosent. Det er imidlertid store geografiske forskjeller for antall sysselsatte innvandrere innenfor omsorgstjenestene. Størst andel finner vi i Oslo, der 44 prosent av årsverkene utøves av personer med innvandrerbakgrunn (SSB, 2018).

Stadig flere pasienter og brukere med komplekse behov, kombinert med mangel på fagpersonell, medfører et behov for innovasjon i måten man organiserer arbeidet på, og hvordan kommunene benytter den kompetansen de har. Det vil være viktig å utvikle kulturer og strukturer som bidrar til kompetanseutvikling, i form av eksempelvis kartlegging av kompetansebehov, kompetanseplaner samt ledelse

av kompetanseutviklingsarbeid. Ved mangel på kompetanse vil det være viktig å drive kompetanseutvikling, og samtidig benytte den kompetansen man har, best mulig.

GOD HELSE

God helse, kontroll med sykdom og helsefremming står ofte sentralt i helse- og omsorgstjenestene. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 1946). Definisjonen er ofte kritisert for å gjøre de fleste mennesker syke, og er vanskelig å bruke og lite anvendbar for arbeidet som gjøres i helse- og omsorgstjenestene. I *Folkehelsemeldingen* henvises det til betydningen av å se folkehelse, levevaner og forebygging av skader, ulykker og økonomi som vesentlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), og det henvises til Verdens helseorganisasjon (WHO, 2014). I denne meldingen anses det som positivt at det blir flere eldre, og at levealderen øker. Samtidig påpekes betydningen av at disse ekstra leveårene er gode. Forebyggende og helsefremmende arbeid kan være viktig og kostnadseffektivt både på kort og lang sikt (WHO, 2014). Forebyggende og helsefremmende tiltak som er rettet mot miljømessige og sosiale forhold, legger til rette for sunne levevaner og forebyggende tiltak som for eksempel screening og vaksiner. Det bidrar til god helse i befolkningen, redusert sosial ulikhet i helse, og et samfunn og velferdsstat som er mer bærekraftig (WHO, 2014).

I kommunale helse- og omsorgstjenester er formålet ofte både å kontrollere og hindre sykdom hos pasienter og brukere, samt å bedre funksjonsnivået når det er mulig. På svensk kalles disse tjenester ofte «sjukvård» fordi de er tjenester som har som formål å begrense sykdom, mens vi på norsk ofte bruker betegnelsen «helse-tjenester». Helsetjenestenes formål om å utvikle god helse handler om å ha tjenester både for «illness» og «disease». På engelsk gjøres det et skille mellom «illness», den subjektive tilstanden av å være syk, og «disease», den medisinske stadfestete definisjonen av tilstanden. På norsk er ikke et slikt skille like tydelig. «Sykdom» brukes både om medisinske og subjektivt opplevde tilstander. Helsetjenestene skal benyttes når opplevelser av sykdom blir medisinske stadfestet som en klassifisert og anerkjent sykdom. Sykdom kan også forstås ulikt i ulike kulturer, slik at den subjektive forståelsen vil variere. Forebyggende helsearbeid er viktig for å unngå sykdom, skade eller funksjonsnedsetting som kan forringe livskvaliteten og innvirke på opplevelsen av helse (Aglen, Olufsen & Espnes, 2018). God helse kan også handle om å føle seg frisk nok – det vil si å klare livsutfordringer som finnes, og bygge tilstrekkelig motstandsressurser for å motvirke utvikling av dårlig helse, slik

Antonovsky (1996) påpeker. Å ha plager i sinn eller kropp er noe mange mennesker lever med (Ihlebak et al., 2002). Å rette oppmerksomheten mot utviklingen av helsefremmende prosesser og tilstander kan derfor være mer hensiktsmessig enn å sette søkelys på sykdom og sykdomsbekjempelse. Ikke minst for personer som må leve med kroniske tilstander, vil den helsefremmende tilnærmingen være viktig (Hedlund, 2008). Sykdom er noe mange må leve med og lære seg å mestre. I framtidens helse- og omsorgstjenester vil et slikt perspektiv på helse overfor målgrupper av tjenestene være vesentlig. Dette fordi utvikling av god helse handler om å få de beste muligheter og betingelser for å bruke de ressurser en person har, på best mulig måte, og leve så godt man kan i de nærmiljø som har betydning.

Tilbudet om helse- og omsorgstjenester blir ofte kalt helsehjelp. Helsehjelp i kommunehelsetjenesten strekker seg fra forebyggende og helsefremmende arbeid blant friske eldre til å sikre nødvendig helsehjelp til skrøpelige, multisyke og hjelpetrengende personer.

