

Amalie Sandøy

Kvalitet i eldreomsorgen – hvem er best rustet når eldrebølgen kommer?

En studie av kommunestørrelsens betydning for kvalitet i eldreomsorgen ved bruk av metodetriangulering

Masteroppgave i statsvitenskap – Lektorutdanningen i samfunnsfag
Veileder: Pål Erling Martinussen

Juni 2021

Amalie Sandøy

Kvalitet i eldreomsorgen – hvem er best rustet når eldrebølgen kommer?

En studie av kommunestørrelsens betydning for kvalitet i eldreomsorgen ved bruk av metodetriangulering

Masteroppgave i statsvitenskap – Lektorutdanningen i samfunnsfag
Veileder: Pål Erling Martinussen
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning må møtes med gode strategier for å ivareta fremtidens eldreomsorg. Utviklingen som også omtales som eldrebølgen, fører med seg mer komplekse sykdomsbilder som setter press på behovet for breddekompetanse rundt alders- og følgesykdommer ute i kommunene. Derfor er det viktigere enn noen gang at kommunene er godt rustet for fremtiden og kan tilby sine innbyggere tjenester av god kvalitet. Dette fører oss over til oppgavens tema. Små kommuner skal på lik linje med store kommuner tilby de samme tjenestene, uansett utgangspunkt. Vil små kommuner overleve denne utviklingen, eller er det de små kommunene som går seirende ut? Oppgavens problemstilling er dermed:

Har kommunestørrelse betydning for kvalitet i eldreomsorgen?

For å besvare problemstillingen benyttes nyere Stortingsmeldinger som omhandler den demografiske utviklingen, hva man ønsker at eldreomsorgen skal inneholde og hvordan den ønskes organisert. Teorigrunnlaget for oppgaven omhandler utredninger for kommunereformen og det lokale selvstyret. Det blir også sett på ulike lover som bør ligge til grunn for riktig dimensjonerte tjenester og organisering i kommunene. Det er videre benyttet metodetriangulering med kvantitativt datasett fra NSD sin kommunedatabase, dokumentanalyse og supplerende metode med intervju og spørreundersøkelse. Slik får man informasjon fra flere hold og kan se etter fellestrekk og tendenser med høyere validitet på forskningsopplegget.

Analysen gir et nyansert og sammensatt svar på oppgavens overordnede problemstilling. Størrelsesparadokset er likevel en gjenganger. Store kommuner kommer bedre ut på enkelte definerte kvalitetsindikatorer på omsorgstjenester, mens små kommuner leverer kvalitet med tanke på nærhet og allokeringseffektivitet.

Nøkkelord: eldreomsorg, kvalitetsindikator, kommunereform, størrelsesparadokset, robust kommunestruktur, generalistkommuneprinsippet, nærhetseffekten

Abstract

The demographic trend of population ageing must be faced with effective strategies to provide elderly care for the future. The development also called the «age wave» brings more complex health states, driving the demand for competence in age related conditions and comorbidities in the municipalities. Hence, it is more important than ever that municipalities are well-equipped for the future and can offer their inhabitants good quality services. This brings us to the topic of the thesis. Small municipalities shall offer the same services on par with large municipalities, regardless of their starting point. Are small municipalities viable for the future, or will they be victorious? Thus, the problem of the thesis is,

Does the municipality size affect the elderly care?

Recent propositions to the Storting (the Norwegian Parliament) dealing with the demographic development, the desired content of elderly care, and how the elderly care should be organized are being applied answering this question. The theoretical basis for the thesis deals with studies regarding the local government reform and local self-government. Various laws forming the basis for appropriate service design and organization in the municipalities are also investigated. Method triangulation with a quantitative data set from municipal database (NSD), document analysis and a supplementary method with interviews and questionnaires have also been applied. This ensures insight from different angles, enabling the search for common features and tendencies with higher validity of the research approach.

The analysis gives a nuanced and perplex answer to the overall research question of the thesis. Although, the size paradox recurs. Large municipalities are performing better on certain defined quality indicators regarding health care services, while small municipalities deliver quality in terms of proximity and allocation efficiency.

Keywords: elderly care, quality indicators, local government reform, the paradox of size, sustainable and financially solid municipal structure, the generalist local authority system, the proximity effect

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten av en femårig lektorutdanning ved NTNU i Trondheim, hvor jeg nå kan kalle meg lektor i samfunnsfag og kroppsøving med fordypning i statsvitenskap. I arbeidet med bacheloroppgaven min, med tittelen «God og helhetlig pasientbehandling med samhandlingsreformen som verktøy», fattet jeg interesse for kvalitet i eldreomsorgen. Temaet for oppgaven er derfor hvordan små og store kommuner er rustet for at andel eldre i befolkningen vil øke kraftig i tiårene fremover. Oppgaven er skrevet i samarbeid med Revisjon Midt-Norge SA, hvor jeg har hatt en prosjektstilling i forbindelse med revisjon av en kommune. Revisjonen benyttes som supplerende metode i denne oppgaven. Temaet for oppgaven er kvalitet i eldreomsorgen og hvordan små og store kommuner er rustet for at andelen eldre i befolkningen vil øke kraftig i tiårene fremover.

Jeg ønsker å rette en stor takk til Revisjon Midt-Norge SA med Tor-Arne Stubbe og Mette Sandvik i spissen, for at de ga meg denne muligheten. Videre ønsker jeg å takke veileder Pål Erling Martinussen for gode samtaler, veiledning og tips gjennom hele prosessen. I tillegg ønsker jeg å trekke frem kommunen som det ble utført revisjon av, som alltid var positiv til prosjektet. Til slutt vil jeg takke familie og venner som alltid støtter, motiverer og har troen på meg.

Trondheim, 07.06.21

Amalie Sandøy

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	iii
Forord	v
Tabeller	ix
Figurer	ix
1. Innledning	1
1.1 <i>Aktualisering og bakgrunn for tema</i>	1
1.2 <i>Problemstilling og forskningsspørsmål</i>	3
2. Teori	5
2.1 <i>Det lokale selvstyret og desentralisert makt</i>	5
2.2 <i>Reform og interkommunalt samarbeid</i>	6
2.3 <i>Desentralisering versus sentralisering</i>	7
2.3.1 <i>Tiebout-mobilitet og desentraliseringsteoremet</i>	8
3. Tidligere forskning – størrelse versus kvalitet	11
4. Fagfelt	15
3.1 <i>Meld. St. 14 (2014-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner</i>	15
3.2 <i>Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet</i>	15
3.3 <i>Meld. St. 15 (2017-2018): Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre</i>	16
3.4 <i>Meld. St. 7 (2020-2023): Nasjonal helse- og sykehusplan</i>	16
3.5 <i>Kommuneloven</i>	17
3.6 <i>Helse- og omsorgstjenesteloven</i>	18
3.7 <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i>	18
5. Metode – flermetodedesign	19
5.1 <i>Forskningsstrategi</i>	20
5.1.1 <i>Vitenskapsteori</i>	20
5.1.2 <i>Kommunedatabasen – etterspørselsmodell</i>	21
5.1.4 <i>Spørreundersøkelse</i>	24
5.1.3 <i>Intervju</i>	25

5.2 Utvalg og gruppering	26
5.3. Gjennomføring og evaluering av datainnsamling	27
5.4 Kvalitetskriterier og etiske betraktninger	28
5.4.1 Anonymisering	30
6. Resultat.....	31
6.1 Kommunedatabasen – etterspørselsmodell	31
6.1.1 Korrelasjonsanalyse	31
6.1.2 Lineær regresjonsanalyse.....	33
6.1.3 Forutsetninger for lineær regresjon.....	36
6.2 Spørreundersøkelse	40
6.2.1 Utdanning	40
6.2.2 Tid og ressurser.....	40
6.2.3 Samhandling	41
6.3 Intervju.....	42
7. Analyse og diskusjon	45
7.1 Kommunestørrelse	46
7.2 Kompetanse og rekruttering	48
7.3 Kommuneøkonomi	50
7.4 Nærhet til tjenestene	52
7.5 Demografisk utvikling.....	53
7.6 Kommunesammenslåing.....	55
8. Oppsummering og avslutning	57
8.1 Konklusjon og veien videre.....	59
Litteraturliste.....	60
Vedlegg	63
Vedlegg 1: Oppgavens profesjonsrelevans.....	63
Vedlegg 2: Spørreundersøkelsen	64
Vedlegg 3: Intervjuguide gruppeintervju med ansatte	70
Vedlegg 4: Intervjuguide gruppeintervju med avdelingsledere	73

Tabeller

Tabell 1: Deskriptiv statistikk	23
Tabell 2: Oversikt over kommuner og kommunestørrelse	26
Tabell 3: Korrelasjonsmatrise	32
Tabell 4: Lineær regresjonsmodell av «legetimer per uke per beboer»	33
Tabell 5: Lineær regresjonsmodell av «andel årsverk med fagutdanning»	35
Tabell 6: Oversikt over utdanning	40
Tabell 7: Andel av arbeid som går til rehabilitering og opptrening	40
Tabell 8: «Jeg samarbeider ofte med personell med annen kompetanse for å yte optimale tjenester»	41
Tabell 9: «Jeg kjenner til at kommunen har et tverrfaglig team som påkobles for å kartlegge (...)»	41

Figurer

Figur 1: Spredningsdiagram for restledd av tabell 4	37
Figur 2: Spredningsdiagram for restledd av tabell 5	37
Figur 3: Q-plotet av tabell 4	38
Figur 4: Q-plotet av tabell 5	38

1. Innledning

1.1 Aktualisering og bakgrunn for tema

Norge er et langstrakt land med godt over fem millioner innbyggere godt spredt rundt i kriker og kroker. Etter andre verdenskrig bodde opp mot halvparten av befolkningen i spredtbygde strøk, men siden den gang har landet vært preget av en urbaniseringstrend, hvor bosettingsmønsteret nå er i favør tettbygde strøk, hvor så mange som 80 prosent bor i dag (Vinsand, 2016, s. 11). Denne sentraliseringen har medført flere folkerike kommuner, men også en økning i fraflyttede og mindre kommuner. Kommunereformen har medført lange og interessante debatter om desentralisering versus sentralisering i over 60 år, hvor det i de senere år har omhandlet hvorvidt kommunen skal kunne tilby sine innbyggere et godt og robust tjenestetilbud. Dette er godt oppsummert i Sundvolden-plattformen slik:

En mer robust kommunestruktur vil sikre mer kompetanse og større faglighet i den enkelte kommune. Det vil være en fordel for eksempel i vanskelige barnevernssaker, for ressurskrevende tjenester og for en bedre ledelse og utvikling av omsorgs- og utdanningstjenestene (Regjeringen, 2013).

Den siste bølgen av kommunesammenslåingen har medført at det i dag har blitt 72 færre kommuner, og kommune-Norge består i dag av 356 kommuner, hvor én av tre siden 2014 nå bor i en ny kommune (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020, s. 44). Likevel vil det fortsatt være flest små kommuner, hvor 174 kommuner har innbyggertall under 5 000 innbyggere og så mange som 120 av disse har mindre enn 3 000 innbyggere (SSB, 2020). Dette danner grunnlaget for denne oppgaven, da det stilles krav om at små kommuner skal stille likt med større kommuner med tanke på kvaliteten de tilbyr på tjenestene til innbyggerne, begrunnet i generalistkommuneprinsippet. Datagrunnlaget for oppgaven tar utgangspunkt i tall fra 2015, som vil være før den siste kommunesammenslåingen fra og med 2017. Disse tallene blir benyttet for å underbygge argumentene for eller imot større enheter i form av kommunesammenslåing.

Den demografiske utviklingen i Norge viser at andel av den eldre befolkning vil øke betraktelig de neste tiårene. Dette vil bety at helse- og omsorgssektoren trenger mye og god arbeidskraft de kommende årene, som er godt rustet til å imøtekomme pasientenes voksende krav og forventninger, med økende aldersrelaterte sykdommer (Rommetvedt et al., 2014, s. 15). I tillegg blir det et økende behov for breddekompetanse ute i kommunene rundt alders- og

følgesykdommer (Helsedirektoratet, 2012, s. 88), da reformer som er kommet de siste årene, som Samhandlingsreformen, legger et større ansvar på kommunene med tanke på et mer helhetlig helsetjenestetilbud (Rommetvedt et al., 2014, s. 13).

Oppgaven er skrevet parallelt med et samarbeid med Revisjon Midt-Norge SA, som har gjennomført forvaltningsrevisjon av kvaliteten i enheten for helse, rehabilitering og omsorg (HRO) i en liten kommune i Innlandet fylke. Dette er en kommune som representerer «små kommuner», men har likevel en visjon om å være en fremtidsrettet kommune. Forvaltningsrevisjonen skal i denne oppgaven fungere som en supplerende metode, i form av transkriberte intervju og enkle statistikker fra en ansattspørreundersøkelse. Revisjon Midt-Norge SA gjør revisjon av kvaliteten på en større del av enheten, mens denne oppgaven konsentrerer seg om eldreomsorgen. Som utgangspunkt skal denne oppgaven benytte Kommunedatabasen av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)¹, hvor det blir sett på ulike faktorer som påvirker indikatorer på kvalitet i eldreomsorgen. Dette skal legge et grunnlag for å se på hvordan små kommuner med negativ befolkningsvekst og en økning i den eldre befolkningen, er rustet for fremtiden. Det gjøres lineær regresjon med to ulike kvalitetsindikatorer som avhengig variabler i to omganger. De uavhengige variablene som benyttes er kommunestørrelse, kjønn, utdanning, andel av befolkningen i ulike aldersgrupper og kommunal bruttoinntekt.

¹ "En del av de data som er benyttet i denne publikasjonen er hentet fra kommunedatabasen til NSD — Norsk senter for forskningsdata AS. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her".

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

For å begrense oppgavens omfang, er det valgt å se på to av mange aspekter ved kvalitet i enheten for helse, rehabilitering og omsorg. Dette er kvalitetsindikatorer som er utviklet og benyttes av Helsedirektoratet, og er «legetimer per uke per beboer» og «andel planlagte årsverk med fagutdanning» (Shahzadi & Nygren, 2017, s. 33-34). Begge går på tjenestene som tilbys brukeren, noe som kan forklare hvordan statusen for enheten er, og da særlig med tanke på at de tilbys gode nok tjenester. Kompetanse, kontinuitet og helhet er stikkord som går igjen i de fleste reformer og politikk som omhandler helse og omsorg i de senere år for fremtidsrettede tjenester. Det er viktig at kommunene er rustet for det som kommer, og særlig med tanke på økningen av andel eldre i tiden fremover. Videre trekkes størrelsesaspektet ved kommune-Norge inn, hvor små kommuner skal kunne tilby sine brukere lik kvalitet på sine tjenester som større kommuner. Kommunereformen har som mål å skape større forsknings- og kunnskapsmiljø, i tillegg til at dette skal heve kvaliteten på tjenestene kommunen skal yte, da det legger til rette for at større enheter innehar større kompetanse og dermed kvalitet. Derfor er ordlyden på oppgavens problemstilling følgende

Har kommunestørrelse betydning for kvalitet i eldreomsorgen?

Dette tar oss videre til forskningsspørsmålene som skal forsøkes besvart med utgangspunkt i datainnsamlingen som er gjennomført i forbindelse med oppgaven og tidligere forskning. Utgangspunktet for oppgaven og forskningsspørsmålene er at små kommuner er mindre rustet for økning i andel eldre, da de allerede har størst andel eldre, mindre kompetansemiljø og mindre spillerom. Derfor er hypotese nummer tre og fire også en antakelse om hvordan små kommuner vil slå ut i regresjonsanalysene med de to avhengige variablene.

- H1** Små kommuner har større andel eldre enn store kommuner
- H2** Store kommuner har flere legetimer per uke per beboer enn små kommuner
- H3** Store kommuner har en større andel fagutdannet helsepersonell i primærhelsetjenesten enn små kommuner
- H4** Store kommuner er bedre rustet for fremtidens økning i andel eldre enn små kommuner

2. Teori

Det er viktig å ha oversikt over det teoretiske grunnlaget for oppgaven før analysen. Dette med hensikt om å presentere retning oppgaven vil ha og hvilket perspektiv man legger til grunn.

2.1 Det lokale selvstyret og desentralisert makt

Demokratiet har røtter tilbake til før vår tidsregning, hvor eksempelvis politiker og general Perikles på 400-tallet (f.v.t.) uttalte at «vår styreform er demokratisk fordi makten er i hendene på mange, og ikke få» (Ebenstein & Ebenstein, 1999, s. 12). Demokratibegrepet har mangfoldige definisjoner, men i denne oppgaven skal det snevres inn til å omfatte demokrati i kommuneinstitusjonene, nemlig det lokale selvstyre. Etter den franske revolusjonen ble det lokale selvstyre ett av fundamentene for demokratiet, og kommunene ble sett på som en sterk bidragsyter, og reduserte avstanden mellom den styrende og den styrte, og skulle være med å styrke demokratiets grunnlag i det større bildet. Folkets suverenitet ble realisert og kom til uttrykk gjennom at folket fikk mulighet til å påvirke sin egen hverdag gjennom engasjement og deltakelse (Rose, 2014, s. 21).

Ansvarlighet er et begrep som står sentralt når skal definere demokratiske samfunn og ledelsen av slike samfunn, hvor de som styrer skal være lydhøre ovenfor interessene og meningene til alle innbyggerne i samfunnet, og skal ikke bare gjenspeile deler av den. Aristoteles referer til dette som det «felles beste», hvor fellesskapet går foran egeninteresse (Fukuyama, 2015, s. 24). I tillegg er frihet et sentralt begrep i et demokrati, hvor man skal ha frihet fra for mye statlig innblanding, men også frihet til å delta aktivt i debatter eller diskusjoner (Ebenstein & Ebenstein, 1999, s. 761). Effektivitet er et tredje begrep av betydning når det er snakk om lokalt selvstyre. Dersom man setter seg et effektivitetsmål om et optimalt tjenestetilbud, er dette oppnådd når omfang og utforming er godt tilpasset befolkningen, og man har høy prioriteringseffektivitet (Fiva, Hagen, & Sørensen, 2014, s. 16).

Videre kan man trekke inn føderalisme, som mange stater benytter i dag (eksempelvis USA og Australia), som er basert på kompromiss mellom enhetlig og regionalt mangfold, mellom behovet etter en effektiv sentralmakt og behovet for kontroll eller begrensninger på denne makten. Her blir makten fordelt territorielt innad i et land og makten blir på denne måten delt mellom styringsnivåene (Heywood, 2013, s. 381-382). Føderalismens mål er å desentralisere makten, som man på mange måter kan kjenne igjen i ulike reformer Norge har vært gjennom

de senere år, som for eksempel samhandlings-, region- og kommunereform, hvor større enheter skal få tildelt mer makt. Hensikten med samhandlingsreformen var å flytte mer makt over til kommuneinstitusjonene og primærhelsetjenesten fra staten og spesialisthelsetjenesten. Kommunereformen er omtalt som en demokratireform, hvor kommunene skulle tildeles større og flere oppgaver, i tillegg til å forutsette at kommunene skulle holde frem med å være generalistkommuner. Dette betyr at alle kommuner i Norge skal ivareta de samme oppgavene og imøtekomme de samme kravene, både med tanke på tjenester til innbyggerne, planleggings- og utviklingsoppgaver i lokalsamfunnet, rollen som myndighetsutøver og ivaretagelse av demokratiske funksjoner. Dette skal i utgangspunktet skje uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur eller demografi, men er likevel noe som vil føre til variasjoner mellom kommunene (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 18).

2.2 Reform og interkommunalt samarbeid

Dersom strukturelle eller kulturelle trekk ved en organisasjon forsøkes endret til det bedre eller til bli mer effektiv, er det snakk om aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører i form av en reform (Christensen, Egeberg, Læg Reid, Roness, & Røvik, 2015, s. 152). Eksempel på slike trekk kan være at små kommuner (eller fylkeskommuner) ikke greier å tilfredsstillende god nok kvalitet i tjenestene som de tilbyr sine innbyggere etter lovbestemt nivå. Videre kan det være utdaterte kommunegrensener, hvor samfunnsutviklingen har medført at de funksjonelle grensene knyttet til arbeidsliv, bosettingsmønster og næringsstruktur ikke lenger blir fanget opp. Kommunereformen er videre begrunnet med at man ønsker å samle større kompetanse og fagmiljøer, og små kommuner vil lide av smådriftsulemper og lite effektiv bruk av ressurser (Klausen, Askim, & Vabo, 2016, s. 31). Det første som ofte dukker opp når man snakker om reformer, er at «større er bedre». Dette er som regel det argumentet som benyttes for å begrunne kommunesammenslåing hvor det hevdes at større kommuner er bedre rustet til å løse oppgaver og yter bedre tjenester enn små kommuner. Dette er selvmotsigende på mange områder og legger grunnlaget for størrelsesparadokset, hvor små kommuner eksempelvis scorer bedre enn større kommuner på opplevelsen av lokaldemokrati og tilfredshet med tjenestene (Baldersheim & Rose, 2014, s. 11).