Utfordringene med å yte god helsehjelp i kommunene kan handle om organisering, ledelse, tilgjengelighet, arbeidsformer, kompetanse og kvalitet.

Å samarbeide om helsehjelp kan by på utfordringer. En oppsummeringsartikkel fra SINTEF viser at fagpersonalets samarbeid på tvers av ulike kontekster ble hemmet av organisatoriske og individuelle forhold, og mangelfullt samarbeid vanskeliggjorde klinisk arbeid. Pasienter i psykisk helsetjeneste opplevde fragmenterte tjenester som førte til usikkerhet og frustrasjon. Mangelfullt samarbeid resulterte også i utilstrekkelige tilbud om rehabiliteringstjenester. Dermed ble det forlengede institusjonsopphold for eldre pasienter som ikke fikk tilbud om rehabilitering (Steihaug, 2017). For å utvikle brukervennlige tjenester trengs brukermedvirkning. En oppsummeringsstudie om brukermedvirkning innen det psykiske helsearbeidet viser at det er et økende behov for dette i de kommunale tjenestene. Samtidig vet vi fra forskning om brukermedvirkningen at den ofte er lite systematisert, og lite innarbeidet når det gjelder organisatoriske beslutninger (Klausen, 2016).

Vi mener det i framtiden vil være viktig med kunnskapsoppsummeringer som identifiserer gode forskningsspørsmål for å utvikle helse- og omsorgstjenestene. I tillegg vil samarbeid med brukerorganisasjoner, brukere, pasienter, pårørende og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres erfaringer være en viktig kunnskapsleverandør for forskning om hvordan tjenestene utvikler seg. Det samme gjelder dem som jobber innen tjenestene, og deres opplevelse av kvalitet og det å fylle sitt formål som helsearbeider i tjenestene. Kommunale helse- og omsorgstjenester blir i årene framover stadig viktigere for å møte samlede utfordringer innen helse og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig kan dette kreve endringer i kompetanse, kultur og holdninger, i utdanninger,

og det må etterspørres av ledere på alle nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I dette introduksjonskapitlet har vi diskutert behov for mer kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester i framtidens helse- og omsorgstjeneste. Etter vår oppfatning har disse tjenestene lenge vært et underprioritert forskningsområde, til tross for at kommunenes ansvarsoppgaver har vært økende. Vårt håp er å gi et bidrag til at framtidens kommunehelsetjeneste i større grad får sine forskningsbehov dekket, og at denne type forskning kommer brukere og pasienter i tjenestene til gode. I tillegg håper vi bidraget hjelper dem som jobber innen tjenestene, til å utvikle tjenestene basert på denne type forskning. Vi håper også at denne boka gir bidrag til løsninger som er mer kunnskapsbaserte, og at disse løsningene og tjenestene i framtiden får mer fokus i forskningsmiljøene innen helse. Det er ikke gitt at forskning innen helse om ulike sykdommer eller pasienter er helt overførbart til den situasjonen disse sykdomstilfellene og pasientene møter i sin hverdag i kommunene.

PRESENTASJON AV BOKAS BIDRAG

I boka belyses ulike forskningsspørsmål av relevans for kommunal helse og omsorg gjennom ulike teoretiske og metodiske tilnærminger. Som det framgår av de ulike kapitlene, representerer helse- og omsorgstjenestene i kommunene et mangfold. Et fellestrekk er at det er ulike nedslagsfelt og tematikker som står i fokus for helse- og omsorgstjenestene. Forskningen i boka presenteres på ulike måter. Noen kapitler har en tydelig IMRAD-struktur, med Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. Andre kapitler igjen er skrevet som vitenskapelige essay.

Det finnes mange ulike metodiske tilnærminger for å belyse forskningsspørsmål. Valg av forskningsmetode vil alltid avgjøres av hvilken type forskningsspørsmål man skal belyse. I boka er tre kapitler basert på kvalitative studier (kapittel 3, 5 og 8) i form av intervju eller dybdeintervju. Ett kapittel baseres på kvantitative data (kapittel 4), mens de resterende kapitlene er enten teoretiske bidrag eller basert på litteraturstudier. Felles for alle litteraturstudier er at de gir en systematisk oversikt over flere artikler om samme emne.