Dersom kommuner (eller fylkeskommuner) eksempelvis ikke greier å tilby tjenester av tilstrekkelig kvalitet og ikke ønsker å slå seg sammen, kan to eller flere kommuner eller fylkeskommuner gå sammen om å opprette et eget styre som skal løse oppgaven i fellesskap,

nemlig gjennom et interkommunalt samarbeid (IKS). Oppstart av et slik styre er vedtatt kommunalt (eller fylkeskommunalt) av de folkevalgte, men det er ikke nødvendigvis folkevalgte som sitter i styret (Kommuneloven, 1992). Et eventuelt opphør av et interkommunalt samarbeid eller styre kan stoppes av kommunal- og moderniseringsdepartementet dersom de mener at samarbeidet bør fortsette inntil videre, da med hensyn til samfunnsmessige interesser eller at det indikeres et behovet fra de samarbeidende kommunene (Kommuneloven, 1992).

2.3 Desentralisering versus sentralisering

Det er ofte sagt at preferanser om offentlige goder ofte er like innenfor et område, og at det kreves lokalkunnskap for å løse visse oppgaver, og det vil derfor være større sannsynlighet for at man greier å etterleve de kollektive godene på en bedre måte desentralisert enn sentralisert (Fiva et al., 2014, s. 17). Helse- og omsorgstjenester er ett av flere områder som tilbyr tjenester som hensiktsmessig bør tilpasses til innbyggernes ønsker (Fiva et al., 2014, s. 19).

Lokalt selvstyre og nærhet til politikerne som fatter vedtak gir større muligheter for påvirkning, og spesielt med tanke på lokale preferanser, som også medfører større tillit til beslutninger og politiske prioriteringer (Fiva et al., 2014, s. 21). Staten og større enheter kan gjennomføre undersøkelser for å skaffe seg informasjon om demografi og preferanser i kommunene, og kan slik tilpasse fordelingsnøkkelen, men denne modellen er både kostbar og urealistisk. Lokale politikere har både større lokalkunnskap og sterkere motiv til å kunne fatte vedtak som passer den respektive kommune best, da det antas at politiske prioriteringer varierer med geografisk tilhørighet (Fiva et al., 2014, s. 20-21). Nærheten til innbyggerne vil medføre at man har bedre forutsetninger for rask respons på endringer i lokale enheter enn statlig med bakgrunn i lokale svingninger (Fiva et al., 2014, s. 21). Her kan man videre trekke inn politikere og tjenesteyteres evne til å produsere tjenester med formål om å maksimere innbyggernes velferd, som her kalles allokeringseffektivitet. Små kommuner vil her treffe sine innbyggere enklere, da de «vet hvor skoen trykker» i den mer homogene befolkningen basert på den enkelte innbygger sitt behov enn i store kommuner (Fiva et al., 2014, s. 93-94).

2.3.1 Tiebout-mobilitet og desentraliseringsteoremet

Charles Tiebout (1956) argumenterte for at kommunene i likhet med det private konkurransemarkedet, konkurrerer med andre kommuner om produksjonen av kommunale tjenester og at dette medførte større effektivitet i produksjon av kommunale tjenester (Tiebout, 1956, s. 420). Videre legger han frem en teori om at det er konsumenten av de lokale tjenestene som på bakgrunn av kostnader tar valg for seg selv (konsumentvelgeren), og at kostnadene en kommune benytter på tjenester avgjør hvorfor man velger å bosette seg i den ene eller andre kommunen med bakgrunn i preferanser og behov (Tiebout, 1956, s. 417). Dette blir ofte gjenkjent med uttrykket om at man «stemmer med føttene» (Fiva et al., 2014, s. 17). Eksempel som han her trekker frem, er at dersom en konsument skal bosette seg et nytt sted, hvilke variabler vil avgjøre det? Dersom konsumenten har familie og barn, vil det eksempelvis være mer attraktivt med en kommune som benytter flere ressurser på skole enn en kommune som bruker færre ressurser. Et annet eksempel er konsumenter som velger nytt bosted på bakgrunn av kulturelle eller tilgjengelighet av tjenester som strender, parker, veier og parkering (Tiebout, 1956, s. 418).

Mobiliteten bygger likevel på visse forutsetninger både på etterspørsels- og tilbudssiden for at den skal gjelde, hvor det på etterspørselssiden forutsettes at (1) konsumenten er fullstendig mobil og flytter dit preferansene blir best oppfylt, (2) konsumenten har fullstendig kunnskap om kommunale inntekter og utgifter, og at det er like forhold angående arbeidsmarked i alle kommuner. På tilbudssiden forutsettes det at (3) det finnes mange kommuner å velge i, (4) ansettelsesmuligheter er ikke tatt i betraktning og (5) de offentlige tjenestene ikke preges av eksternaliteter (Tiebout, 1956, s. 419). Konsumentene velger kommune ut fra preferanser på kommunale tjenester. Tiebout-modellen vil bidra til at kommuner blir mer homogene innad og heterogene utad, da mennesker med like preferanser bosetter seg på samme sted. Dette vil dermed styrke argumentene for desentralisert makt (Fiva et al., 2014, s. 17).

Her kan man også trekke inn Oates' desentraliseringsteorem. Han mener at jo større variasjon det er i preferansene til befolkningen mellom kommuner og mindre variasjoner innad i kommunen, dess større grunn for desentralisering av oppgavefordeling og beslutningstaking av kommunal beslutningsmyndighet (Oates, 1972, s. 35). Det er to forutsetninger for desentraliseringsteoremet, hvor den første er fravær av stordriftsfordeler og den andre er fravær av eksterne virkninger (eksternaliteter) (Fiva et al., 2014, s. 18).

2.3.2 Stordriftsfordeler, eksternaliteter og kostnadseffektivitet

Gjennom stordriftsfordeler kan staten eller større enheter tilby tjenester av større produksjonsvolum med lavere kostnader per innbygger enn kommuner og små enheter, som videre veier opp for at tjenestene dermed ikke er tilpasset variasjonene i de lokale preferansene (Fiva et al., 2014, s. 95). Med tanke på eksternaliteter, er dette et resultat av at bedriftsøkonomien og samfunnsøkonomien ikke sammenfaller, hvor man eksempelvis ser økonomisk vinning og at dette videre går på bekostning av lokale preferanser og eksempelvis ikke kun gagnar de som bor i kommunen. Slike stordriftsfordeler og ineffektivitet i ressursbruk beveger seg i retningen av sentralisert ansvar for tjenestene (Fiva et al., 2014, s. 18). Videre kan man trekke inn kostnadseffektivitet, hvor denne blir høyere desto lavere kostnaden blir per enhet av det produserte godet og fører til at man har lav andel *sløsing* og effektivitetstap. Stordriftsfordeler er eksempelvis at enhetskostnaden synker ved volum produsert, og det sier seg dermed selv at større kommuner eller enheter stiller sterkere med lav enhetskostnad på like tjenester som små kommuner må betale mer for (Fiva et al., 2014, s. 21). Derfor bør det gjøres tilpasninger mellom kommunestørrelse og hvilke oppgaver som skal løses, da det i visse tilfeller vil gagnar alle at oppgavene løses nasjonalt eller av større enheter for at det ene ikke skal gå på bekostning av det andre (Fiva et al., 2014, s. 22).

3. Tidligere forskning – størrelse versus kvalitet

Det er utført en del forskning på tilfredshet med helsetjenestene i landet, for å se på ulike faktorer som påvirker hvor fornøyd man er med tjenestene som tilbys. Dette er blitt mer populært for å evaluere tjenestene om de er tilfredsstillende og tilstrekkelige nok, i tillegg til å kartlegge potensialet for forbedring (Borisova, Martinussen, Rydland, Stornes, & Eikemo, 2017). Flere studier har sett på effekten av kommunestørrelse opp mot hvor tilfreds man er med innholdet i de kommunale tjenestene man mottar, og man kan se at tilfredsheten stiger i takt med at antall innbyggere synker. Det er flere mulige forklaringer på dette, hvor innbyggerne i små kommuner først og fremst er mer homogene enn i store kommuner, hvor det er enklere for de folkevalgte å treffe avgjørelser basert på befolkningens prioriteringer på en god måte da de i tillegg har nærhet til folket (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 266). Dette kan også omtales som nærhetseffekten, hvor alle innbyggerne i små kommuner stort sett er bekjente, og når man har behov for å være i kontakt med kommunen eller kommunale tjenester, er det ikke ukjente byråkrater eller sykepleiere som møter dem (Østre, 2011, s. 138).

Dersom man tar utgangspunkt i årsaker til tilfredshet blant innbyggerne, kan man se til Baldersheim, Pettersen og Rose (2011) empirisk analyse av hvilken effekt ulike individkjennetegn, husholdningstyper, kommunale inntekter og lokale kjennetegn har med tanke på hvor tilfredse innbyggerne er med kommunale tjenester (Baldersheim, Pettersen, & Rose, 2011, s. 46). Her fant de at den tydeligste sammenhengen var knyttet til kommunestørrelse:

Innbyggerne i mindre kommuner er systematisk mer tilfreds med egen kommunes innsats og tjenester enn innbyggerne i større kommuner. Dette er den mest robuste sammenhengen i tabellen. Beslektede kommunekjennetegn som bosettingstype (spredt/tett) og sentralitet (sentrum/periferi) har mindre å si, selv om sistnevnte spiller en viss rolle for vurdering av tekniske tjenester og informasjonstilbudet; begge deler vurderes som bedre i sentralt beliggende kommuner (Baldersheim et al., 2011, s. 46).

En annen forklaring på hvorfor befolkningen i små kommuner er mer tilfredse med tjenestene de tilbys, er med tanke på den demografiske sammensetningen, da befolkningen i små kommuner i gjennomsnitt er eldre og har lavere utdanning, hvor tilfredsheten øker jo eldre man blir, mens den avtar med utdanning – hvor den eldre befolkningen med lav utdanning har lavere forventninger til tjenestene (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 266). Østre (2011) hevder videre

at det likevel er viktig å skille mellom selve kvaliteten ut fra lover og forskrifter og den subjektive oppfatningen til innbyggerne på hva de anser som kvalitet på tjenestene.

Rekruttering av relevant og kompetent arbeidskraft er en kjent problematikk i små kommuner, hvor nyutdannede ofte ønsker seg og søker seg jobb i de største byene. Ifølge Nordisk ministerråds rapport om endringer i demografien, arbeidsmarked, økonomisk utvikling og utdanning, ser vi at så mye som 34 prosent av den samlede nordiske arbeidskraften holder til i de største byene. Dette går på bekostning av de små kommunene, da det blir vanskeligere å beholde jobber og tjenester i en aldrende befolkning, som også sliter med fraflytting (Grunfelder, Rispling, & Norlén, 2018, s. 66). Veksten i arbeidsplasser er innenfor bransjer som i stor grad er lokalisert i regionene rundt storbyer med store arbeidsmarked og utdanningsinstitusjoner. Det stilles i dag høyere krav enn tidligere om høyere utdanning for å få den jobben man ønsker seg, og ungdom som i dag velger høyere utdanning flytter som regel til storbyer for å studere og flytter i mindre grad tilbake etter fullført utdanning. En årsak til dette er at jobbene som krever høyere utdanning for, hører i større grad til i de store byene. I tillegg er man kanskje avhengig av at en partner med høyere utdanning som også skal få seg jobb, og det er dermed større muligheter for at begge får seg relevant jobb i et større arbeidsmarked (NOU 2011: 3, 2011, s. 24). Dersom man legger kapasiteten på kompetanse til grunn for kvalitet på tjenestene, vil kvaliteten være høyest i de store kommunene med de største fag- og kompetansemiljøene. Til tross for fraflytting, urbanisering og rekrutteringsproblematikk ligger det største kompetansepotensialet i små kommuner hos de som allerede jobber i sektoren (KS, 2019, s. 4).

Et ekspertutvalg satt ned av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2014, skulle med fritt faglig grunnlag foreslå kriterier med betydning for oppgaveløsning i kommune-Norge og vurdere kriterier kommunene bør oppfylle for å ivareta nye tildelte oppgaver (Vabo et al., 2014, s. 4). De kom med tre anbefalinger, hvor den som trekkes frem her omhandler at kommunene bør ha en minstestørrelse på 15 000-20 000 innbyggere for å sikre en god oppgaveløsning i kommunen, og at dette. For pleie- og omsorg kan denne anbefalingen bidra til at man håndterer den fremtidige forandringen i demografien med betydelig større andel eldre, med raskere implementering av for eksempel velferdsteknologi (Vabo et al., 2014, s. 12). Likevel ser vi i studiet gjort av Monkerud & Sørensen (2010) at kommunesammenslåing ikke nødvendigvis har noen positiv effekt for alle med tanke på tilfredsheten med tjenestetilbudet i kommunen. Et eksempel kan være at en rik kraftkommune blir sammenslått med en folkerik nabokommune,

hvor man vil få stordriftsfordeler ved sammenslåing, men ikke nok til å kompensere for at inntektene til kraftkommunen blir delt med nabokommunen. Til tross for at sammenslåingen vil frigjøre ressurser og bidra til at kommunen får et større kompetansemiljø, vil det gjøre befolkningen i kraftkommunen mindre tilfreds (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 287).

Blom-Hansen, Houlberg og Serritzlew (2014) har i kjølvannet av den danske kommune-reformen i 2007 undersøkt om man får stordriftsfordeler i den kommunale administrasjonen i forbindelse med kommunesammenslåing. Funnene fra denne studien viser at stordriftsfordeler, målt som «administrative kostnader per innbygger», er betydelige med tanke på størrelse på kommunen, da man kan produsere tjenester med lavere kostnad i større kommuner enn i små (Blom-Hansen, Houlberg, & Serritzlew, 2014, s. 801). I studie gjort av kommunesammenslåing i Finland på 70-tallet, ser man at kommunens utgifter ikke ble redusert ved å øke kommunestørrelsen ved sammenslåing av to små kommuner. Inntektene per innbygger på kommunal administrasjon ble redusert, men hadde liten effekt på totale utgifter. Samtidig økte utgiftene i viktige enheter som utdanning og helsevesen (Moisio & Uusitalo, 2013, s. 164). Det er også gjort en studie av kommunesammenslåing i Sverige, som fant sted på 50-tallet, hvor man ønsket å undersøke det samme som i de to foregående studiene i Danmark og Finland. Her viste resultatene en vesentlig forskjell mellom strukturer, om kommunene hadde en fragmentert struktur, hvor eksempelvis et antall små, like store kommuner dannet en ny kommune, hadde de med større sannsynlighet realisert stordriftsfordeler etter sammenslåingen, enn store kommuner som slo seg sammen med en liten kommune med en mer konsentrert struktur (Hanes, 2015, s. 74-75).

4. Fagfelt

Her skal det kort gjøres rede for sentrale stortingsmeldinger, planer og lover som er viktig for en analyse med bakgrunn i måloppnåelse og ivaretagelse av krav fra kommune og stat for hvordan eldreomsorgen bør og skal organiseres.

3.1 Meld. St. 14 (2014-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner
Ved regjeringsskifte i 2013 og utforming av Sundvolden-erklæringen, ble det skrevet at regjeringen skal gjøre en gjennomgang i oppgavene som ligger til fylkeskommune, fylkesmenn og staten. Dette skulle gjøres med bakgrunn i å gi større makt og myndighet til større og mer robuste kommuner. Reformen skal sørge for at alle innbyggere har tilgang til likeverdige tjenester, en mer samordnet og helhetlig utvikling av samfunnet, og økonomisk robuste kommuner som er tuftet på mer bærekraft, som igjen vil føre til en styrking av lokaldemokratiet (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 5). Betydningen for kvalitet i tjenestene som tilbys innbyggerne i kommuner er størrelse og innhold i fagmiljøene som finnes i den enkelte kommune, hvor små fagmiljø er mer sårbare med tanke på uforutsette hendelser, og mindre spillerom og ressurser til å utvikle tjenestene (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 6). Tilfeldige svingninger i etterspørsel og behov vil bli mye mer betydelig i små kommuner, i tillegg til at kompetansenivået i fagmiljøer kan variere. Det er nemlig variasjonen mellom små og store kommuner og fagmiljø som fører til ulik kvalitet på tjenestene som tilbys innbyggerne i de respektive kommunene. Dette er en uforutsigbarhet som kan føre til at små fagmiljø kan ha vanskeligheter med å tilby innbyggerne sine tjenester av god kvalitet (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 6).

3.2 Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
Regjeringen ønsker å skape en helsetjeneste som er for pasienten, hvor pasientens behov er i sentrum og setter standard for utvikling og endring i helse- og omsorgstjenestene – med ordlyden «ingen beslutninger om meg, tas uten meg». Samhandlingsreformen legger vekt på koordinerte og helhetlige pasientforløp, forebygging, tjenester med nærhet til brukerne og med dette større oppgaver og ansvar til kommunene (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 9). Brukermedvirkning, forebygging, oppfølging og helhetlige pasientforløp må legge grunnlaget for samfunnsoppdraget for at man kan sikre en fremtidsrettet tjeneste som er til for pasienten. Samfunns- og demografiutviklingen er på vei i en retning av en mye større andel eldre, og tjenestene skal ikke bare respondere på individuell etterspørsel, men også for hele populasjonen, med mye større tyngde på å forhindre sykdomsutvikling og innleggelse på

sykehus med forebygging, oppfølging, kunnskap og rehabilitering (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 9). For å kunne oppnå dette er det behov for en ny kommunestruktur, hvor kommunene blir større og mer kompetente, slik at de kan levere helse- og omsorgstjenester i tråd med dagens og fremtidens behov. Større og mer kompetente kommuner vil ha mulighet til å gjøre mer enn dagens kommuner (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 12).

3.3 Meld. St. 15 (2017-2018): Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Andelen av de eldste eldre vil få en kraftig økning de neste tiårene, hvor antall mennesker over 80 år vil dobles på nasjonalt nivå (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 28). Behovet for nok og god arbeidskraft blir derfor trengende i årene fremover. Når det videre er snakk om kvalitet i helsetjenester for eldre, er det grunnleggende behov som må oppfylles, som mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene de tilbys. Dette er områder hvor tilbudet for eldre ofte svikter i dag. Kvalitetsreformen «Leve hele livet» har en målsetning om at eldre skal ha større sjanser og få den riktige hjelpen til å mestre eget liv lenger der de bor (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 7). Reformen startet opp 1. januar 2019, med en gjennomføringsperiode på fem år, hvor reformen både skal kartlegges, planlegges, implementeres og til slutt evalueres i 2023 (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 11). Det er kommunene selv som skal gjennomføre denne reformen, og det er opp til hver enkelt kommune hvordan de ønsker å løse det med veiledning og støtte fra et nasjonalt og regionalt støtteapparat. «Leve hele livet» er en reform som omhandler mennesker direkte, ikke systemer, og tar for seg det viktigste i livet – felleskap, aktivitet, god mat og helsehjelp (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 7).

3.4 Meld. St. 7 (2020-2023): Nasjonal helse- og sykehusplan

Helsetjenestene er til for pasienten, og «Nasjonal helse- og sykehusplan» omtaler dermed tjenestene for *pasientens helsetjeneste* (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7). For å realisere pasientens helsetjeneste må det legges til rette for *brukermedvirkning*, hvor pasientens stemme skal bli hørt, *likeverdighet* for tilgangen på helsetjenester med kvalitet uavhengig av bosted. I tillegg er det viktig at alle pasienter og pårørende opplever forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet med tanke på tilgjengelighet på gode tjenester når man trenger det (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 10). Viktigheten av sammenhengende helsetjenester vektlegges flere steder i Stortingsmeldingen, og det er tydelig at dette er for å følge tendenser og trender i samfunnet, hvor vi får en eldre befolkning, og er mer avhengig av tverrfaglig samarbeid både innad i kommunehelsetjenestene, men også samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7).

Kompetansemiljø er til for å gjøre hverandre gode, hvor helsepersonell på den ene kanten vet best hva som må til og hva pasient trenger i neste ledd av pasientforløpet. Det er derfor viktig med gode kanaler og plattformer som legger til rette for godt samarbeid, som for eksempel digitale løsninger og teknologi som skal være med å gjøre dette enklere (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7). Teknologi er også et nøkkelbegrep for at tjenester som tidligere er blitt utført på sykehus, nå kan skje i hjemmet, hvor man eksempelvis selv kan registrere sykdomsaktivitet på digitale plattformer. Slik kan oppfølging også bli mer differensiert, hvor man får en tettere oppfølging av pasient, enn å måtte møte opp til kontrolltimer på sykehus uten behov (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 90). For at helsetjenesten i Norge skal kunne møte fremtidige behov, må man i tiden fremover investere tid og ressurser, slik at man kan sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse. Både videreutdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere skal få et løft og kapasiteten på utdanning skal økes (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 8).

3.5 Kommuneloven

Kommunelovens formål er å tilrettelegge for et funksjonsdyktig folkestyre i kommuner og fylkeskommuner i Norge, i tillegg til at forvaltning skal skje på en rasjonell, effektiv og bærekraftig måte. I tillegg skal kommuneloven legge til rette for en forvaltning med høy etisk standard, som innbyggerne kan ha tillit til (Kommuneloven, 1992). Organiseringen av kommunen og fylkeskommunen beskrives i denne lovgivningen, hvor ulike sammensetninger gjelder for ulike kommunestørrelse, og hvilke plikter de ulike organene har. I senere tid har hver enkelt kommune og fylkeskommune gjennom den nye kommuneloven av 1992 blitt friere til å organisere sin egen virksomhet, og har nå også ført til mindre statlig kontroll gjennom eksempelvis færre øremerkede tilskudd, men primært rammetilskudd. Kommunestyret og fylkestinget er de øverste organ på de respektive forvaltningsnivåene, og treffer vedtak på vegne av kommune eller fylkeskommunen så fremt dette ikke strider mot andre lover eller statlige vedtak (Kommuneloven, 1992).

3.6 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven er en omfattende lov som pålegger kommunene plikter rundt helsetjenestetilbudet de tilbyr sine innbyggere for å sikre at tjenestene er gode. Denne loven var tidligere delt i to, men vi har nå fått et felles regelverk for en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Formålet med loven tar for seg alt fra å forebygge, behandle og tilrettelegge for at pasienter skal mestre sykdom, skade og lignende, fremme sosial trygghet, sikre at man kan ha mulighet til å leve selvstendig, sikre kvalitet og likeverdighet i tjenestene, sikre samhandling, kompetansenivå, bruker- og behovstilpassning, respekt og verdighet, og at ressursene utnyttes på best mulig måte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.7 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven sitt formål er å sikre hele Norges befolkningen helsetjenester av god kvalitet og likeverdig tilbud. Dette skal oppnås gjennom at «tjenestenytere» skal ha rettigheter, i tillegg til at loven skal bidra til tillit mellom brukerne av tjenestene og selve tjenestene. I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven skal også denne sikre sosial trygghet og respekt for enkeltindividene, som også er tuftet på overordnede menneskerettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Alle i Norge har rettigheter på øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp når de trenger det, men skal som regel kun mottas med pasientens samtykke, dersom det ikke går frem av lov at hjelp kan gis uten samtykke. I Norge har vi videre rettigheter til å stå på en liste hos fastlege, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), fritt behandlingsvalg og til opphold i primærhelsetjenesten som sykehjem eller lignende. Pasient- og brukerrettighetsloven omfatter også at staten skal sørge for at ethvert fylke i det landstrakte landet vårt har pasient- og brukerombud, som er til for pasienten og skal enten ta eget initiativ eller ved henvendelser rundt forhold både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5. Metode – flermetodedesign

Metodegrunnlaget for denne oppgaven er basert på Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) sin kommunedatabase, i tillegg til samarbeidet med Revisjon Midt-Norge SA (RMN) om forvaltningsrevisjon av eldreomsorgen i en liten kommune. RMN skal se på kvaliteten på den helhetlige Helse-, rehabilitering- og omsorgstjenesten, mens det kun er deler av datainnsamlingen som benyttes for å besvare denne oppgavens problemstilling med tanke på oppnåelse av tilstrekkelig brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp satt opp mot kommunestørrelsen og eventuell kommunesammenslåing. Dataene som samles inn gjennom intervju og spørreundersøkelse er dermed felles med revisjonen, men med noe variasjon i problemstillinger som ønskes besvart.

Når man jobber med empiriske data og begrunner det i teori, er dette det vi kaller induktiv metode (Tjora, 2017, s. 18). Det å ta utgangspunkt i både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode kalles flermetodedesign (mixed methods) (Creswell & Clark, 2007; Danielsen, 2013), og gir mer innsikt og bredere sammenligningsgrunnlag i forskningen. Det er satt opp hypoteser på bakgrunn av litteratur og tidligere forskning, og er svært vanlig å benytte i flermetodedesign (Creswell, 2015, s. 69). Ved å ta utgangspunkt i kommunedatabasen, får man tilgang til alle kommuner i hele Norge, og kan slik gjennomføre analyser hvor alle kommuner er inkludert. Dette er kvantitativ deskriptiv statistikk som skal være med å belyse hvordan det står til i kommune-Norge.

Spørreundersøkelsen med avkrysnings spørsmål som sendes til de ansatte i HRO kommunen, vil muliggjøre kvantitativ statistikk av en mindre skala som kan benyttes for å beskrive hvordan det står til i kommunen per dags dato. Intervjuene skal benyttes for å få frem mer utdypende informasjon om helsetjenestene som tilbys i kommunen, fra et ledelses- og brukerperspektiv. Dette skal legge et grunnlag for at man kan sette de to metodene opp mot hverandre og sammenligne om det er samsvar mellom dem. I tillegg benyttes diverse dokumenter for å supplere den pragmatiske beskrivelsen av tjenestene gjennom datainnsamlingen med allerede eksisterende statistikk og lover. Dette kan kalles metodetriangulering, hvor flere metoder legges til grunn for å heve validiteten på egen forskning (Mathison, 1988).

5.1 Forskningsstrategi

5.1.1 Vitenskapsteori

Med tanke på at denne oppgaven har et forskningsdesign som består av ulike metoder satt sammen til et forskningsdesign bestående av både kvalitativ og kvantitativ metode, vil oppgaven tilnærme seg en vitenskapsteori som er sammensatt. På den kvalitative siden vil vitenskapsteorien være både fenomenologisk og hermeneutisk, mens det på den kvantitative siden vil bære preg av den hypotetisk-deduktive metoden og årsaksforklaringer.

Filosofien om fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl, og er ofte omtalt som en inspirasjon til intervjumetoden. Fenomenologien i kvalitativ forskning ønsker å belyse interessen rundt forståelse av sosiale fenomen ut fra ulike menneskers erfaringer og perspektiver med et mål om å få frem førstepersonsperspektivet. Oppmerksomheten rettes mot livsverden slik den subjektivt oppleves av mennesker og denne informasjonen regnes som gyldig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Slik får man tilgang til meninger, spesifikke beskrivelser, nyanserte beskrivelser gjennom ord. Forhåndskunnskapen settes i parentes og man søker å oppnå konstante betydninger i beskrivelsene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 70). I intervjuene som gjennomføres i forbindelse med denne oppgaven og forvaltningsrevisjonen, ønsker vi at de ansatte i HRO skal fortelle hvordan de opplever tjenestene ut fra sine opplevelser, uten at vi som forskere skal påvirke dette gjennom antakelser og forkunnskaper.

Videre er hermeneutikken læren om fortolkningen av språk, kommunikasjon og tekster, samt forståelse (Olsson & Sørensen, 2003, s. 104; Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). I likhet med fenomenologien er formålet å oppnå gyldig kunnskap og forståelse, men slik kunnskap er likevel kontekstuell og kan ikke automatisk overføres til en annen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 73). Her vektlegges videre forskerens forkunnskaper, da man ønsker å fange opplevelser og uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger og ha mulighet til å forklare. Dette kan oppnås gjennom å stille spørsmål som inneholder *hva*, *hvor*, *hvordan* og *hvorfor*. Den hermeneutiske forskningsprosessen handler ikke om å sette seg ikke inn i andres tanker, men at man setter seg inn i hva tankene handler om (Olsson & Sørensen, 2003, s. 105). Hermeneutikken er opptatt av at meninger både er en del av nåtiden, men også historisk – og legger derfor vekt på at man må se helheten. Man må ha tilgang til helheten for å forstå betydningen av en del. Det vil derfor være viktig å gå gjennom helhetlig datamateriale hvor

man leser gjennom hele intervjuet for å få overblikk og en helhetsvurdering, før man benytter sin kunnskap til å ta for seg deler av intervjuet for å finne meningen i deler av intervjuet (Olsson & Sørensen, 2003, s. 106).

Med tanke på det kvantitative aspektet med, startet arbeidet med utforming av hypoteser basert på tidligere forskning og observasjoner av virkeligheten (Ringdal, 2016, s. 45). Denne metoden har mye likhet med Poppers prøve-og-feile-metode, hvor man foreslår teorier som man forsøker å forkaste gjennom analyser (Ringdal, 2016, s. 41). I tillegg vil det forsøkes å finne årsaker som påvirker kvaliteten i eldreomsorgen, hvor ulike variabler blir benyttet som årsaksforklaringer (x) på virkningen (y) for å finne en empirisk sammenheng (korrelasjon) (Ringdal, 2016, s. 52). Denne metoden er isolert sett det vi kaller en tverrsnittstudie, hvor målet er å studere variasjon og samvariasjon mellom norske kommuner (Skog, 2017, s. 71).

Oppgaven ser på alle kommuner i Norge, og skal benytte kommunen som var en del av prosjektet til Revisjon Midt-Norge SA som supplerende metode som kan være med å enten styrke eller svekke det man finner basert på NSD sin kommunedatabase.

5.1.2 Kommunedatabasen – etterspørselsmodell

Etterspørselsmodellen er et vanlig virkemiddel som blir benyttet innen statsvitenskapen, og forklarer variasjoner i kommunal ressursbruk, med utgangspunkt i sosiodemografiske faktorer og variabler som beskriver priser og inntekter. Slike variabler er for eksempel andel av befolkningen i visse aldersgrupper, inntekter til kommunen og utdanningsnivå. Konsumenten er den sentrale aktøren her, og dersom en kommune har stor andel av pensjonister, er det naturlig å tenke at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke (Hagen, 1995, s. 206). Kommuner må tilpasse ressursbruk etter preferanser og etterspørsel, da det vil føre til effektivitetstap dersom det eksempelvis fordeles mye ressurser til skole og mindre til eldreomsorg i en kommune som har større andel eldre enn barn i skolealder (Fiva et al., 2014, s. 18). Kommunal ressursbruk varierer mellom kommuner, og det er naturlig å tenke seg til at en forklaring på dette er kommunal tilpasning til preferansene og demografien i kommunen.

Kommunedatabasen er en del av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og inneholder statistikk om alle norske kommuner fra 1769 og frem til i dag. Dataene beskriver geografiske enheter som for eksempel kommuner, og inneholder informasjon på de fleste områder, som eksempelvis folketall, inntekt, valg og politikk, utdanning, helse og sosiale forhold, samferdsel

og lignende. Variablene som er hentet ut fra kommunedatabasen er oppgitt i gjennomsnittlige verdier per kommune, så datasettet vil bestå av 428 observasjoner. For et bedre analysegrunnlag er alle variablene hentet ut fra det seneste året som var felles for alle variablene, nemlig 2015. Det ble likevel manuelt hentet ut statistikk på både kvalitetsindikatoren som er benyttet som avhengig variabel og bruttoinntekt for privat personer fra SSB, da disse tallene ikke var oppdatert i kommunedatabasen siden 2006 og 2007.

Hovedpoenget for denne oppgaven er fremtidsrettet kvalitet i eldreomsorgen, og dermed er det tatt utgangspunkt i en av de mange kvalitetsindikatorerne fra Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) til Helsedirektoratet. Dette ble etablert i mars 2012, på bakgrunn av et lovpålagt ansvar om å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse kvalitetsindikatorerne skal fungere som et hjelpemiddel for kvalitetsstyring og -forbedring i helse- og omsorgstjenesten. Videre skal det gi grunnlag for pasienter og brukere for å kunne ta informerte og kvalifiserte valg (Shahzadi & Nygren, 2017, s. 3). En kvalitetsindikator er et indirekte mål som forteller oss om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Tjenester av god kvalitet defineres som virkningsfulle, trygge og sikre, brukerinvolverte, kontinuerlige, tilgjengelige og rettferdige. Utviklingen av disse blir gjort på bakgrunn av samarbeid med helsesektorer, fagorganisasjoner og brukere (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 22). Det er nærmere to hundre slike kvalitetsindikatorer og rundt 30 av disse er utformer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen av disse er «legetimer per uke per beboer», «andel personell med fagutdanning i pleie og omsorgstjenesten» eller «andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC» (Shahzadi & Nygren, 2017, s. 33-34).

To av disse kvalitetsindikatoren er valgt for analyse i denne oppgaven. Den første er «legetimer per uke per beboer i sykehjem». Her oppgis gjennomsnittlig antall legetimer i timer med to desimaler og rapporteres inn i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering)-tallene. Det vil dermed si at 0,25 timer er 15 minutter per uke per beboer. Den andre er «andel årsverk i pleie- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning», og viser andel avtalte årsverk i kommunen med fagutdanning fra videregående og/eller fagutdanning fra universitet- og høyskole. Dette er tall som kommunene årlig rapporterer til Statistisk Sentralbyrå (SSB), og benyttes som et nasjonalt informasjonssystem som forteller noe om styringen av virksomheten, tjenestene som tilbys og ressursbruk i den enkelte kommune. Dette skal gi et bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring, i tillegg til å gi indikatorer på hvordan enkeltkommuner oppnår og hevder seg på nasjonalt nivå. Informasjonen kommunene må rapportere inn er om

(1) tjenestene de tilbyr, (2) ressursbruken på de ulike tjenesteområdene og (3) demografien i kommunen (Fiva et al., 2014, s. 41). KOSTRA-grupper er gruppering av landets kommuner i 16 grupper etter variabler som kommunestørrelse (innbyggertall), frie inntekter og bundne utgifter (Otnes, 2018, s. 7). De frie inntektene er et mål på hvor mye inntekter kommunene har til disposisjon etter at de bundne kostnadene er dekket, og gir en antydning av kommunenes økonomiske handlefrihet, og de bundne kostnadene er kommunens kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Kostnadene varierer med demografiske, sosiale og geografiske forhold (Otnes, 2018, s. 31).

For å forsøke å forklare de to avhengige kvalitetsvariablene, er det benyttet en forklaringsvariabel (kommunestørrelse) og syv uavhengige variabler som her blir regnet som kontrollvariabler. Forklaringsvariabelen *kommunestørrelse* gir en oversikt over hvor mange kommuner vi har i Norge i 2015, og antall innbyggere i hver enkelt kommune. De neste uavhengige variablene *kvinne*, *barnehage*, *grunnskole* og *pensjonert* gir oss en oversikt over hvor mange kvinner, barn i barnehagealder (0-5 år), barn grunnskolealder (6-16 år) og antall pensjonister (67+ år) det er i alle kommunene i Norge. Aldersvariablene er blitt omkodet fra å være statistikk for hvert enkelt år, til å bli satt sammen til aldersgrupper. Den neste uavhengige variabelen er *utdanning*, som beskriver antall personer som er 16 år og eldre med utdanning utover grunnskolenivå. Videre er bruttoinntekt en variabel som tar for seg sum brutto driftsinntekter oppgitt i 1 000 kroner ved driftsregnskapet i 2015 i hver enkelt kommune i Norge. Til slutt har vi variabelen *spredtbygd*, som viser andel av innbyggerne i kommunene som bor i spredtbygd strøk, oppgitt i prosent. Alle variablene i denne oppgaven er kontinuerlige og på forholdstallsnivå, som forteller oss at variablene har et absolutt nullpunkt, og verdiene er tall og ikke navngitte kategorier (Ringdal, 2016, s. 91).

Tabell 1: Deskriptiv statistikk

Kontinuerlige variabler	N	Min	Maks	Gjennomsnitt	Standardavvik
Legetimer pr. beboer	427	0	3,1	0,5	0,266
Andel fagutdannede	427	52	94	76,96	6,07
Kommunestørrelse	428	206	647676	12069,63	37405,48
Kvinne	428	94	324784	5997,612	18715,46
Barnehage	428	18	52254	873,7243	2947,551
Grunnskole	428	27	69648	1603,082	4299,57
Pensjonert	428	33	68124	1688,647	4214,953
Utdanning	428	164	540285	9863,502	31034,82
Bruttoinntekt	428	38957	5,20e+07	912371,2	2880508
Spredtbygd	428	0,25	100	46,02	27,176

I *tabell 1* ser vi deskriptiv statistikk av den avhengige og de uavhengige variablene etter de nødvendige omkodningene. Vi ser hvor mange respondenter som har svart og hvilke verdier som er de høyeste og laveste mulig å rapportere. I tillegg er både gjennomsnitt og standardavvik inkludert, hvor gjennomsnittet forteller oss summen av alle verdiene som er blitt rapportert, delt på antall respondenter. Standardavviket forteller oss om den gjennomsnittlige spredningen rundt nettopp dette gjennomsnittet – jo større standardavvik, desto større spredning rundt gjennomsnittet (Midtbø, 2016, s. 59).

For at regresjonsmodellene skulle gi mening for analyse, ble variablene «kvinne», «barnehage», «grunnskole», «pensjonert» og «bruttoinntekt» delt på «kommunestørrelse» da alle disse variablene ville målt mye av det samme da store kommuner naturligvis ville ha scoret mye høyere på alle disse i forhold til mindre kommuner, da de er mange flere innbyggere. I tillegg ble «utdanning» delt på antall personer i kommunen som var over 16 år. Den uavhengige variabelen kommunestørrelse er dummykodet, da kommunestørrelse i sin helhet ikke ble signifikant i modellen, og man nå kan se hvordan de ulike kommunestørrelsene scorer i forhold til store kommuner. Videre er det også blitt gjort logaritmisk transformasjon av den avhengige variabelen «legetimer per uke per beboer i sykehjem», da dette hjalp med å fjerne problemet hvor modellen var heteroskedastisk, som omhandler ulik spredning rundt regresjonslinjen. Her ønsker vi homoskedastisitet, hvor variansen skal være like stor for lave og høye verdier av den uavhengige variabelen (Skog, 2017, s. 246). Logaritmisk omkodning innebærer at vi går over fra å betrakte absolutte endringer til å se relative (prosentvise) endringer. I og med at det kun er den avhengige variabelen som er omkodet slik, vil regresjonskoeffisientene fortelle oss hvor stor relativ (prosentvis) endring vi får i den avhengige variabelen når den uavhengige variabelen øker med én enhet (Skog, 2017, s. 248).

5.1.4 Spørreundersøkelse

Det er i samråd med Revisjon Midt-Norge SA utformet en spørreundersøkelse (Vedlegg 1) som er sendt ut til 110 ansatte i enheten for helse, rehabilitering og omsorg. Etter at svar som ikke var fullstendig gjennomført var fjernet, satt vi igjen med 62 svar, som tilsvarer en svarprosent på 56 prosent. Undersøkelsen består av 22 spørsmål, hvor de aller fleste spørsmålene er utformet med avkrysning i form av «enten eller»-svar. I tillegg er noen spørsmål utformet med tekstboks hvor respondentene må formulere svaret selv, da det er vanskelig å oppgi alternativer på forhånd. Spørreundersøkelsen er utformet i *SurveyXact* (som er en del av Rambøl). En spørreundersøkelse gjør det enklere å nå ut til flere på kort tid, og for å få standardiserte svar

fra en gitt gruppe (Ringdal, 2016, s. 199). Spesielt under pandemien vi står ovenfor, er spørreundersøkelse et svært godt alternativ med tanke på at man ikke kan ha like stor fysisk tilstedeværelse for å gjennomføre intervjuene i kommunen. Det er viktig å huske at spørsmålene som stilles i denne undersøkelsen legger opp til subjektive meninger og erfaringer hos respondentene, noe som vil føre til et kvalitativt preg, hvor undersøkelsen vil male et bilde på hvordan ansatte i HRO opplever gjennomføring og rutiner i tjenestene og enheten de jobber. Spørreundersøkelsen er bygd opp tematisk med de tre overordnede temaene «Brukermedvirkning og verdighet», «Kompetanse» og «Tverrfaglig samarbeid og helhetlige pasientforløp». Innledningsvis er det en enkel introduksjon hvor respondenten skal oppgi stillingstittel, stillingsandel, arbeidserfaring og lignende. Eksempler på utforming av spørsmål og svaralternativer i spørreundersøkelsen er spørsmål som enten skal besvares på en skala fra 1-5, hvor 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig». Et annet eksempel er at respondentene skal oppgi i hvor stor grad ulike aspekter ved tjenestene blir tilstrekkelig oppnådd i tjenesten.

Spørreskjemaet ble utformet ut fra tema, men det ble benyttet allerede utformede spørreskjema fra lignende revisjoner som Revisjon Midt-Norge SA hadde gjennomført i andre kommuner på tilsvarende tema for inspirasjon. Det er ofte lurt å benytte seg av allerede eksisterende spørsmålsstillinger enn å skulle finne opp kruttet dersom det er noe som har fungert tidligere. Likevel er det også her muligheter til å finne ut hva som ikke har fungert etter hensikt tidligere (Olsson & Sörensen, 2003, s. 94).

5.1.3 Intervju

Kvalitative forskningsintervju er av den mest populære art og har som regel et mål om å forstå intervjuobjektets daglige liv, fra deres eget perspektiv. Det kan ofte sammenlignes med en hverdagslig samtale, men inneholder ulike metoder og spørreteknikker ut fra formål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 43). Et intervju blir ofte omtalt som en profesjonell samtale mellom to eller flere om et gitt tema (Olsson & Sörensen, 2003, s. 83; Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21). Et forskningsintervju ønsker å konstruere kunnskap i interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 37). I forbindelse med denne oppgaven og forvaltningsrevisjonen, er det gjennomført fire gruppeintervju i form av fokusgruppe, hvor vi samlet 7 respondenter i det første gruppeintervjuet og 11 deltakere i det andre for å diskutere og belyse noen av temaene som ble spurt om i spørreundersøkelsen. Som generell regel, bør gruppeintervju vare mellom én til to timer og ha mellom 6 og 12 deltakere (Tjora, 2017, s. 123-124). Det ble også gjennomført ett intervju med enkeltperson da respondenten ikke hadde

mulighet til å delta på gruppeintervjuet. Hensikten var likevel å få en utdypende besvarelse på flere av spørsmålene fra spørreundersøkelsen. Intervjuguiden ble utformet i samråd med Revisjon Midt-Norge SA, hvor det ble listet opp en del spørsmål under hvert enkelt tema, for å ha struktur i intervjuet, og være sikker på at vi fikk svar på det vi lurte på. Mange av spørsmålene ble sløffet, da svaret på spørsmålet kom i forbindelse med andre spørsmål og lignende. Alle intervju ble transkribert og sendt til godkjenning av deltakende respondenter.