Boka består av totalt tolv kapitler og belyser ulike problemstillinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og utvikling av kvalitet i disse tjenestene. Samlet gir boka et vitenskapelig bidrag til både utforming og innhold i helse- og omsorgstjenester framover. Initiativet til boka kommer fra forskningsgruppa «Community Care (COMCARE)» ved Nord universitet, og flere av forfatterne arbeider ved Nord universitet. I tillegg er det bidragsytere fra NTNU, OsloMet, Høgskolen i Molde og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Felles for alle

bidragsyterne er et ønske om å sette søkelys på kunnskapsutvikling og forskning for helse- og omsorgstjenestene, samt bidra til å gjøre helse- og omsorgstjenestene bedre og mer levedyktige i fremtiden.

REFERANSER

- Aamland, A. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværspfølging: En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2): 148–178. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04>
- Aglen, B.S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien forskning* (Oslo), 2018-07 (70809), p.e-70809.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2(2): 128–163.
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs* 2016; 15: 5.
- Bjørk, I.T., Lomberg, K., Nielsen, C.M., Brynildsen, G., Fredriksen, A.-M.S., Larsen, K., Reier-son, I.Å., Sommer, I. & Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: An example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2336–2347. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12091>
- Bjørk, T.B. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribes.
- Dale, B., Folkestad, B.I., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt på strekk? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Erdem, O. & Dikici, A.M. (2009). Leadership and influence organization culture: Electronic *Journal of Social Sciences*, 8(29), 198–213.
- Gautun, H. & Grødem, A.S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld.nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra St.meld. nr. 47 (2008–2009) (regjeringen.no).
- HelseOmsorg21. (2019). *Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Sluttrapport februar 2019*. Hentet fra <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Hedlund, M. (2008). Den selvforvaltende pasienten. I A. H. Tjora (red.) *Den moderne pasienten*, s. 254. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Hjernås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB Rapport 11/2019.
- Holm, F. E. (2012). *Samhandlingsreformen: helsereform eller samfunnsreform?* (1/12). Trondheim: Norsk enter for bygdeforskning. Rapport 1/12.
- Ihlebak, C., Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public health*, 30, 20–29.
- Ingstad, K. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, K.T. & Knutstad, U. (2019) How nursing research has developed. *Sykepleien Forskning*. 14(75607)(e-75607)DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75607>
- Klausen, R.K. (2016). *En kunnskapsoppsummering. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-mlui/bitstream/handle/11250/2414959/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kommuneloven (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-22-83>.
- Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF). (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet*. Oslo: KSF.
- Kommunenes Sentralforbund (KS). (2020). *Heltids-/deltidsstatistikk*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/publisert-heltids-deltidsstatistikk/>.
- Løseth, B. (2018). Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 02 / 2018 (Volum 4).
- Moland, L.E. & Schanche, P. (2019). Lang vei mot heltidskultur. *Fafo-rapport* 2019-08. NOU 2018:16. (2018). Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>.
- NFR (2019). *Vi trenger et kunnskapsløft i primærhelsetjenesten*. Forskningsrådet. Hentet fra: [Vi trenger et kunnskapsløft i primærhelsetjenesten](https://www.forskning.no/rapporter/2019/01/20190101-vi-trenger-et-kunnskapsloft-i-primarhelsetjenesten) (forskningsradet.no).
- Nygaard, H. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskriftet den norske legeforening*. 122: 823–825.
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1: 48–61.

- Rørtveit, G. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – uten forskning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(14), 1219-1219. doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0591>.
- Park, J.S. & Kim, T.H. (2009). Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? *Leadership in Health Services*, 22(1), 20–38.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- SSB. (2018). *Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvanderne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>.
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2017, årgang 3 nr. 3 Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/67030228/samarbeidsutfordringer_i_norsk_helsetjeneste_betydning_fo.pdf.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health Soc Care Community*. 20(3):283-91. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>.
- Vabø, M., Drange, I. & Amble, N. (2019). Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet*. https://fagbladet.no/mapper/dokumenter/Deltidsknuten_siste.pdf.
- WHO. (1946). *The principles set out in the preamble to the Constitution of WHO*. Hentet fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- WHO (Verdens helseorganisasjon) (2014). WHO Europe. The case for investing in public health. *A public summary report for EPHO* 8. WHO, Europa.
- Wifstad, Å. (2019). Hva er vitenskap, og hva er forskjellen på vitenskapelig kunnskap og annen kunnskap? *Sykepleien Forskning* 2019;14(78763):(e-78763). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/vitenskapsteori>.
- Aamland, Å. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging. En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning* Årgang 19, Nr. 2-2016, s. 148–178 ISSN online: 2464-3076. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04>.