5.2 Utvalg og gruppering

Denne oppgaven tar utgangspunkt i kommunedatabasen, og det er dermed alle kommunene i Norge som er datagrunnlaget. For at dataene skal gi mening for oppgavens problemstilling er det valgt å klassifisere kommunestørrelse basert på en rapport skrevet på oppdrag for SSB (Langørgen, Løkken, & Aaberge, 2015, s. 10), hvor *små kommuner* har 0-4 999 innbyggere, *mellomstore kommuner* har 5 000-19 9999 innbyggere og *store kommuner* har minst 20 000 innbyggere. I *tabell 2* ser man en oversikt over hvordan kommunene er fordelt både per dags dato, men også for 2015, som er årstallet datagrunnlaget er hentet fra. Kommune-Norge har gjennomgått en kommunereform, antall kommuner er kraftig redusert, men likevel er det flere små kommuner enn store. Dette er også utgangspunktet for regresjonsanalysen, hvor kommunestørrelse blir omkodet til tre kategorier, hvor hensikten er å se hvordan små kommuner og mellomstore kommuner «scorer» i forhold til store kommuner.

Tabell 2: Oversikt over kommuner og kommunestørrelse

Årstall	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner
2015	225	148	55
2021	174	120	62

Kommunen som det er blitt gjennomført forvaltningsrevisjon i parallelt med denne oppgaven, er en kommune som faller under kategorien «små kommuner». Spørreundersøkelsen som benyttes som supplerende metode, hadde en svarprosent på 56 prosent. I tillegg benyttes noe data fra gruppeintervjuet som ble gjennomført med ansatte i institusjon og avdelingsledere i eldreomsorgen i den samme kommunen.

5.3. Gjennomføring og evaluering av datainnsamling

Datainnsamlingen til masteroppgaven har foregått noe spredt, både med tanke på progresjon av oppgave, men også med hensyn til inngått samarbeid og tidsplan for Revisjon Midt-Norge SA. Oppgavens oppstart i januar og samarbeid med Revisjon Midt-Norge SA medførte mye forarbeid og gjennomføring av datainnsamlingen i april. Spørreundersøkelsen til de ansatte i enheten for helse, rehabilitering og omsorg ble utsendt 13. april gjennom *SurveyExact*, etter at det på forhånd ble utsendt e-post med informasjon gjennom avdelingslederne for enheten. Det ble satt en svarfrist til 26. april, hvor det ble utsendt påminnelse på e-post etter at det var gått én uke etter utsending. Gjennom hele skriveprosessen har det blitt lest tidligere forskning, planer og lover, og denne prosessen har lagt grunnlaget for oppstart, problemstilling og fagfelt for oppgaven. Det ble gjennomført ett gruppeintervju med enhetsleder og kommunedirektør i oppstarten av prosjektet på *Teams* 23. mars, mens de resterende fire intervjuene av avdelingsledere og ansatte i enheten ble gjennomført fysisk til stede i kommunen 28. april.

Bearbeiding av rådata fra kommunedatabasen startet når det første intervjuet var gjennomført, hvor intervjuene ble transkribert etter Revisjon Midt-Norge SA sin standard, som skulle sendes tilbake til de som ble intervjuet for godkjenning. Parallelt har det blitt jobbet med å fremstille regresjonsanalyser av kommunedatabasen gjennom det statistiske analyseprogrammet STATA. Her ble det gjort omkodinger av variablene slik at de passet best mulig for oppgavens problemstilling. Alle variablene er oppgitt med antall analyseenheter, som her er antall kommuner. Det ble dermed gjennomført regresjonsanalyser for å finne styrke og retning i sammenheng mellom ulike forklaringsvariabler (Ringdal, 2016, s. 303). Svarene fra spørreundersøkelsen i *SurveyExact* i samarbeid med Revisjon Midt-Norge SA er blitt analysert i *Excel* gjennom enkle tabeller og sorteringsmekanismer, hvor gjennomsnittsverdier er trukket ut fra resultatene og blitt inkludert som supplerende metode.

Gjennom hele prosessen med innsamling av data og skriving av masteroppgaven har samfunnet stått ovenfor pandemien covid-19, som har medført noen forskyvninger og forsinkelser med tanke på oppstart og progresjon av prosjektet. Samarbeidet med Revisjon Midt-Norge SA er nytt av året, hvor det ble opprettet kontakt gjennom min veileder og selskapet før jul. Siden dette er et nytt prosjekt, har det vært noen uklarheter for hvordan samarbeidet skal fremstilles i min oppgave og hvilken rolle jeg som student skulle ha i prosjektet. Likevel ble jeg et fullverdig medlem av prosjektgruppa, med arbeidsavtale med engasjement som forvaltningsrevisor ut juni 2021. Jeg har jobbet tett sammen med prosjektets leder og har deltatt på alle møter,

informasjonsvekslinger og datainnsamling. Til tross for at datainnsamlingen ble gjennomført noe senere enn det som var forestilt, har jeg lært utrolig mye dette semesteret, som jeg ikke ville vært foruten og sitter igjen med gode erfaringer som jeg vil ta med meg videre.

5.4 Kvalitetskriterier og etiske betraktninger

Dersom man skal gjennomføre et forskningsopplegg, er det viktig å tenke på både styrker og svakheter med opplegget, samt hva som både kan påvirke positivt og negativt. I tillegg er det viktig å gjøre seg opp noen tanker om hvordan man kan forsøke å løse eventuelle dilemma underveis. Det å redegjøre for valgene man tar og presentere forskningen sin er et av de viktigste kravene til all forskning og er knyttet til transparens eller gjennomsiktighet. Dette gjøres for at den som leser oppgaven skal få god innsikt i valg og data slik at den skal kunne ta et standpunkt rundt kvaliteten på forskningsopplegget (Tjora, 2017, s. 248).

Det er opp til flere faktorer som kan betegnes som feilkilder når man benytter seg av kvantitativ og kvalitativ metode. Først og fremst kan man ta for seg kommunedatasettet, hvor det er hentet ut variabler fra et årstall som allerede er seks år gammelt i dag, og det kan derfor ikke være hundre prosent representativt for dagens situasjon. Med dette i bakhodet, er det likevel ikke så mye som forandrer seg på disse årene, men det er likevel fra perioden før kommunesammenslåingen. Tverrsnittsdata ser også kun på ett år i gangen, og det kunne med fordel kanskje blitt benyttet tidsseriedata, da man kunne sammenligne over flere år. I tillegg er det viktig å tenke over hvilke tall man får fra variablene, hvor eksempelvis den ene avhengige variabelen «legetimer per uke per beboer i institusjon», hvor man eksempelvis bør ha lokalkunnskap for å tolke tallene, da to nabokommuner kan samarbeide om legetjenester for eksempel. Dette vil slå ut på begge kommunene, da den ene kommunen kommer ut med 0 timer per beboer, mens den andre kommunen får et ekstremt høyt legedekningstall. Dermed skal man med varsomhet tolke tallene som et komplett bilde av tjenesten og generaliserbarhet.

Spørreundersøkelsen som ble utsendt er en relativt enkelt utformet undersøkelse, men det går likevel på subjektive meninger til respondentene, og dette er en faktor man må ta høyde for når man skal analysere, hvor det i utgangspunktet blir gjort på en måte i kommunen og respondentene har lik oppfattelse, men rapporterer ulikt i spørreskjemaet. Dette vil utgjøre tilfeldige målefeil, og vil påvirke reliabiliteten på forskningsopplegget, som skal representere at gjentatte målinger vil gi det samme resultatet (Ringdal, 2016, s. 97). Systematiske målefeil

kan også oppstå ved et slikt spørreskjema, hvor respondentene enten ikke leser og forstår spørsmålet tilstrekkelig, svarer tilfeldig eller lager et mønster i svarene sine. Slike målefeil påvirker validiteten (gyldigheten) på spørreundersøkelsen, hvor man dermed risikerer å ikke måle det man faktisk ønsker å måle (Ringdal, 2016, s. 99; Tjora, 2017, s. 232). Det var 8 respondenter som ikke hadde fullført spørreundersøkelsen fullstendig, og som måtte forkastes som «manglende svar» (Ringdal, 2016, s. 199).

Med tanke på gruppeintervjuet som ble gjennomført, kan man her benytte Kvales seks kriterier for å vurdere kvaliteten på intervjuet. Intervjuet skal først og fremst kunne tolkes gjennom hele intervjusituasjonen og være mer eller mindre selvkommunerende. Videre skal kvaliteten baseres på svarene til informanten og hvorvidt disse er spontane, rike, spesifikke og relevante. I tillegg mener Kvale at jo kortere spørsmål og lengre svar man får, jo bedre kvalitet er det på intervjuet. Deretter er det intervjuers evne til oppfølgingsspørsmål for å tydeliggjøre det som blir sagt enda mer, for å unngå misforståelser, samtidig som intervjuer skal gjøre seg opp en mening om informantens meninger gjennom intervjuet (Roulston, 2010, s. 202). Med fordel bør man skape en trygg atmosfære og fjerne maktforholdet mellom intervjuer og den som blir intervjuet for at kvaliteten på intervjuet skal heves, og dette ikke skal påvirke det informanten rapporterer i intervjuet (Roer-Strier & Sands, 2014). Som forsker er det nærmest umulig å være hundre prosent nøytral og man vil på ett eller annet vis ha gjort seg opp en mening på forhånd. Til tross for dette er det i mange sammenhenger viktig at forsker tydeliggjør sin rolle og engasjement, slik at intervjuobjekt er klar over hvordan dette kan påvirke analyse og diskusjon av resultatene (Tjora, 2017, s. 235).

Målet i samfunnsforskning er ofte å generalisere funnene for et større utvalg, men dette kan likevel være vanskelig (Tjora, 2017, s. 238). Med tanke på generaliserbarhet for denne oppgaven, er det gjennom ulike metodebruk også ulike grader av generaliserbarhet. Gjennom kommunedatabasen og regresjonsanalysene i STATA er alle kommunene i Norge inkludert, og man kan med høy sannsynlighet generalisere for kommune-Norge, da alle er representert. Signifikansnivået som benyttes i oppgavens analyse er $p < 0,05$, som forteller at 95 prosent av tilfellene eller mer vil forklare det samme (Ringdal, 2016, s. 269). Gjennom den supplerende metoden fra revisjonen med intervju og spørreundersøkelse, er målet at dataene kan konseptuelt generaliseres, hvor man benytter tidligere forskning, teorier og som i denne oppgaven, et generaliserbart datasett som kan være med å støtte opp under gyldigheten gjennom å utvikle konsepter eller teorier som kan gjelde i andre sammenhenger (Tjora, 2017, s. 244-245).

5.4.1 Anonymisering

Dette er en oppgave skrevet sammen med et revisjonsfirma, som har rett på innsyn i alle deler av deltakerkommunens organisasjon. Denne oppgaven har likevel valgt å holde kommunenavn anonymt med tanke på plassen den har i oppgaven som supplerende metode. Det er på forhånd av prosjektet blitt underskrevet en taushetserklæring med Revisjon Midt-Norge SA med ordlyden «Som ansatt i Revisjon Midt-Norge SA er du underlagt forvaltningslovens regler om taushetsplikt, jfr. Kommuneloven § 24-2 femte ledd. Brudd på taushetsplikten er straffbart etter straffelovens §§ 209 og 210». Kommuneloven § 24-2 femte ledd sier videre at «Revisor har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e». Et utdrag av denne lyder som følger:

«Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- 1) noens personlige forhold, eller*
- 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår. (...)*» (Forvaltningsloven, 1967).

I forkant av gjennomføring av intervju og spørreundersøkelse som ble gjennomført i samarbeid med revisjonsforvaltningen, ble det opplyst om at all informasjon som kunne tilbakeføres til enkeltpersoner og pasient- eller brukeropplysninger er taushetsbelagt informasjon, og vil ikke komme frem i verken rapport eller masteroppgave (Johannesen & Tuft, 2002, s. 69). For at dette skulle bli gjennomført på best mulig måte i gruppeintervjuene, fikk respondentene mulighet til å gjennomføre sitatsjekk på slik de er blitt referert, for at de kan stå inne for uttalelsene dersom de mot alle odds skulle blitt gjenkjent. Her kan de be om at noen sitater ikke skal benyttes eller endres (Tjora, 2017, s. 177-178).

6. Resultat

6.1 Kommunedatabasen – etterspørselsmodell

6.1.1 Korrelasjonsanalyse

I *tabell 3* ser vi en korrelasjonsmatrise med alle variablene som skal være med i videre analyse. Det er nesten alle variablene som korrelerer med hverandre med en p-verdi $< 0,05$, og man kan dermed generalisere for dette med 95 prosent eller større sikkerhet. De variablene som ikke er statistisk signifikant ($p > 0,05$) nevnes i mindre grad. Korrelasjonskoeffisienten (Pearsons R) måler den lineære sammenhengen mellom to kontinuerlige variabler og befinner seg mellom -1 og 1, og jo nærmere korrelasjonskoeffisienten er -1 eller 1, jo sterkere korrelasjon har man. Dersom man har positiv korrelasjon, vil det si at jo mer man «scorer» på den ene, «scorer» man også høyt på den andre. Dersom det er negativ korrelasjon, vil det si at høye verdier på den ene betyr lave verdier på den andre.

Dersom vi tar for oss de signifikante verdiene for den første avhengige variabelen «legetimer per uke per beboer», er det en svak positiv korrelasjon med forklaringsvariabelen «kommunestørrelse». Dette forteller at jo større kommunen er, jo flere legetimer har kommunen per uke per beboer, eller omvendt – jo flere legetimer en kommune har, jo større er kommunen. Videre korrelerer «legetimer» svakt positiv med kontrollvariablene «kvinne», «barnehage», «grunnskole» og «utdanning», og forteller også her at høye verdier på den ene variabelen gir høye verdier på den andre. Det betyr eksempelvis at kommuner som har høy andel kvinner, barn i barnehagealder, barn i grunnskolealder og høy andel utdannede, har flere legetimer per uke per beboer. Negativ korrelasjon forteller oss på den andre siden at dersom man har høye verdier på den ene variabelen, har man lave verdier på den andre. Den avhengige variabelen «legetimer» korrelerer svakt negativt med «pensjonert», «bruttoinntekt» og «spredtbygd», som forteller at kommuner med høye verdier på «pensjonert», «bruttoinntekt» og «spredtbygd», har høye verdier på «legetimer per uke per beboer».

Signifikante verdier på den andre avhengige variabelen «andel avtalte årsverk med fagutdanning» er færre, hvor det kun er variablene «kvinne» og «barnehage» som korrelerer positivt, og «bruttoinntekt» som korrelerer svakt negativt. Dette forteller oss at høye verdier på andel fagutdannede i en kommune fører til høye verdier på «kvinner» og «barnehage», men lave på «bruttoinntekt». Det vil videre si at kommuner med mange kvinner, barn i

barnehagealder og lav bruttoinntekt, har høy andel fagutdannede, mens kommuner med høy bruttoinntekt har lav andel fagutdannede.

Forklaringsvariabelen for oppgaven er kommunestørrelse, og det er derfor verdt å nevne de andre signifikante verdiene for denne i korrelasjonsmatrisen. Dess større kommunen er, jo flere kvinner og barn i barnehagealder er det, i tillegg til at det er flere med utdanning i større kommuner, dette forteller de svakt positive korrelasjonene. Videre er det færre pensjonerte, lavere bruttoinntekt og lavere andel spredtbygd jo større kommunen er, i følge de svakt negative korrelasjonene.

Korrelasjonen mellom «barnehage», «grunnskole» og «pensjonert» er sterk, som indikerer at høye verdier på «pensjonert», gir lave verdier på «barnehage» og «grunnskole». I tillegg til at høye verdier på «barnehage» gir høye verdier på «grunnskole». I et samfunn med mange eldre, som ofte er i små kommuner, er det ofte lavere andel yngre som produserer barn i barnehage- og grunnskolealder.

Tabell 3: Korrelasjonsmatrise

	Legetimer	Fag- utdanning	Kommune- størrelse	Kvinne	Barnehage	Grunnskole	Pensjonert	Brutto- inntekt	Utdanning	Spredt- bygd
Legetimer	1.0000									
Fag- utdanning	0.1759**	1.000								
Kommune- størrelse	0.1125*	-0.0081	1.0000							
Kvinne	0.0950*	0.1495**	0.1675***	1.0000						
Barnehage	0.2540***	0.1284**	0.1872***	0.1186**	1.0000					
Grunnskole	0.1144**	0.0691	-0.0445	0.1426**	0.6222***	1.0000				
Pensjonert	-0.2977***	-0.0442	-0.2727***	-0.1163**	-0.8038***	-0.6317***	1.0000			
Brutto- inntekt	-0.0986**	-0.1462**	-0.2010***	-0.2622***	-0.4377***	-0.2585***	0.4628***	1.0000		
Utdanning	0.1620***	0.0146	0.1396**	0.2012***	0.3984***	0.2891***	-0.4509***	-0.2743***	1.000	
Spredtbygd	-0.2115**	0.0303	-0.3232***	-0.2548***	-0.3714***	-0.2027**	0.5938***	0.4621***	-0.2807***	1.000

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,000

6.1.2 Lineær regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er en avgrensning av ideen om lineære sammenhenger mellom en avhengig variabel (Y) og et sett uavhengige variabler (X) (Ringdal, 2016, s. 265). *Tabell 4* og *tabell 5* presenterer multivariate regresjonsanalyser med de uavhengige variablene som antas å ha påvirkning på den avhengige variabelen om antall «legetimer per uke per beboer i sykehjem» og «andel avtalte årsverk med fagutdanning». En multivariat regresjonsanalyse er en analyse med én Y og flere enn to X-variabler, da et sosialt fenomen har mange årsaker og er påvirket av en rekke ulike faktorer (Skog, 2017, s. 258). Det benyttes minste kvadratsums metode (OLS). Ved å bruke OLS velges den linjen av restleddverdier (kvadrert og summert) som gir en så liten Sum of Squared Errors (SSE) som mulig (Skog, 2017, s. 222).

Tabell 4: Lineær regresjonsmodell av «legetimer per uke per beboer»

Legetimer per uke per beboer	Koeffisient
Kommunestørrelse (stor kommune som referansekategori)	
Små kommuner	-0.2993*** (0.0943)
Mellomstore kommuner	-0.244*** (0.074)
Kvinne	0.0148 (0.0228)
Barnehage	0.0395 (0.0387)
Grunnskole	-0.0348 (0.0317)
Pensjonert	-0.0353** (0.0201)
Bruttoinntekt	0.00003** (0.00001)
Utdanning	0.7818 (0.0267)
Spredtbygd	0.0006 (0.0012)
Konstant	-1.520 (2.462)
N	426
R ²	0,1379

Robust standard errors in parentheses

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,000

Regresjonsmodellen i *tabell 4* viser at dummyvariabelen til kommunestørrelse, med både «små kommuner» og «mellomstore kommuner» generaliseres med 100 prosent sannsynlighet (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 57). «Bruttoinntekt» og «pensjonert» generaliseres med 95 ($p < 0,05$) prosent sannsynlighet, og dette er det vanligste signifikansnivået i samfunnsvitenskapelige studier (Ringdal, 2016, s. 269; Skog, 2017, s. 179). Variablene «kvinne», «barnehage», «grunnskole», «utdanning» og «spredtbygd» er ikke signifikante og blir dermed ikke inkludert i videre analyse.

For de signifikante variablene viser regresjonsmodellen at dummyvariabelen til kommunestørrelse har en negativ koeffisient både for små (-0,2993) og mellomstore (-0,244) kommuner, noe som forteller oss at små og mellomstore kommuner har færre legetimer per uke per beboer i forhold til store kommuner. Videre viser modellen at andel pensjonert befolkning har en negativ koeffisient på -0.0353, noe som forteller oss at jo flere pensjonerte det er i kommunen har en negativ effekt på antall legetimer per uke per beboer i sykehjem. «Bruttoinntekt» har en positiv koeffisient på 0.00003, som forteller at jo mer penger kommunen har, jo flere legetimer er det per uke per beboer.

Utvalget (N) for denne modellen er 426, hvor én kommune i utgangspunktet var kodet til «missing», og én annen forsvant når variabelen «legetimer per uke per beboer i sykehjem» ble logaritmisk transformert. Forklaringskraften (R^2) i *tabell 4* er 0,1379 som forteller oss at de uavhengige variablene som er tatt med i denne tabellen forklarer 13,8 prosent av variansen i den avhengige variabelen (Ringdal, 2016, s. 400).

Tabell 5: Lineær regresjonsmodell av «andel årsverk med fagutdanning»

Andel årsverk med fagutdanning	Koeffisient
Kommunestørrelse (stor kommune som referansekategori)	
Små kommuner	0.0351 (10.386)
Mellomstore kommuner	1.5017 (8.1833)
Kvinne	6.471** (2.5161)
Barnehage	6.6057* (3.252)
Grunnskole	-1.6483 (2.1918)
Pensjonert	0.0961 (1.5164)
Bruttoinntekt	-0.002 (0.0012)
Utdanning	-410.56 (251.89)
Spredtbygd	0.3419** (0.1284)
Konstant	175.7965 (271.4249)
N	427
R ²	0,0567

Robust standard errors in parentheses

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,000

Regresjonsmodellen i *tabell 5* viser at det kun er variablene «kvinne», «barnehage» og «spredtbygd» som er signifikante med et signifikansnivå som er 5 prosent eller lavere, og man kan dermed også her generalisere de signifikante variablene med 95 prosent sannsynlighet (Ringdal, 2016, s. 269; Skog, 2017, s. 179). Til tross for at dummyvariabelen til kommunestørrelse ikke er signifikant, viser den en positiv effekt på andel årsverk med fagutdanning for «små kommuner», og en høyere positiv effekt for «mellomstore kommuner». Dette er i forhold til referansekategori «store kommuner», og forteller oss at små og mellomstore kommuner har høyere andel årsverk med fagutdanning i forhold til store kommuner. Videre er variablene «grunnskole», «pensjonert», «bruttoinntekt» og «utdanning» heller ikke signifikant, og blir ikke inkludert i videre analyser.

Kvinnevariabelen er signifikant og viser en positiv effekt på andel årsverk med fagutdanning med en koeffisient på 6.471, noe som forteller oss at jo flere kvinner det er i en kommune, jo større andel årsverk har fagutdanning. Barnehagevariabelen er også signifikant og viser en positiv økning på andel årsverk med fagutdanning med en koeffisient på 6.6057, som forteller oss at jo flere barn i barnehagealder i en kommune, jo større andel årsverk har fagutdanning. Til slutt er det variabelen spredtbygd, som med en positiv regresjonskoeffisient på 0.3419 forteller oss at jo større andel av befolkningen som bor spredtbygd, jo større andel av årsverkene har fagutdanning.

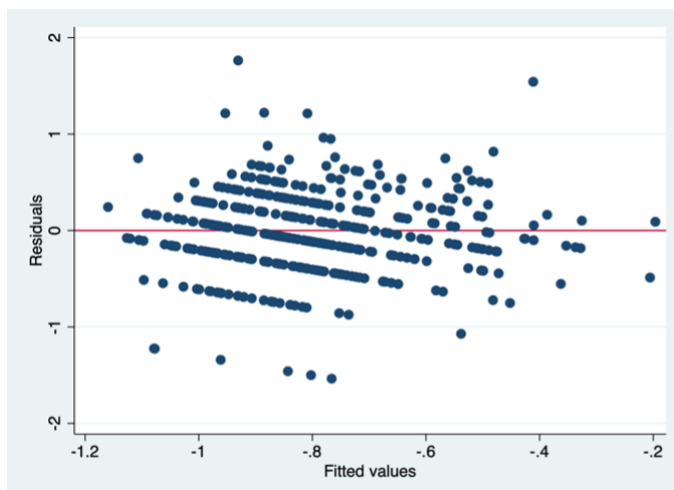
Utvalget (N) for denne modellen er også 427, hvor én kommune er kodet til «missing». Forklaringskraften (R^2) i *tabell 5* er betydelig lavere enn foregående med 0,0567 som forteller oss at de uavhengige variablene som er tatt med i denne tabellen forklarer 5,7 prosent av variansen i den avhengige variabelen (Ringdal, 2016, s. 400).

6.1.3 Forutsetninger for lineær regresjon

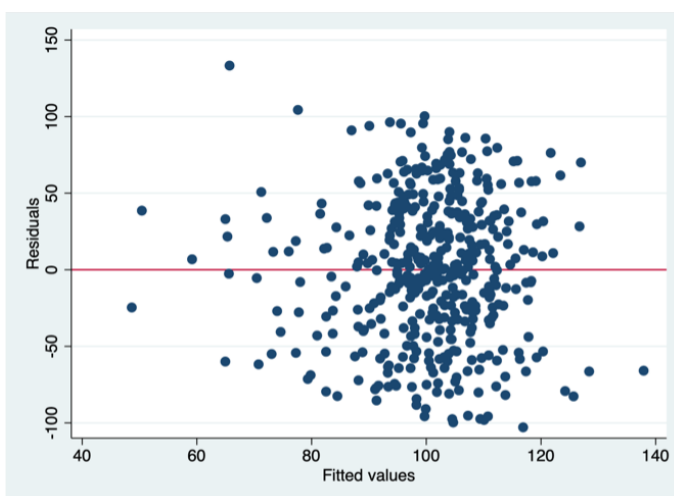
I dette delkapittelet skal de lineære regresjonsmodellene (*tabell 4* og *tabell 5*) testes og diagnostiseres for å sjekke hvilke forutsetninger for regresjon som oppfylles. Den første forutsetningen som Skog (2017) mener bør utforskes er *linearitetsforutsetningen*, som forteller oss om effekten av X og gjennomsnittsverdien til Y kan beskrives i form av en rett linje. Linjen trenger ikke være fullstendig rett, men ha en tilstrekkelig lineær sammenheng (Skog, 2017, s. 237-238). Nullhypotesen som skal testes ved denne forutsetningen er at den lineære formen er tilstrekkelig og at modellen ikke har utelatte variabler og testes med *ovtest* og *linktest* i STATA. *Ovtesten* av *tabell 4* med «legetimer per uke per beboer i institusjon» som avhengig variabel viser et signifikansnivå som er høyere enn 0,05, og nullhypotesen kan dermed beholdes, da modellens lineære form er tilstrekkelig. For *tabell 5* med «andel avtalte årsverk med fagutdanning» viser også et signifikansnivå som er høyere enn 0,05, og nullhypotesen beholdes også her. Gjennomføring av *linktest* på begge modellene gir oss ikke-signifikant *_hat* og ikke-signifikant *_hatsq*, og nullhypotesene må forkastes da det forteller oss at modellen mangler noen relevante variabler. Likevel kan man konkludere med at modellene består forutsetningen om linearitet, da man kun trenger å bestå én av testene (Skog, 2017, s. 238).

Den neste forutsetningen er fordelingen av restleddene, som er de uforklarte variasjonene rundt regresjonslinjen i et spredningsdiagram. Denne forutsetningen deles videre inn i tre forutsetninger, nemlig om restleddsvariasjonene er *homoskedastiske*, *normalfordelte* og *ingen*

autokorrelasjon (Skog, 2017, s. 237). Når en modell er homoskedastisk, har den like store variasjoner for alle verdiene av den uavhengige variabelen, og betyr det motsatte av heteroskedastisitet, som betyr ulik spredning (Skog, 2017, s. 246). Nullhypotesene forteller her at restleddene i de to modellene er homoskedastiske, og testes med *hettest* i STATA (*figur 1* og *figur 2*). Dersom modellene er signifikante ($p < 0,05$) må nullhypotesen beholdes, men dette er ikke tilfellet for noen av tabellene, da testen forteller oss at residualene mest sannsynlig er homoskedastiske, og det forekommer dermed ingen uteliggere (Skog, 2017, s. 249). Den ene modellen var i utgangspunktet heteroskedastisk, og det ble dermed gjennomført en semilogtransformering av avhengig variabel «legetimer per uke per beboer» som løste problemet. I tillegg kan man også danne samspillsledd for å forbedre modellene, men dette var ikke nødvendig i denne omgang.

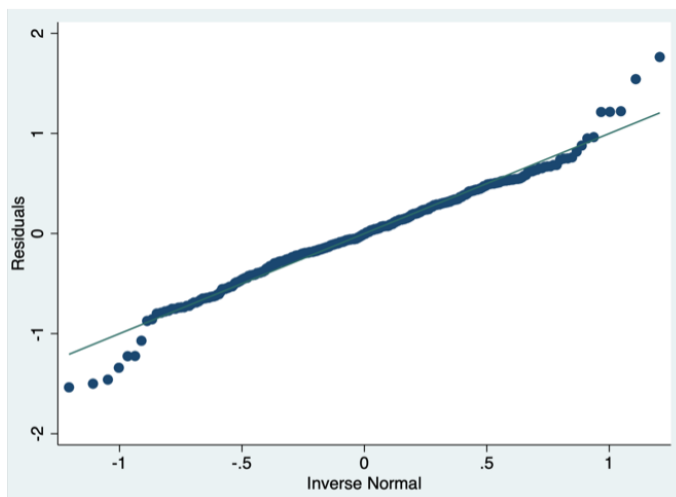


Figur 1: Spredningsdiagram for restledd av tabell 4

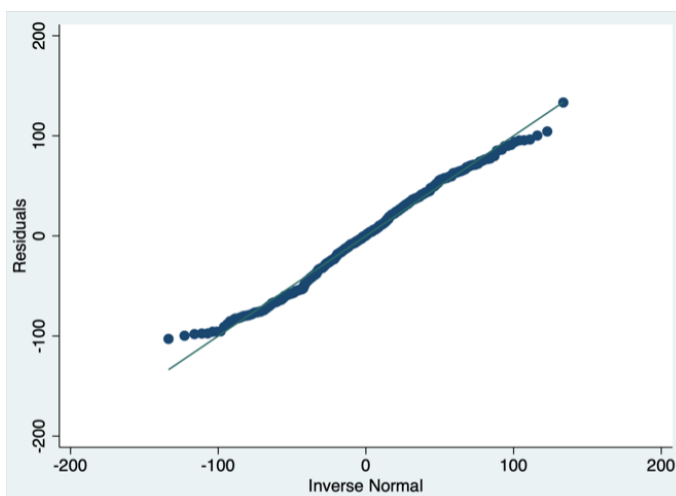


Figur 2: Spredningsdiagram for restledd av tabell 5

Videre er det forutsetningen om *normalfordelte restledd*. Her kjører man en *qnorm*-test i STATA med predikerte residualer, hvor man ønsker at linjene skal ligge presist oppå hverandre. Dette er ikke resultatet i q-plotet, da det avviker noe i bunn og topp (*figur 3* og *figur 4*). Dette kan anses som en tilnærmet normalfordeling, noe som er vanlig i undersøkelser med større utvalg (Skog, 2017, s. 250). Dermed kjøres en *sktest*, for å måle skewness (skjevhet) med ønskelige verdier rundt 3 og kurtosis med ønskelige verdier rundt 0 (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 152-153). Begge modellene får verdier på kurtosis på 0, men ingen av modellene får mer enn 1 på skewness. Dersom man består denne forutsetningen forteller det oss at dersom man beregner restleddet (avviket mellom faktisk verdi og forventet eller predikert verdi for avhengig variabel) for hver observasjonsenhet og tegner den statistiske fordelingen av disse verdiene, så blir resultatet normalfordelt. Dette er likevel ansett som den forutsetningen som er minst viktig.



Figur 3: Q-plotet av tabell 4



Figur 4: Q-plotet av tabell 5

Den siste forutsetningen omhandler kravet om *fravær av autokorrelasjon og multikollinearitet*. Ifølge Skog (2017) betyr det at det ikke er noen bakenforliggende årsaksfaktorer til Y som er korrelert med X (Skog, 2017, s. 253). Denne forutsetningen kan man anta er oppfylt i denne oppgaven, og man kan videre tenke seg at restleddene ikke er avhengig av hverandre, med bakgrunn i at Skog hevder at dette er automatisk oppfylt i utvalgsundersøkelser (Skog, 2017, s. 250). Sammenhengen mellom avhengig og uavhengig(e) variabler bør ikke være spuriøs, men ha en kausal sammenheng, hvor restleddene i modellen er ukorrelert med de avhengige variablene (Skog, 2017, s. 253). Denne forutsetningen er både den som er vanskeligst å tilfredsstillende og den som anses som viktigst. Et eksempel på indikasjon for utelatte variabler kan være uventede fortegn på variabelkoeffisienten, da eksempelvis spredtbygdvariabelen i *tabell 5* har positivt fortegn på andel årsverk med fagutdanning, hvor man ut fra tidligere forskning kunne tenke seg at det var lavere andel årsverk med fagutdanning i små kommuner (Grunfelder et al., 2018, s. 66). I tillegg er ikke-signifikante koeffisienter en indikasjon, da opp til flere koeffisienter i modellene i oppgaven er det. Det ble sjekket for både kurvelinearitet (andregradsledd) og samspillsledd for alle ikke-signifikante variablene, men dette påvirket verken modellen eller signifikansnivået.

Avslutningsvis er modellene testet for *multikollinearitet* gjennom *VIF*-test i STATA, hvor alle verdier er ønskelig under 10 og over 0,2 (Midtbø, 2012, s. 129; Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 147). Dette er for å sjekke om man må fjerne variabler som måler det samme eller er overflødige for modellen. Begge modellene består denne testen, og ingen variabler verken overstiger 10 eller er under 0,2. Dermed kan man si at modellene ikke lider av multikollinearitet.

6.2 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen (vedlegg 2) ble utsendt til alle ansatte i enheten for helse, rehabilitering og omsorg i kommunen som er med i forvaltningsrevisjonen. For å spisse resultatet for denne oppgaven, er det valgt å se bort fra svarene som gjelder for de som jobber med personer med funksjonsnedsettelse og utviklingshemming, helsetjenester samt kjøkken- og vaskeritjenester. Spørreundersøkelsen fikk totalt 62 svar, hvor 44 av disse svarene gjelder eldreomsorgen med institusjon og hjemmesykepleie og blir tatt med videre i analyse. De respondentene som hadde påbegynt spørreundersøkelsen, men ikke fullført er utelukket i resultatene.

6.2.1 Utdanning

Respondentene ble bedt om å oppgi hvilken type utdanning de har, hvor vi ser at så mye som 91 prosent oppgir at de har relevant kompetanse for å jobbe innen eldreomsorgen, enten som helsefagarbeider, hjelpepleier, (spesial)sykepleier eller vernepleier. I tillegg er det 4,4 prosent av respondentene som oppgir at de er ufaglærte, mens 4,5 prosent har annen høyskoleutdanning som ikke favner helsefagyrket.

Tabell 6: Oversikt over utdanning

Helsefagarbeider/ hjelpepleier	Spesialsykepleier	Sykepleier	Vernepleier	Ufaglært	Annen høyskole- utdanning
28 (63,7%)	2 (4,5%)	7 (15,9%)	3 (6,9%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)

6.2.2 Tid og ressurser

For å utfordre respondentene på hva arbeidet de utfører består av, ble det stilt spørsmål rettet mot andel av arbeidet de utfører som går til det som anses som viktig i dag, men som blir enda viktigere i fremtiden, med tanke på rehabilitering og opptrening av brukere. Her viser *tabell 7* at så mye som 86,5 prosent rapporterer at de utfører under 50 prosent av arbeidet sitt rettet mot rehabilitering og opptrening.

Tabell 7: Andel av arbeid som går til rehabilitering og opptrening

Ingenting	Under 10%	Mellom 11-30%	Mellom 31-50%	Mellom 51-70%	Mellom 71-90%	Over 90%
2 (4,5%)	16 (36,5%)	13 (29,6%)	7 (15,9%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)

Videre fikk respondentene oppgi årsak til hvorfor de eventuelt utførte lav andel av rehabilitering og opptrening, hvor noen oppgir at «tidsklemma» er et problem og at det blir nedprioritert. I tillegg er det opp til flere som rapporterer at pasientene er så syke, at fokuset ligger på ivaretagelse av nåværende funksjon mer enn rehabilitering. I tillegg er det noen som rapporterer at det er enklere å hjelpe brukere med å gjøre ting for dem, enn å hjelpe brukeren til å mestre det selv.

6.2.3 Samhandling

Respondentene ble stilt ulike påstander hvor de skulle besvare ut fra hvor enige de var i disse. I *tabell 8* ser vi én av disse påstandene, med fokus på samhandling mellom ulike kompetanseområder og -nivå (ergoterapeut, fysioterapeut, lege, osv.) for å yte optimale tjenester for brukerne. Her er 68 prosent enten delvis eller helt enig, mens 11,4 prosent er enten helt uenig eller delvis uenig. Det er likevel 3 stykk som svarer at påstanden ikke er relevant for dem, noe som kan bety at de ikke har vært i en situasjon hvor rehabilitering er relevant.

Tabell 8: «Jeg samarbeider ofte med personell med annen kompetanse for å yte optimale tjenester»

Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant
2 (4,5%)	3 (6,9%)	6 (13,6%)	14 (31,8 %)	16 (36,3%)	3 (6,9%)

To andre påstander gikk på kjennskapen til kommunens tverrfaglige team og hvordan dette blir påkoblet for å kartlegge både veien tilbake til «hjemmet» ved korttidsopphold, og veien videre for langtidsopphold. Her er det er mellom 35 og 41 prosent som ikke kjenner til kommunens tverrfaglige team med tanke på deres rolle for brukerne, da de rapporterer enten «helt uenig», «delvis uenig» eller «verken enig eller uenig».

Tabell 9: «Jeg kjenner til at kommunen har et tverrfaglig team som påkobles for å kartlegge (...)»

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant
Korttidsopphold	6 (13,6%)	1 (2,8%)	9 (20,5%)	7 (15,9%)	18 (40,9%)	3 (6,9%)
Langtidsopphold	5 (11,4%)	2 (4,5%)	11 (25%)	8 (18,2%)	16 (36,4%)	2 (4,5%)

6.3 Intervju

Her presenteres utdrag fra intervjuene med ansatte i institusjon (vedlegg 3) og avdelingsledere (vedlegg 4) som ble gjennomført i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, og skal fungere som supplerende metode i oppgaven.

De ansatte i institusjonstjenestene i kommunen ble stilt spørsmål angående samhandlingsreformen som ble innført i 2012, og om det har resultert i en merkbar forandring for kommunen.

Den siste tida har det blitt større utfordring og vi ser at utfordringen blir enda større med pasienter med mer utfordrende atferd og nevropsykiatriske symptomer. Veien til spesialisthelsetjenesten er veldig lang, og de har redusert antall plasser. Vi får enda større ansvar for å håndtere syke pasienter i kommunen og det krever mer ressurser og kompetanse, hvor det skorter mye hos oss, og er en kjempeutfordring. Kommunen har heller ikke fasiliteter/rom tilpasset denne pasientgruppen og dekker ikke disse behovene. Det blir ikke mindre av denne type pasienter og antall yngre demente øker. De som har jobbet en stund ser at det er en helt annen pasientgruppe nå enn før – en stor forskjell. Trenden i samfunnet er at vi blir eldre og får mer komplekse sykdomsbilder, flere diagnoser og medikamenter som «slår i hjel» hverandre. (Ansatte institusjon)

Videre ble det stilt spørsmål som er nært knyttet opp mot spørreundersøkelsen, hvor nærmere 90 prosent av respondentene rapporterte at under 50 prosent av jobben de utførte var i forbindelse med rehabilitering eller opptrening av brukere. Dermed var det ønskelig med en utdypning om årsaken til dette.

Korttidsavdelinga har mest rehabilitering. De andre avdelingene har noe rehabilitering med tanke på slag og brudd og bruker noe tid uten at vi tenker så mye over at det er slikt arbeid. Prøver å ha gå-trening med de som trenger det og samarbeid med fysioterapeut der det er behov. Skal etter planen være tverrfaglige møter hver onsdag etter legevisitt for å vurdere om pasienter skal hjem igjen, for evt. tilrettelegging hjemme. Nå er det sjelden at pasienter vurderes for tilbakeføring, og møtene er derfor sjeldne. (Ansatte institusjon)

Med tanke på krav om kvalitet i tjenestetilbudet kommunene skal tilby og et kompetansenivå som kan hevde seg med samfunnets og demografiens endringer som vi står ovenfor, settes det spørsmålstegn ved kompetansehevende tiltak og videre- og etterutdanning i enheten.

Den vedtatte kompetanseplanen omfatter både videre- og etterutdanning, men den brukes lite. Tillitsvalgte har vært med på å vedta den, men det snakkes for lite rundt den. Kommunen har trang økonomi, så det er litt vanskelig å få gjennomført kurs og videreutdanning. Vi tror det er fare for at engasjementet kan dø ut dersom det ikke blir gjennomført kurs/etterutdanning. Utfordrende med vikar-innleie for ansatte som deltar

på kurs, da det er få vikarer å ta av og lite midler til innleie. Interne kurs er et godt alternativ, og det er installert utstyr, skjerm mm. Det er selve organiseringsbiten som en ikke har hatt tid til, men vi håper på bedre tider. (Ansatte institusjon)

E-læring er tilgjengelig hvis behov, dette prøver de å få til på avdelingene. E-læringskurset «Veilederen» har tema på alle nivå, dette er informert om på avdelingsmøter. Ansatte kan gjennomføre kurset i arbeidstiden hvis mulig, ellers kan de avspasere halvparten av tiden de bruker til e-kurs på sin fritid (...). Det har vært gjennomført kurs i Samax – samtykkekompetanse for ansatte på skjerna avdeling. Ellers legges det opp til internundervisning i hele HRO. Webinarer er gjennomført i 2020 om eksempelvis «tvang og makt» og «samtykkekompetanse». (Avdelingsledere)

Mye samarbeid over kommunegrensene mellom samarbeidskommunene som er en del av det interkommunale fellesskapet. En del ligger allerede i nabokommunen og vi er redd for at de skal ta over alt, da det er ca. én time kjøring fra kommunen vår. Kommunen er utkant i forhold til alle kommunene, og ingen vil ha oss. I koronatida er det også blitt enda mindre kursing på tvers. (Ansatte institusjon)

Kompetansehevende tiltak er en ting, men det må likevel legges til rette for at det er tilstrekkelig kompetanse på jobb til enhver tid. Derfor ble det etterspurt rutiner og system for å sikre dette.

Kommunen har dårlig sykepleierdekning og har ikke sykepleierdekning på natt og helg, og sykepleierne må dermed ha bakvakt. Det er vurdert dit hen at det er bra nok, ifølge ROS-analyse. Sykepleierforbundet er derimot ikke enig i dette. (Ansatte institusjon)

7. Analyse og diskusjon

Etterspørsel av kommunale tjenester vil være i kontinuerlig bevegelse, hvor disse svingningene vil slå sterkere ut visse steder kontra andre. Gjennom et livsløp varierer behovet man har for bruken av og hvor mye man bidrar til de kommunale tjenestene som tilbys. Det er eksempelvis de yngste og de eldste i samfunnet som vil være de største forbrukerne, mens det er de i yrkesaktiv alder som vil bidra mest gjennom innbetaling av skatt av inntekt. Den demografiske endringen i samfunnet med økning av andel eldre vil dermed føre til en økning i de kommunale utgiftene og en nedgang i inntektene (KS, 2019, s. 16). Denne delen av oppgaven skal koble sammen de ulike metodene som er benyttet og se på hvilke faktorer som kan forsøke å besvare oppgavens problemstilling angående betydningen av kommunestørrelse for kvalitet i eldreomsorgen som er rustet for fremtidens økning av eldre i samfunnet.

Det er i senere tid blitt diskutert frem og tilbake om det lokale selvstyret og kvaliteten på tjenestene som tilbys er best i små institusjoner nær folket, eller om det bør være større enheter med bedre forutsetninger for å gi brukerne tjenester med et større kompetansemiljø i ryggen. Det er grunnlaget for utallige reformer og stortingsmeldinger, i tillegg til politiske diskusjoner om sentralisering versus desentralisering. Begrunnelsen er likevel at større grad av kommunal autonomi vil føre til frihet til lokale prioriteringer, som igjen vil medføre bedre kvalitet på tjenestene, riktige prioriteringer og at ressursbruken dermed blir mer effektiv. Videre gir dette mennesker mulighet til å påvirke eget liv i større grad enn ved sentraliserte beslutninger og hever tilfredsheten med tjenestene, da avstanden mellom de som styrer og de som blir styrt er mindre (Rose, 2014, s. 21). Det er enklere for staten å sikre likhet i tilbud og tjenester i spesialisthelsetjenesten (som er statlig eid), da de kun kan legge rammer for ansvar og oppgaver for primærhelsetjenesten, og ikke bestemme innholdet i hver enkelt kommune (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 12). Det er dermed opp til hver enkelt kommune hvordan man skal fordele inntektene på de ulike tjenestene de tilbyr, og spørsmålet for denne oppgaven er hvorvidt det er små kontra store kommuner som løser dette best for maksimal velferd (Fiva et al., 2014, s. 17).

7.1 Kommunestørrelse

Forklaringsvariabelen til de to avhengige variablene og den mest sentrale variabelen i problemstilling er kommunestørrelse og dets betydning for kvalitet i eldreomsorgen. Diskusjoner angående hvorvidt kommunestørrelse har betydning for kvalitet i tjenestene har eksistert i mange år, og det er mye som tyder på at det ikke finnes et svar med to streker under svaret (Baldersheim & Rose, 2014, s. 11). Dette er grunnlaget for størrelsesparadokset, hvor det på den ene siden hevdes at større kommuner er bedre rustet og greier å løse oppgaver bedre enn små kommuner (Baldersheim & Rose, 2014, s. 11). På den andre siden viser det seg at innbyggerne i mindre kommuner er mer tilfreds med tjenestene, på bakgrunn av nærhet til politikerne som fatter beslutninger som stemmer godt overens med den homogene gruppens preferanser (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 266; Baldersheim et al., 2011, s. 46).

Det er mye som heller i favør store kommuner og deres mulighet til å stille med et tilbud tuftet på større kompetansemiljø og tilgangen på arbeidskraft. Generalistkommuneprinsippet sørger for et lovpålegg til Norges mange kommuner om å tilby innbyggerne tilstrekkelig og likeverdige tjenester, uansett kommunestørrelse. Dette kommer også igjen i pasient- og brukerrettighetsloven, som skal sørge for at alle innbyggere i Norge mottar helsetjenester av kvalitet, gjennom rettighetene den gir til deg som pasient eller bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kan på mange måter bli problematisk for de små kommunene, da de ikke har tilgang på de samme ressursene og bredden i kompetanse som større kommuner. Små fagmiljø er mer sårbare for uforutsette hendelser og videreutvikling av tjenestene. Andel brukere og kompetansenivå svinger og kan variere mye mer i små kommuner enn i store, og dette er ofte grunnen til at tjenestekvaliteten også varierer (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 6).

Når kommuner ikke kan tilby innbyggerne tilstrekkelige tjenester, fører det ofte til interkommunale samarbeid på tvers av kommune- og fylkesgrenser, i form av styrer som skal løse oppgavene i fellesskap (Kommuneloven, 1992). Dette går på den andre siden imot mye av det som ligger til grunn i det lokale selvstyre, hvor man ønsker større makt til desentraliserte enheter, som her er de enkelte kommunene. Ønsket er at kommunene skal redusere avstanden mellom de som styrer og de som blir styrt (Rose, 2014, s. 21). Slik får man høy prioriteringseffektivitet og allokeringseffektivitet, da de som styrer «vet hvor skoen trykker» i nærmiljøet og man får dermed tjenester med maksimal velferd (Fiva et al., 2014, s. 17). Det som kan virke motstridende er dersom man gjennom valgdeltakelse stemmer på de(n) man

ønsker skal være sine folkevalgte, men kommunen greier ikke å imøtekomme et likeverdig tjenestetilbud og må dermed opprette et IKS, hvor de som sitter der ikke er folkevalgte.

I korrelasjonsmatrisen i *tabell 3* ser vi at dess større kommunen er, har man også høye verdier på antall legetimer per uke per beboer, andel kvinner, barn i barnehage og andel med utdanning. I tillegg har man lave verdier på andel pensjonerte, bruttoinntekt og andel av befolkningen som bor spredtbygd. Dette stemmer med utviklingen i Norge med tanke på urbanisering, arbeidsmarked og demografi, hvor befolkningen øker i tettbygde strøk med mer folkerike kommuner, mens den synker i spredtbygde strøk og gjennomsnittsalderen blir betydelig høyere på små steder enn store (NOU 2011: 3, 2011, s. 24; Grunfelder et al., 2018, s. 66; KS, 2019, s. 3). Tiebout-mobilitet kan trekkes inn her, hvor kommunene kjemper om konsumenten(e), og man velger seg bosted etter hvilken kommune som oppfyller preferanser og krav med tanke på kommunale tjenester som barnehage, skole, eldreomsorg, fritidsaktiviteter og lignende (Tiebout, 1956, s. 417-418). Kommunen som deltok i revisjonen, må oppgradere fasilitetene ved institusjonen for å tilfredsstillere lovverk og krav om kvalitet i eldreomsorgen, som medfører at kommunen må bevilge ressurser på eldreomsorgen fremover. Utfordringen for en liten kommune som må satse mye på eldreomsorg, kan bli at unge voksne i etableringsfasen velger bort kommunen til fordel for en kommune som tilfredsstiller preferansene i større grad.

Dersom man ser på *tabell 4* og regresjonsanalysen med den ene kvalitetsindikatoren «legetimer per uke per beboer», ser vi at små og mellomstore kommuner scorer negativt i forhold til store kommuner. Dette forteller oss at det er færre legetimer per uke per beboer jo mindre kommunen er, noe som stemmer med at det er kommunene i de *laveste* KOSTRA-gruppene som rapporterer færrest legetimer per uke per beboer (Otnes, 2018, s. 21). Dette er de kommunene som har lavest innbyggertall, lave bundne kostnader og lave frie disponible inntekter per innbygger. Her kan man dermed tenke seg at små kommuner ikke skulle vært tilfreds med kvaliteten på tjenestene da det ikke tilfredsstiller de krav og forutsetninger man har for tjenestene man mottar, da de har færre legetimer per uke per beboer. Likevel stemmer ikke dette med tidligere forskning på tilfredshet med tjenestene, da tilfredsheten stiger i takt med at innbyggertallet i kommuner synker (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 26). I *tabell 5* og regresjonsanalysen av den andre kvalitetsindikatoren «andel avtalte årsverk med fagutdanning» ser man at små kommuner har en noe høyere andel fagutdannede i forhold til store kommuner, mens mellomstore kommuner scorer en del høyere enn store kommuner med tanke på andel årsverk med fagutdanning. Verdiene er ikke statistisk signifikante, og dette kan dermed ikke generaliseres.

7.2 Kompetanse og rekruttering

Vi står ovenfor en endring i demografien og en økning i andel eldre i samfunnet, og det blir viktigere enn noen gang å ha nok og riktig kompetanse for å imøtekomme dette på best mulig måte (Helsedirektoratet, 2012, s. 88). Det er mye å hente på å gjøre det mer attraktivt å jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester, da rundt 25 prosent i dag er ufaglærte, og det vil bli enda større utfordringer med å skaffe tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i fremtiden dersom det ikke både skjer er holdningsendring i samfunnet og en statusheving av yrket (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 58). Likevel kan man her trekke frem oppmerksomheten helsevesenet har fått under pandemien covid-19, hvor innsatsen og risikoen de utsetter seg for hver dag blir applaudert. Kanskje er det en positiv konsekvens av pandemien vi er vitne til?

En forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester er at man kan ha god kompetanse på riktig sted til rett tid (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 58). Urbanisering og fraflytting er et problem for bygde-Norge, hvor små steder blir mindre og unge mennesker ønsker seg til storbyene (Grunfelder et al., 2018, s. 66). Man reiser eksempelvis fra en liten kommune til en by for å utdanne seg til å bli sykepleier, man treffer kanskje en kjæreste som ikke får seg jobb i hjemkommunen din, og det ender med at man bosetter seg nærmere en storby, da det er større muligheter for begge å få seg jobb der. Dette er med bakgrunn i at arbeidsmarked er større, og man får flere jobbmuligheter (NOU 2011: 3, 2011, s. 24). Dette kan man på mange måter kalle en ond sirkel for de små stedene i Norge med tanke på fraflyttings- og rekrutteringsproblematikken (KS, 2019, s. 4). I spørreundersøkelsen, ser vi av *tabell 6* at over 90 prosent av alle de ansatte som deltok hadde helsefaglig kompetanse, hvor 20 prosent av disse er sykepleiere eller spesialsykepleiere. Likevel kom det frem av gruppeintervjuet med de ansatte at det ikke var tilstrekkelig med sykepleiedekning i kommunen, hvor sykepleiere må ha bakvakt på natt og helg. Sykepleiedekningen er likevel vurdert som tilstrekkelig av KS (Kommunesektorens organisasjon) sin sårbarhets- og risikoanalyse (ROS-analyse), men ifølge de ansatte, er Sykepleierforbundet uenig i dette. Til tross for at små kommuner har problemer med rekruttering og nok dekning, har de til gjengjeld høy andel utdannede av de som jobber der, da de fokuserer på å utdanne de man allerede har i jobb.

Tabell 3 viser at antall legetimer per uke per beboer, kvinne og barnehage korrelerer svakt positivt med andel avtalte årsverk med fagutdanning. Jo flere kvinner det er i en kommune, jo større andel av årsverkene har fagutdanning. Det kan naturlig forklares med at kvinner utgjør en svært høy andel av de kommunale helse- og omsorgstjenestene som kvalifiseres som et

kvinnedominert yrke (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 59). Videre kan man tenke seg til at den positive korrelasjonskoeffisienten til barn i barnehagealder (0-5 år) også kan forklares med bakgrunn i at jo flere barn i en kommune, jo flere mødre og kvinner – og dermed større andel fagutdannede i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette kan videre begrunnes i Tiebout-mobilitet, da familier og kvinner med barn bosetter seg etter hvilken kommune som oppfyller deres preferanser og krav best med tanke på gode kommunale tjenester som barnehage og skole til sine barn, men også jobb til seg selv (Tiebout, 1956, s. 418). I *tabell 5* er de samme variablene som i korrelasjonsmatrisen signifikante opp mot andel fagutdannede årsverk, og alle viser en positiv økning dersom det blir høyere andel fagutdannede årsverk. Kommunestørrelse er ikke signifikant i *tabell 5*, men forteller oss likevel at små og mellomstore kommuner har større andel årsverk med fagutdanning enn store kommuner. Dette kan også begrunnes med at små kommuner med rekrutteringsproblemer satser på de ansatte som allerede jobber i sektoren, og tilbyr (videre)utdanning på kommunens regning (KS, 2019, s. 4). I intervjuet med de ansatte i kommunen hevdet de ansatte at den vedtatte kompetanse-planen for etter- og videreutdanning av de ansatte ble benyttet i for liten grad. Avdelingslederne rapporterte at mulighetene for kursing og kompetanseheving var mange, men at det skortet på kommuneøkonomien for å få det til å fungere optimalt. Likevel viser *tabell 5* at den signifikante variabelen «spredtbygd» har positiv effekt på andel fagutdannede, som kan være en indikator for små kommuner, da små kommuner har høyere andel spredtbygd enn store kommuner.

Større kompetansemiljø og bedre samhandling er ofte argumentet for større kommuner (Regjeringen, 2013), da man får tilgang på et større faglig fellesskap og man har større muligheter til å kunne behandle og favne alle sykdomsbilder i større grad enn i små kommuner med små fagmiljø. Mer kompetanse vil medføre en større sammenheng i helsetjenestene, hvor brukere som kommer fra spesialisthelsetjenesten i større grad enn tidligere med samhandlingsreformen blir overført til primærhelsetjenesten for å bli behandlet ferdig. Med kompetanse i primærhelsetjenesten vil man føle seg godt ivaretatt med tanke på at de som skal hjelpe og behandle deg, vet hva de driver med. Riktig kompetanse vil medføre at man i større grad unngår reinnleggelse til sykehus. Dette belyser de ansatte i intervjuet, hvor de fremmer at kommunen har store utfordringer med kompetanse og ressurser til å ta seg av disse brukerne. Tverrfaglig samarbeid, god dialog mellom helsepersonell på ulike nivå og teknologi er viktig for å møte fremtidens utfordringer og for å legge til rette for helhet i pasientforløpet (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7). For kommunen som er med i revisjonen, ser vi at det er rundt 40 prosent som

rapporterer at de ikke har kjennskap til kommunens rutiner med tverrfaglige team for brukere på langtids- og korttidsopphold, og man har et tydelig potensial for forbedring her.

7.3 Kommuneøkonomi

Bruttoinntekter er kommunens frie disponible inntekter, og består av eksempelvis eiendomsskatt, inntekts- og formueskatt og statlige (ramme)tilskudd. Dette gjenspeiler også på mange måter gjennomsnittlig inntekt i kommunens husholdninger, da innbyggerne betaler skatt av inntekten sin til kommunen. Frie disponible inntekter er det kommunen styrer over selv og er et mål på kommunens handlefrihet (Otnes, 2018, s. 31). Det baseres på lokale preferanser og behov, som begrunnes i Oats' desentraliseringsteorem, da desentralisert makt fører til at man i større grad «vet hvor skoen trykker» (Fiva et al., 2014, s. 17). Her er små kommuner *bedre* enn store, da preferanser kan variere og er mer heterogene over et større geografisk område (Oates, 1972, s. 35), men det er enklere for store kommuner å presse ned kostnader per innbygger (kostnadseffektivitet), da de nyter godt av stordriftsfordeler (Fiva et al., 2014, s. 21).

Kommuner med høy bruttoinntekt har ifølge *tabell 4* flere legetimer per uke per beboer, noe som kan tyde på at kommuner som har høyere inntekter benytter mer penger på tjenestene. I tillegg kan man her trekke inn kommunestørrelse opp mot antall legetimer, hvor det i samme tabell viser seg at større kommuner har flere legetimer enn mindre kommuner. I korrelasjonsmatrisen var det likevel negativ korrelasjon mellom kommunestørrelse og bruttoinntekt, som forteller at det dermed er mindre kommuner som har høye verdier på bruttoinntekter og større kommuner har lave verdier på bruttoinntekter. Det man derfor kan trekke ut fra disse tallene er at større kommuner kanskje har lavere bruttoinntekter, men de har likevel flere legetimer, noe som kan bety at stordriftsfordeler lønner seg på tjenestene, da de greier å produsere tjenester med lavere kostnader per innbygger i forhold til små kommuner med høyere bruttoinntekt (Fiva et al., 2014, s. 21). I Norge i dag har vi flere (små) kommuner som karakteriseres som kraftkommuner, som ofte er små i innbyggertall, men har høye inntekter fra kraftanlegg som betaler eiendomsskatt. Disse kommunene er gruppert i samme KOSTRA-gruppe (16), da de må sammenlignes med kommuner med likt innbyggertall, og høye frie disponible inntekter. Det er videre naturlig å tenke at kommuner med god økonomi har det godt, og at de setter penger der det er behov og har svært tilfredse innbyggere, men dette utfordres av stordriftsfordelene.

Den lille kommunen som var en del av revisjonen er ikke en slik kraftkommune, men i en av de laveste KOSTRA-gruppene, og rapporterte i intervjuet med de ansatte i enheten for helse, rehabilitering og omsorg (HRO) at økonomien er for trang til å tilstrekkelig kunne gjennomføre det som er vedtatt på kommunens kompetanseplan om etter- og videreutdanning, og har heller ikke fasiliteter eller rom som er tilpasset den mer krevende brukergruppen som blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette kan kobles opp mot at små og mellomstore kommuner har færre legetimer per uke per beboer i forhold til store kommuner i *tabell 4*, og kan settes i sammenheng med at det er de kommunene i de laveste KOSTRA-gruppene som rapporterer færrest legetimer per uke per beboer (Otnes, 2018, s. 21). Både de ansatte og avdelingslederne forteller at det er vanskelig å skaffe vikarer som kan dekke rollen(e) til de som ønsker videreutdanning eller gjennomføre kurs og lignende, med tanke på tilgang på vikarierende arbeidskraft og midler til gjennomføring. Samtidig forteller de at det er utfordrende å håndtere de nye ansvarsoppgavene samt økningen i en mer krevende pasientgruppe i kommunen, hvor så mange som 90 prosent av de ansatte gjennom spørreundersøkelsen også rapporterer at mindre enn 50 prosent av det arbeidet de utfører er satt til rehabilitering og opptrening. Dette er områder som går igjen som viktig å fokusere på de neste årene, og det er dermed urovekkende at kommunene ikke har tid eller ressurser til å gjennomføre det med bakgrunn i tidsklemme og (økonomisk) nedprioritering. Dette forteller at denne lille kommunen vil slite med å oppfylle kravet om likeverdige tjenester gjennom generalistkommuneprinsippet og pasient- og brukerrettighetsloven nå og spesielt fremover (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg vil små kommuner ikke kunne levere tjenester av god kvalitet med effektiv utnyttelse av ressursene, og vil lide av smådriftsulemper (Klausen et al., 2016). I følge tidligere forskning på stordriftsfordeler og kommunesammenslåing ville denne kommunen kunne nytt godt av å slått seg sammen med en nærliggende kommune av lik størrelse (Blom-Hansen et al., 2014, s. 801; Hanes, 2015, s. 75).

7.4 Nærhet til tjenestene

Folkevalgte i små kommuner har på mange måter en enklere oppgave når det gjelder å treffe beslutninger som treffer preferansene til befolkningen, da de som bor i små kommuner oftere enn i større kommuner er homogene, da mennesker med like preferanser bosetter seg på samme sted og har like behov (Tiebout, 1956, s. 417). Det er større sannsynlighet for at man kjenner store deler av innbyggerne i kommunen sin, og man har som regel et forhold til den som jobber på nærbutikken, som tar telefonen når du ringer helsestasjonen eller sykepleieren som skal hjelpe deg selv, foreldrene eller besteforeldrene dine (på sykehjemmet) (Østre, 2011, s. 138). Lokalpolitikere i små kommuner er ofte naboen din, en kollega, en slektning eller en god venn og er det vi kaller nærhetseffekten. Dette fører til at tilgjengelighet og nærheten til politikere er stor, og fører til en styrking av det lokale selvstyret og lokaldemokratiet (Fiva et al., 2014, s. 21; Baldersheim & Rose, 2014, s. 11).

Likevel bor ofte befolkningen i mindre kommuner i spredtbygde strøk, i tillegg til at det er lavere andel kvinner, barn i barnehage og grunnskole, færre har utdanning utover grunnskolenivå og det er færre legetimer per uke per beboer. Grunner til dette kan være at det er mindre attraktivt for kvinner eller utdannede å flytte til kommuner med spredt bebyggelse og mindre arbeidsmarked, som igjen fører til at det ikke produseres barn i barnehage- og grunnskolealder. I tillegg er det større andel eldre i små, spredtbygde kommuner (KS, 2019, s. 20-21), noe som også kan være av betydning for unge kvinner og familier som skal bosette seg, da de ønsker mer midler til skole og utdanning enn til eldreomsorg. Dette kan forklares med Tiebout-mobilitet, hvor mennesker med like preferanser bosetter seg i de *samme* kommunene (Tiebout, 1956, s. 417), og dette medfører en forsterking av de «mindre attraktive» kommunene, da kvinner (med barn) velger andre (konkurrerende) kommuner. Helsevesenet er preget av stor dominans av kvinner, og i regresjonsanalysen ser vi at spredtbygd fører til positiv økning på andel fagutdannede årsverk, noe som kanskje er motstridende til at det er færre kvinner i spredtbygde kommuner, men kan forklares med argumentasjonen i delkapittelet 7.2 *Kompetanse og rekruttering*.

Kommunikasjon og samhandling viser seg i mange studier at blir positivt påvirket av fysisk nærhet (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 50). Det er i dag normalt med samarbeid på tvers av kommunegrenser gjennom interkommunale samarbeid (IKS) for å tette kompetansehull og ikke-tilstrekkelige tjenester innad i kommuner, hvor man går sammen for å løse oppgaver på områder man alene ikke greier å oppfylle etter nasjonale krav og forskrifter. Det er likevel en

bekymring hos de små kommunene som selv ikke er vertskapskommune, og som kanskje føler seg som utkant i forhold til andre kommuner og at alt til slutt skal forsvinne ut av kommunen. Slike samarbeid fører til lengre reisetid, mindre nærhet og mindre fornøyde innbyggere, da det også kom frem i intervjuet med de ansatte at «veien til spesialisthelsetjenesten er veldig lang». Kommunene blir gjennom samhandlingsreformen tildelt større oppgaver for å forsøke å sikre helhetlige pasientforløp og større nærhet til brukerne (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 9), men dersom kommunene ikke greier å løse de nye oppgavene, og må inngå samarbeid og IKS, vil ikke det da gi motsatt effekt med mindre nærhet til brukerne? Et eksempel på et slik interkommunalt samarbeid er legevakt, hvor den sentraliseres og reisetiden øker betraktelig (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 158). Dette er noe kommunen i revisjon også opplever, hvor mye er flyttet til vertskapskommunen, og de frykter at alt blir flyttet dit da reisetiden i dag er én time. Til tross for at små kommuner viser å være mest tilfreds med helsetjenestene, henviser Baldersheim et al. (2011) likevel til at tjenester og informasjonstilbud blir bedre i sentralt beliggende kommuner (Baldersheim et al., 2011, s. 46).

7.5 Demografisk utvikling

Samfunnet vårt står ovenfor en demografisk utvikling på nasjonalt nivå hvor vi de neste tiårene vil få en fordobling av de over 80 år (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 28). Vi blir eldre enn før med en høyere gjennomsnittlig levealder (KS, 2019, s. 21), og de eldste eldre blir mange med mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. For at man skal kunne være rustet for fremtidens eldreomsorg, bør man ha kvalitet i alle ledd, hvor eldre skal ha større muligheter og få den riktige hjelpen til å mestre livet hjemme hos seg selv lenger (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 7). Derfor er fokuset i de nyeste reformer og planer at man skal styrke hjemmetjeneste og velferdsteknologi slik at eldre kan få bedre oppfølging og differensierte tjenester fra eget hjem (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 90). For at man skal kunne gjennomføre disse reformene og planene er det en forutsetning at man har større kompetansemiljø, og en kommunestruktur som lar dette gjennomføres. Her er målet større og mer kompetente kommuner som er bedre rustet til å løse større oppgaver enn små kommuner (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 12). I små kommuner blir svingningene i etterspørsel mye større enn i store kommuner, da variasjon i brukermassen av offentlige og kommunale tjenester slår mye mer ut på helheten enn i store kommuner, hvor det vil ligge mer stabilt (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 6; KS, 2019, s. 16).

Fra intervjuet med de ansatte i kommunen, tegnet de et bilde av hvordan situasjonen er i kommunen i dag og at de ansatte som har jobbet der en stund har sett en stor forandring i brukergruppen. Brukerne i dag er sykere, har mer komplekse sykdomsbilder med flere diagnoser og medikamenter som er motstridende og utfordrende å håndtere i kommunen, noe som videre krever riktig kompetanse (Rommetvedt et al., 2014, s. 15). I korrelasjonsmatrisen i *tabell 3*, ser vi at jo større kommunene er med tanke på innbyggertall, jo færre pensjonerte er det, og det forteller oss at de små kommunene har større andel pensjonerte enn større kommuner, da gjennomsnittlig alder er høyere i små kommuner (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 266). I tillegg ser vi i *tabell 4* at pensjonertvariabelen har en negativ regresjonskoeffisient, som forteller oss at jo flere legetimer det er per uke per beboer, synker verdien på andel pensjonerte i kommunene. Dette forteller oss at det er større kommuner med lavere andel eldre som har flest legetimer per uke per beboer.

For å imøtekomme den demografiske utviklingen med helhetlig eldreomsorg er det særdeles viktig med god samhandling mellom ulike tjenestenivå og fagområder, og dermed er det fint at resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det *kun* er rundt 11 prosent som rapporterer at de er helt uenig eller delvis uenig i påstanden om at de samarbeider med personell med annen kompetanse for å yte optimale tjenester for brukerne. Noe urovekkende bør det likevel være at det er så mange som rundt 40 prosent som rapporterer at de ikke kjenner til at kommunen har et tverrfaglig team som påkobles når løpet videre skal kartlegges for brukerne. I intervjuet med de ansatte forteller de at det er korttidsavdelingen som driver mest med rehabilitering og opptrening, hvor det tidligere var vanlig med møte hver onsdag for å kartlegge og tilrettelegge for hjemreise. Dette skjer veldig sjeldent i dag, da det er ytterst sjeldent at brukere tilbakeføres til hjemmet. Dette tyder på at brukergruppen som kommer til sykehjemmet er kommet dit for sin siste fase av livet, og kan også være årsaken til hvordan de ansatte rapporterer.

Helse- og omsorgstjenestelovens formål er forebygging, behandling og tilrettelegging, slik at brukere skal ha muligheten til å leve selvstendig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). For en fremtidsrettet eldreomsorg vil det bli desto viktigere å sikre likeverdighet, respekt og tilpasning til hver enkelt bruker for at man skal komme seg tilbake til hverdagen eller for å mestre hverdagen så lenge som mulig i eget hjem før man kommer på institusjon. Vi har ikke kapasitet nok verken med ressurser eller bygninger til å legge alle eldre inn på sykehjem i fremtiden. Det blir dermed desto viktigere å tilrettelegge for en eldreomsorg som ikke bare dreier seg om pleie på et sykehjem, men også hjemme hos hver enkelt før de blir for syke.

7.6 Kommunesammenslåing

Målet med kommunereformen er å gi mer makt og myndighet til større og mer robuste kommuner som kan løse et større aspekt av oppgaver, som skal føre til mer lokaldemokrati og mindre statlig styring (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 5; Ebenstein & Ebenstein, 1999, s. 761). Her tilnærmer man seg noe som ligner på føderalisme, hvor man fordeler makt territorielt mellom styringsnivåene kommune og stat (Heywood, 2013, s. 381-382). Hvorvidt kommunereformen er den beste løsningen for en fremtidsrettet eldreomsorg er dog tvetydig. Som tidligere diskutert, er små kommuner eksempelvis oftere mer tilfredse med tjenestetilbudet enn større kommuner (Baldersheim & Rose, 2014, s. 11), så hvorfor forsøke å fikse noe som ikke er ødelagt? Ved kommunesammenslåing kan man belage seg på stordriftsfordeler i form av høyere kostnadseffektivitet og større kompetansemiljø (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 287). Man kan presse kostnadene på de samme tjenestene som en mindre kommuner må betale mer for, da de har færre som benytter seg av godet (Fiva et al., 2014, s. 21). Kommunesammenslåing med dette formålet fungerer i visse sammenhenger, men likevel ikke i alle – dersom kommunen i revisjonen hadde slått seg sammen med en nærliggende liten kommune, ville dette mest sannsynlig gitt større effekt på stordriftsfordeler enn om en (mye) større kommune hadde slått seg sammen med denne kommunen (Moisio & Uusitalo, 2013, s. 164; Hanes, 2015, s. 74-75).

Kommunen som var en del av revisjonen, forble alene etter runden med kommunesammenslåing mellom 2017-2020. Når de ansatte ble spurt om hvilke tanker de gjorde seg rundt dette, svarte de at kommunen er en «utkant» og at ingen av nabokommunene ville «ha de». De uttrykte videre en bekymring for at vertskapskommunen skal ta over «alt», da det er én time med bil til denne kommunen. I tillegg kom det frem i intervjuet at kommunen har problemer med rekruttering av arbeidskraft og uforutsette ting, og særlig sykdom av eksisterende arbeidskraft, hvor det skorter på størrelse på fagmiljøet og innleie av eventuelle erstatninger. Dermed dukker igjen dilemmaet mellom nærhet versus kvalitet opp, da nærhet er bra for opplevd kvalitet på tjenestene helt til det ikke er tjenester å tilby, kanskje?

Det ble utarbeidet visse kriterier for god oppgaveløsning av et ekspertutvalg satt ned av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, som måtte være oppfylt for å kunne greie å iverksette og ivareta de nye oppgavene som kommunene skulle få tildelt. Ett av disse kriteriene gikk på kommunestørrelse, hvor minstestørrelsen skulle være 15 000 innbyggere (Vabo et al., 2014, s. 12). Dersom målet ene og alene er at «større er bedre» og man eksempelvis derfor slår

sammen en liten kommune med høyere bruttoinntekter per innbygger med en større kommune med lavere bruttoinntekter per innbygger, vil dette mest sannsynlig føre til en svekkelse i tilfredsheten med tjenestene i den mindre kommunen som i utgangspunktet er vant til nærhet til tjenestene (Monkerud & Sørensen, 2010, s. 287), da avstanden eksempelvis vil øke med sentralisering av tjenestene til den større kommunen. Dermed dukker størrelsesparadokset opp og man kan stille seg spørsmålet om hva som veier mest av mer lokaldemokrati til kommunene eller tilfredshet og nærhet til tjenestetilbudet.

Større fagmiljø blir enda viktigere i fremtiden, med tanke på økningen i andel eldre og følgesykdommer (Regjeringen, 2013), men dersom man isolert sett ser på tilfredshet med tjenestene i små kommuner, kan det virke som at man er mer tilfreds dersom nærhet er oppfylt kontra at fagkompetansen er så høy. Kvalitet går på innholdet i tjenestene som tilbys, men det å kjenne til den som skal behandle deg, at den kjenner til lokale preferanser og den tryggheten man opplever ved behandling virker å veie tyngst (Østre, 2011, s. 138). Dersom det skulle skje lokale svingninger, vil de små kommunene ha bedre forutsetninger til å tilnærme seg og tilpasse seg raskere enn større (og statlige) enheter, da man har større nærhet og forståelse for det som skjer i nærmiljøet og hvor skoen trykker (Fiva et al., 2014, s. 21). Kommunesammenslåing vil føre til mer heterogenitet i befolkningen og større utfordring med å treffe beslutninger basert på preferanser og allokeringseffektivitet. Tilpasning og preferanser er bra, men dersom det skorter på riktig kompetanse til å løse svingningene, kommer man kanskje ikke lenger likevel?

Korrelasjonsmatrisen forteller at de største kommunene har svært lav andel av spredtbygde strøk, mens det er de små kommunene som har størst andel av spredtbygde bebyggelse. Dette gjelder også med tanke på andel pensjonerte, hvor de minste kommunene har størst andel, og de største kommunene har lavest andel pensjonerte. I tillegg har de største kommunene flest legetimer per uke per beboer og de minste kommunene har færrest, som kommer enda tydeligere frem av regresjonsanalysen, hvor små og mellomstore kommuner har færre legetimer i forhold til store kommuner. Dette tegner et bilde hvor det ikke vil lønne seg for de små kommunene å forbli alene i fremtiden, da andel eldre vil øke over hele landet (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 28), og et sterkt helsevesen vil være nøkkelen til å lykkes. Distrikts-Norge består av mange små utkantkommuner i likhet med kommunen som var en del av revisjonen, og spørsmålet blir dermed hvordan disse kommunene skal kunne løse morgendagens utfordringer i eldreomsorgen hvor de stiller med et mindre faglig miljø, mens de i tillegg skal ha et kompetansenivå som skal måle seg med de største kommunene i landet.

8. Oppsummering og avslutning

Det enkle svaret på problemstillingen hadde vært at ja – kommunestørrelse har vesentlig betydning for kvalitet i eldreomsorgen. Så enkelt er det derimot ikke, da størrelsesparadokset definerer hva som regnes som kvalitet og ikke. På den ene siden har vi kvalitetsindikatorerne fra Helsedirektoratet og KOSTRA-tallene til SSB som skal indikere hvordan kommunene ligger an i forhold til andre kommuner med like forutsetninger og sammenligningsgrunnlag, som i de fleste sammenhenger snakker i favør «større er bedre» (Baldersheim & Rose, 2014, s. 11). På den andre siden har vi opplevelsen av kvalitet og tilfredshet med tjenestene, hvor innbyggere i små kommuner rapporterer å være mer tilfreds enn innbyggere i store kommuner. Dette er begrunnet i nærhetseffekten, hvor innbyggerne i små kommuner kjenner hverandre og ofte har et forhold til politikerne og de som tilbyr de kommunale tjenestene, men også allokeringseffektivitet, hvor politikerne i kommunen er nært på innbyggerne og «vet hvor skoen trykker» i samfunnet (Østre, 2011, s. 138; Fiva et al., 2014).

Dersom man tar for seg hver enkelt hypotese som ble skissert i innledningen, er det noen man kan beholde, mens andre må forkastes på bakgrunn av uforutsette- og ikke-signifikante verdier. Den første hypotesen (H1) omhandler at små kommuner har større andel eldre enn store kommuner. Dette måles ikke i regresjonsanalysen, men kommer likevel frem med signifikant p-verdi i den bivarierte korrelasjonsanalysen, hvor høye verdier på kommunestørrelse gir lave verdier på pensjonerte. I tillegg kommer det frem av tidligere forskning og statistikker at små kommuner har høyere gjennomsnittlig alder (KS, 2019, s. 21). Derfor beholdes denne hypotesen, hvor det er de mindre kommunene med spredtbygd bebyggelse som har størst andel eldre.

Den neste hypotesen (H2) tar for seg den første avhengige variabelen i oppgaven, nemlig antall legetimer per uke per beboer. Dette måles i den første regresjonsanalysen og kan her bekreftes, da det gjennom en dummykodet variabel av kommunestørrelse viser at små og mellomstore kommuner har færre legetimer per uke per beboer enn store kommuner. Dette stemmer også overens med KOSTRA-rapporteringene, hvor de kommunene som er gruppert i de *laveste* KOSTRA-gruppene også rapporterer lavest antall legetimer per uke per beboer (Otnes, 2018, s. 21). Her kan man trekke inn stordriftsfordeler, der store kommuner greier å produsere tjenester, og kostnaden synker i takt med volum produsert (Fiva et al., 2014, s. 95). I tillegg kan man stille spørsmål ved om dette er på bakgrunn av at store kommuner har lavere andel eldre,

og dermed har færre brukere å fordele legetimer på. I tillegg har små kommuner kanskje én fastlege fordelt på alle brukerne i kommunen, og dersom denne legen er opptatt en dag, vil det kanskje slå ut på resultatet mer enn i en stor kommune.

Den tredje hypotesen (H3) omhandler hvorvidt store kommuner har høyere andel avtalte årsverk med fagutdanning enn små kommuner. Dette måles i den andre regresjonsanalysen (*tabell 5*), men er ikke signifikant og kan derfor verken bekreftes eller generaliseres. Verdiene forteller likevel at det er de små kommunene som har høyest andel av fagutdannede i forhold til store kommuner, og har blitt diskutert i oppgaven og begrunnet i at små kommuner kanskje har problemer med rekruttering av arbeidskraft, men satser likevel på å utdanne de som allerede jobber i kommunen, som vil føre til høyere andel sådan (KS, 2019, s. 4).

Den siste hypotesen (H4) er direkte knyttet opp mot problemstillingen, hvor man her ønsker å bekrefte eller forkaste hvorvidt store kommuner er det beste alternativet i forhold til små kommuner med tanke på å imøtekomme økningen i andel eldre de neste tiårene. Denne hypotesen er en overordnet og oppsummerende hypotese og ser mer på det helhetlige bildet, istedenfor å ta for seg én enkeltvariabel. Med tanke på at store kommuner har flere legetimer og i tillegg har lavest andel eldre, kan man anta at store kommuner i utgangspunktet har bedre forutsetninger enn små kommuner til å løse oppgavene og imøtekomme eldrebølgen på en bedre måte. I tillegg kan man også her trekke inn at store kommuner har bedre forutsetninger til å tilfredsstille det økende behovet for rett og tilstrekkelig kompetanse, som man enklere kan oppnå gjennom større og mer stabile kompetansemiljø i større kommuner, kontra uforutsette og små kompetansemiljø (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 6; Regjeringen, 2013).

8.1 Konklusjon og veien videre

Den demografiske utviklingen med økning i andel eldre og urbaniseringstrenden i samfunnet, tilsier at det er svært viktig å forberede kommunene slik at de er i stand til å håndtere endringen som kommer. Kommunesammenslåing er ofte tuftet på fornuft om at større kommuner er bedre rustet enn små, men det er i tillegg tuftet på følelser. Til tross for at avstander blir større og man ikke identifiserer seg med de som bor i nabokommunen, er det viktig å tenke at den eldre befolkningen i Norge fortjener tjenester av god kvalitet på tross av dette. Med tanke på avstander og tidsbruk, kan man regne med at infrastrukturen forbedres slik at vi i fremtiden forbruker mindre tid på å forflytte oss. Med de utfordringene vi vil få i eldreomsorgen fremover, ikke bare ved at andelen eldre vil øke, men også at trenden viser at de eldre oppnår en stadig høyere snittalder og sykdommene ofte blir mer komplekse. Det er derfor spesielt viktig at kommunene er godt forberedt og sørger for å ha riktig kompetanse slik at man er i stand til å gi rett behandling – på rett sted – til rett tid (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 9).

For videre forskning hadde det vært interessant å undersøke de ikke-signifikante verdiene for kommunestørrelse opp mot andel avtalte årsverk med fagutdanning, da disse i min undersøkelse viste at små og mellomstore kommuner hadde høyere andel årsverk med fagutdanning enn store kommuner. I tillegg viste den signifikante verdien til spredtbygd, at jo høyere verdier på spredtbygd jo høyere andel avtalte årsverk med fagutdanning. Dette er svært interessant funn med tanke på de utfordringer vi vil få med eldreomsorgen i tiårene fremover. Det kan derfor være nyttig å gjennomføre en undersøkelse av hvordan kommuner rekrutterer arbeidskraft med riktig kompetanse. Hva er grunnen til at kommuner som er spredtbygd har en større andel fagfolk enn de største kommunene? For å gi det beste tjenestetilbudet til sine innbyggere er kommunene avhengig av å ha rett bemanning på rett sted, og da er det svært interessant å undersøke hvorfor små og spredtbygde kommuner har en bedre dekning på andel fagfolk. Rekrutteres det ved hjelp etterutdanning av egne ansatte?

Litteraturliste

- Baldersheim, Harald, Pettersen, Per Arnt, & Rose, Lawrence E. (2011). Den krevende borger. Utfordringer for demokrati og tjenesteyting i kommunene. Oslo: Institutt for statsvitenskap, UiO.
- Baldersheim, Harald, & Rose, Lawrence E. (2014). Kommunale reformer som teoretiske utfordringer. I Harald Baldersheim & Lawrence E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium - Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Blom-Hansen, Jens, Houlberg, Kurt, & Serritzlew, Søren. (2014). Size, democracy, and the economic costs of running the political system. *American Journal of Political Science*, 58(4), 790-803.
- Borisova, Ljubov V., Martinussen, Pål E., Rydland, Håvard T., Stornes, Per, & Eikemo, Terje A. (2017). Public evolution of health services across 21 countries: The role of culture. *Scandinavian journal of public health*, 45(2), 132-139.
- Christensen, Tom, Egeberg, Morten, Læg Reid, Per, Roness, Paul G., & Røvik, Kjell Arne. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Creswell, John W. (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. London: Sage Publications Ltd. .
- Creswell, John W., & Clark, Vicki L. Plano. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. USA: SAGE Publications Inc.
- Danielsen, Anne G. (2013). Kunnskapsbygging i skolen via kvantitative verktøy - statistikk og spørreskjema. I Tom Tiller (Red.), *Læreren som forsker - innføring i forskningsarbeid i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ebenstein, William, & Ebenstein, Alan. (1999). *Great Political Thinkers - Plato to the Present*. Boston: Wadsworth Publishing Co Inc.
- Fiva, Jon H., Hagen, Terje P., & Sørensen, Rune Jørgen. (2014). *Kommunal organisering - Effektivitet, styring og demokrati*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, LOV-1967-02-10 C.F.R. (1967).
- Fukuyama, Francis. (2015). *Political Order and Political Decay: From the Industrial Revolution to the Globalisation of Democracy*. London: Profile Books.
- Grunfelder, Julien, Rispling, Linus, & Norlén, Gustaf. (2018). *Employment - Labour force participation and productivity of Nordic labour markets*. (ISSN 0903-7004; 2018: 001). København: Nordisk ministerråd Lastet ned fra <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1180241/FULLTEXT01.pdf>.
- Hagen, Terje P. (1995). Om bruk av «etterspørselsmodellar i analysar av kommunal ressursbruk. I Audun Offerdal & Tore Hansen (Red.), *Borgere, tjenesteytere og beslutningstakere : festskrift til Francesco Kjellberg*. Oslo: TANO.
- Hanes, Niklas. (2015). Amalgamation impacts on local public expenditures in Sweden. *Local Government Studies*, 41(1), 63-77.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30 C.F.R. (2011).
- Helsedirektoratet. (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. (IS-1966). Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>.
- Heywood, Andrew. (2013). *Politics*. New York: Palgrave Macmillan.
- Johannesen, Asbjørn, & Tuft, Per Arne. (2002). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

- Klausen, Jan E., Askim, Jostein, & Vabo, Signy I. (2016). Kommunereformen i Norge. I Jan E. Klausen, Jostein Askim & Signy I. Vabo (Red.), *Kommunereform i perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Kommuneproposisjonen 2020*. (Prop. 113 S (2018-2019)). Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-113-s-20182019/id2644837/>.
- Lov om kommuner og fylkeskommuner, LOV-1992-09-25-107 C.F.R. (1992).
- KS. (2019). Status Kommune 2019. Kommunesektorens organisasjon.
- Kvale, Seinar, & Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langørgen, Audun, Løkken, Sturla A., & Aaberge, Rolf. (2015). Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013 (2015:19). Lastet ned fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/225199?ts=14ce4c230d0>
- Mathison, Sandra. (1988). Why Triangulate? *Educational Researcher*, 17(2), 13-17. doi: 10.3102/0013189x017002013
- Mehmetoglu, Mehmet, & Jakobsen, Tor Georg. (2017). *Applied statistics using stata: a guide for the social sciences*. Los Angeles, California: SAGE Publications.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 14 (2014-2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Midtbø, Tor. (2012). *STATA - En entusiastisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Moisio, Antti, & Uusitalo, Roope. (2013). The impact of municipal mergers on local public expenditures in Finland. *Public Finance and Management*, 13(3), 148-166.
- Monkerud, Lars C., & Sørensen, Rune J. (2010). Smått og godt? Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 26(4), 265-295.
- NOU 2011: 3. (2011). *Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-3/id635173/sec8>
- Oates, Wallace E. (1972). *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Olsson, Henny, & Sørensen, Stefan. (2003). *Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Otnes, Berit. (2018). Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem - Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester. SSB.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 C.F.R. (1999).
- Regjeringen. (2013). Sundvolden-plattformen. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet.
- Ringdal, Kristen. (2016). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. Vol. 2.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Roer-Strier, Dorit, & Sands, Roberta G. (2014). Moving beyond the 'official story': when 'others' meet in a qualitative interview. *Qualitative Research*, 15(2).
- Rommetvedt, Hilmar, Opedal, Ståle, Stigen, Inger Marie, & Vrangbæk, Karsten. (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rose, Lawrence E. (2014). Demokratiteori - forventninger og virkelighet. I Harald Baldersheim & Lawrence E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium - teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Roulston, Kathryn. (2010). Considering quality in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10(2), 199-228.
- Shahzadi, Salma, & Nygren, Marit Kveine. (2017). *Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem 2016*. (IS-2606). Oslo: Helsedirektoratet.
- Skog, Ole-Jørgen. (2017). *Å forklare sosiale fenomener*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- SSB. (2020). 11342: Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007-2020. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11342>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>.
- Tiebout, Charles. (1956). A Pure Theory of Local Expenditures. *Journal of Political Economy*, 64(5), 416-424.
- Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vabo, Signy Irene, Hagen, Terje P., Borge, Lars Erik, Brandtzæg, Bent Aslak, Holmli, Halvor, Ohm, Helene M., & Hagerupsen., Margrethe. (2014). *Kriterier for god kommunestruktur - sluttrapport*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier_for_god_kommunestruktur_sluttrapport.pdf.
- Vinsand, Geir. (2016). Dokumentasjon av dagens kommuneinndeling med vekt på geografiske typeproblemer 2016.
- Østre, Stein. (2011). Om å skyte spurv med kanon og likevel bomme. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 27(2), 137-140.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oppgavens profesjonsrelevans

Når denne masteroppgaven er levert, er jeg ferdigutdannet lektor i samfunnsfag og kroppsøving, og har i tillegg levert en masteroppgave i statsvitenskap. Valget falt tidlig på en disiplinlig oppgave kontra en fagdidaktisk rettet oppgave, med bakgrunn i at det gir meg større muligheter til å jobbe videre med statsvitenskap senere. Man fordypes seg i et tema som man interesserer seg for, og eldreomsorg er et tema som jeg mener er særdeles viktig at alle i samfunnet, unge som gamle bryr seg om.

Til tross for at jeg skriver en oppgave om eldreomsorg og at dette ikke direkte kan knyttes opp mot profesjonen man har som lektor og det å jobbe i skolen, er oppgaven uansett profesjonsrelevant gjennom at man gjennomfører et forskningsarbeid. Det utarbeides problemstillinger og modeller som man undersøker ved hjelp av metodiske tilnærminger som man også skal ha et forhold til både i og utenfor skolen. I tillegg skal vi alle bli eldre selv en dag eller ha foreldre eller besteforeldre som skal motta tjenester som er av god kvalitet. *Livslang bevegelsesglede* er også et mål med kroppsøvingsfaget, og er i tillegg noe en kan koble inn mot at vi blir eldre og skal greie å mestre livet lenger hjemme.

Vedlegg 2: Spørreundersøkelsen

ANSATTUNDERSØKELSE I ENHET FOR HELSE, REHABILITERING OG OMSORG (HRO)

Kontrollutvalget i Folldal kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon med tittel «Oppfølging av helse- og omsorgsplan 2011-2020». Revisjon Midt-Norge utfører arbeidet med revisjonen på vegne av utvalget. I forbindelse med dette arbeidet er det besluttet å sende ut et spørreskjema til alle ansatte i enheten HRO.

Spørsmålene i spørreskjemaet omhandler tema som kvalitet, kompetanse, brukermedvirkning og helhetlige tjenestetilbud. Vi håper du kan ta deg tid til å besvare våre spørsmål. Du skal svare ut fra din egen arbeidshverdag og dine erfaringer ved arbeidsplassen din. Det tar normalt rundt 10-15 minutter å svare på våre spørsmål og fristen for å besvare skjemaet er 26. april 2021.

Revisor vil oversende rapport til kontrollutvalget og resultatene vil presenteres på en slik måte at enkeltpersoner ikke vil kunne gjenkjennes.

Hva er din arbeidsplass?

- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- Miljø- og oppfølgingstjenesten
- Annet _____

Hvor lenge har du arbeidet på det arbeidsstedet du er nå?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- Mer enn 15 år

Hvilken stillingsandel har du?

- 1-20%
- 21-40%
- 41-60%
- 61-80%
- 81-100%

Har du fast ansettelse?

- Ja, har fast ansettelse
- Nei, midlertidig ansatt
- Annet _____

Hvilken utdanning har du?

- Ufaglært
- Helsefagarbeider/hjelpepleier
- Sykepleier
- Spesialsykepleier
- Vernepleier
- Annen høyskoleutdanning
- Annen helsefagutdanning
- Annet _____

Hvor lang arbeidserfaring har du innen helsesektoren?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- Mer enn 15 år

BRUKERMEDVIRKNING OG VERDIGHET

I hvilken grad er du enig i følgende påstander? Dersom du ikke arbeider med pasientbehandling kan du svare Ikke relevant

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant
Brukerne får stå opp og legge seg når de vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne får spise når de vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne har rimelig valgfrihet med hensyn til valg av type mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne får nok tid til å spise ved måltidene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne får ernæring som er tilpasset fysiologiske behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tilfredsstillende aktivitetstilbud til brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne får god informasjon om tjenestene de får	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne er kjent med muligheten til å klage når de har behov for det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle brukere har fast kontaktperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatte snakker klart og tydelig til brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne har mulighet for ro og skjermet privatliv dersom det er ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenestene sørger for god dialog med pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er totalt sett god brukermedvirkning ved avdelingen jeg jobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad opplever du at dere klarer å ivareta verdigheten til brukerne av tjenestene dere tilbyr?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

KOMPETANSE

Har du deltatt i etter- og videreutdanning de siste 12 måneder?

- Ja
 Nei

Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak gjennom jobben din?

- Omtrent hver måned
 Omtrent annenhver måned
 Omtrent 1 gang pr halvår
 Omtrent 1 gang pr år
 Sjeldnere enn 1 gang pr år
 Har aldri fått tilbud om kompetanseheving
 Annet _____

I hvilken grad mener du nyansatte får tilstrekkelig opplæring?

- I svært liten grad
 I liten grad
 I noen grad
 I stor grad
 I svært stor grad

I hvilken grad mener du nyansatte får tilstrekkelig opplæring på følgende områder:

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Lov- og regelverk innen pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner og prosedyrer ved arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalitetssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagsystem (pasientjournal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
System for faglige prosedyrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etikk og etiske problemstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva savner du eventuelt av og ved opplæringen?

TVERRFAGLIG SAMARBEID OG HELHETLIGE PASIENTFORLØP

Hvor stor andel av arbeidet du utfører går til rehabilitering og opptrening?

- Ingenting
- Under 10%
- Mellom 11-30%
- Mellom 31-50%
- Mellom 51-70%
- Mellom 71-90%
- Over 91%

Hvis du utfører lav andel av rehabilitering og opptrening, hva er årsaken?

I hvilken grad opplever du at det samarbeides på tvers av ulike tjenesteområder for planlegging og oppfølging av brukerne i kommunen din?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

I hvilken grad er du enig i følgende påstander?

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant
Jeg utfører for det meste pleiende arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg utfører for det meste rehabiliterende arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kjenner til at kommunen har et tverrfaglig team som påkobles for å kartlegge veien videre for langtidsopphold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kjenner til at kommunen har et tverrfaglig team som påkobles for å kartlegge veien tilbake til «hjemmet» ved korttidsopphold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener det er fokus på forebygging og rehabilitering i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg samarbeider ofte med personell med annen kompetanse (fysio, ergo, lege, osv.) for å yte optimale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener det utarbeides individuell plan for alle som har krav på dette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GENERELT

Har ansatte jevnlig diskusjoner om etikk/etiske problemstillinger knyttet til arbeidet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

I hvor stor grad føler du som ansatt medvirkning på egen arbeidsplass?





- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Deltok du i medarbeiderundersøkelsen som ble gjennomført i kommunen i desember 2020?

- Ja
- Nei

Dersom du ikke deltok i medarbeiderundersøkelsen, kan du si hvorfor??

Hvordan vil du karakterisere arbeidsmiljøet på din arbeidsplass?

-  Veldig bra
-  Bra
-  Dårlig
-  Veldig dårlig

Er det andre forhold ved tjenesten som du mener revisjonen bør kjenne til?

Tusen takk for at du deltok i undersøkelsen.

Mvh,
Revisjon Midt-Norge SA

Vedlegg 3: Intervjuguide gruppeintervju med ansatte

FR 1159	Oppfølging av Helse- og omsorgsplan 2011-2020 Gruppeintervju
Fra kommunen:	Ansatte i miljø- og oppfølgingstjenesten og institusjon
Fra Revisjon Midt Norge SA	Forvaltningsrevisor Mette Sandvik Masterstudent Amalie Sandøy
Tid/sted	28.04.21 kl. 13:00-14:00 og 14:00-15:00

Kort om prosjektet

- Metode: intervju med ledere, gruppeintervju, dokumentanalyse, spørreundersøkelse ansatte
- Basert på plan for formannskapet, bestilt av kontrollutvalget
- Prosjektet har problemstilling og delproblemstillinger
- Samler informasjon i en rapport
- Rapporten sendes på høring til kommunen, og høringssvaret vil følge rapporten
- Prosjektet oversendes sekretariatet 15.09.21. Rådmannen får det til høring i uke 35
- Informere om at resultat fra spørreundersøkelsen vil bli brukt i en masteroppgave med problemstillingen:
 - o *Har kommunestørrelse betydning for kvalitet i omsorgstjenestene?*

Formaliteter før intervjuet kan settes i gang

- Samtykke om at det gjøres opptak av intervjuet for å kunne få med alt som blir sagt.
- Det sendes ut referat/transkribert intervju til verifisering. Avklare hvem som kan verifisere på vegne av alle.
- Det verifiserte referatet blir en del av datagrunnlaget i revisjonen (og masteroppgaven)
- Dere vil omtales som ansatte i MOT/institusjon

Delproblemstilling 1: Er tjenester innen HRO riktig dimensjonert?

Behovet hos brukere/pasienter skal være styrende for omfanget av tjenester og tjenestene skal være forsvarlige.

- I hvilken grad mener du dette er styrende for omfanget av tjenester til brukere/pasienter og er tjenestene forsvarlige?

Delproblemstilling 2: Sikrer tjenester innen HRO tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende?

Tjenestenes kvalitative innhold for bruker

- Hva er dere gode på? Spesielle utfordringer?
- Er målsettinger beskrevet?
- Brukermedvirkning (systematisk) – råd/utvalg (eldrerådet)?
- Evt. andre man har samarbeid med (saniteten, Røde Kors)
- Ernæring- kosthold/måltidsrytme. Følges Helsedirektoratets anbefalinger?
- Er det samsvar mellom vedtak og tjeneste som blir gitt?

Kvalitative krav til tjenesteinnhold:

1. Respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
2. Mulighet for ro og skjermet privatliv, og oppleve selvstendighet og styring av eget liv.
3. Ernæringsbehov skal dekkes, herunder tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet
4. Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
5. Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme, uten uønsket og unødige sengeopphold.
6. Hjelp til personlig hygiene skal ivaretas, herunder toalettbesøk.
7. Mulighet for egenomsorg skal ivaretas
8. Verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
9. Forsvarlig oppfølging av brukerne fra lege og annet relevant personell.
10. Nødvendig munnhygiene og tannbehandling
11. Av -og påkledning skal ivaretas

Delproblemstilling 3: Sikrer tjenester innen HRO nødvendig kompetanse og helhetlig tjenestetilbud?

(I Helse- og omsorgsplanen er signalisert strategier for å sikre tverrfaglig samarbeid med fokus på forebygging og rehabilitering, bruke individuelle planer aktivt for de som trenger det, ha planmessig og god kompetanseutvikling og være en lærende organisasjon, og være en kommune som er god på samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåer, fagområder og medarbeidere)

Kompetanse - rekruttering

- Forholdet fagutdannede vs ufaglærte?
- Finnes det rutiner/systemer som sikrer at det alltid er nok kompetanse på jobb?
- Turnusplaner: hvilken kompetanse er tilgjengelig på den enkelte vakt? Er det samsvar mellom planer og virkelighet?
- Vikar-innleie? Hvilken kompetanse har vikarene?
- Sykere pasienter etter Samhandlingsreformen – behov for mer spesialkompetanse etter dette?
- Kjenner dere til den vedtatte kompetanseplanen?
- Tilbys ansatte videre- og etterutdanning ihht kompetanseplan?
 - o Hvis ja, hva tilbys og til hvem og hvor mange?
 - o Hvilken type etterutdanning deltar ansatte på?
 - o Desentralisert sykepleierutdanning, søkere fra kommunen?

Helhetlig tjenestetilbud

- Fokus på forebygging og rehabilitering?
- Bruk av individuell plan?
- Tverrfaglig samarbeid?
- Samhandling?
- Kompetanseoverføring?
- Velferdsteknologi, plan og gjennomføring?

Vedlegg 4: Intervjuguide gruppeintervju med avdelingsledere

FR 1159	Oppfølging av Helse- og omsorgsplan 2011-2020 Gruppeintervju
Fra kommunen:	Ansatte i miljø- og oppfølgingstjenesten og institusjon
Fra Revisjon Midt Norge SA	Forvaltningsrevisor Mette Sandvik Masterstudent Amalie Sandøy
Tid/sted	28.04.21 kl. 13:00-14:00 og 14:00-15:00

Kort om prosjektet

- Metode: intervju med ledere, gruppeintervju, dokumentanalyse, spørreundersøkelse ansatte
- Basert på plan for formannskapet, bestilt av kontrollutvalget
- Prosjektet har problemstilling og delproblemstillinger
- Samler informasjon i en rapport
- Rapporten sendes på høring til kommunen, og høringssvaret vil følge rapporten
- Prosjektet oversendes sekretariatet 15.09.21. Rådmannen får det til høring i uke 35
- Informere om at resultat fra spørreundersøkelsen vil bli brukt i en masteroppgave med problemstillingen:
 - o *Har kommunestørrelse betydning for kvalitet i omsorgstjenestene?*

Formaliteter før intervjuet kan settes i gang

- Samtykke om at det gjøres opptak av intervjuet for å kunne få med alt som blir sagt.
- Det sendes ut referat/transkribert intervju til verifisering. Avklare hvem som kan verifisere på vegne av alle.
- Det verifiserte referatet blir en del av datagrunnlaget i revisjonen (og masteroppgaven)
- Dere vil omtales som avdelingsledere i MOT/institusjon

Delproblemstilling 1: Er tjenester innen HRO riktig dimensjonert?

- Behovet hos brukere/pasienter skal være styrende for omfanget av tjenester og tjenestene skal være forsvarlige.

Organisering / ressurser

- Antall brukere fordelt på avdelinger?
- Store svingninger fra år til år i antall tildelte timer for de forskjellige tjenestene. Spesielle forhold som er årsak til dette?
- Antall ansatte – årsverk?
- Antall tjenestemottakere fordelt på tjenester? Utvikling i tjenestetilbudet?
- Hvordan foregår tildeling av tjenester?
- Hvor ofte evalueres de tildelte tjenestene?
- Har det vært tilsyn fra fylkesmannen/statsforvalter på området i løpet av de siste årene?

Delproblemstilling 2: Sikrer tjenester innen HRO tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende?

Tjenestenes kvalitative innhold for bruker

- Hva er dere gode på? Spesielle utfordringer? Er målsettinger beskrevet?
- Brukermedvirkning (systematisk) – råd/utvalg (eldrerådet?)
- Faste møtepunkt med brukere/råd?
- Hva fungerer og eventuelle utfordringer?
- Savnes pårørendeforening?
- Evt. andre man har samarbeid med (saniteten, Røde Kors)
- Hvordan ivaretas kravet knyttet til at brukeres erfaringer skal legges til grunn for styring av virksomheten?
- Er brukerundersøkelser gjennomført? Vi ønsker evt. resultater av brukerundersøkelser
- Klagesaker? Hva gikk de evt. ut på?
- Ernæring- kosthold/måltidsrytme. Følges Helsedirektoratets anbefalinger?
- Er det samsvar mellom vedtak og tjeneste som blir gitt?
- Har kommunen utarbeidet og vedtatt demensplan?

Delproblemstilling 3: Sikrer tjenester innen HRO nødvendig kompetanse og helhetlig tjenestetilbud?

(I Helse- og omsorgsplanen er signalisert strategier for å sikre tverrfaglig samarbeid med fokus på forebygging og rehabilitering, bruke individuelle planer aktivt for de som trenger det, ha planmessig og god kompetanseutvikling og være en lærende organisasjon, og være en kommune som er god på samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåer, fagområder og medarbeidere)

Kompetanse - rekruttering

- Situasjonen vedr rekruttering av ønsket fagkompetanse?
- Forholdet fagutdannede vs ufaglærte?
- Finnes det rutiner/systemer som sikrer at det alltid er nok kompetanse på jobb?
- Turnusplaner: hvilken kompetanse er tilgjengelig på den enkelte vakt? Er det samsvar mellom planer og virkelighet?
- Hva er situasjonen mht sykefravær i HRO? Vikar-innleie? Hvilken kompetanse har vikarene?
- Sykere pasienter etter Samhandlingsreformen – behov for mer spesialkompetanse etter dette?
- Har kommunen implementert den vedtatte kompetanseplanen?
- Bevilges nødvendige økonomiske ressurser til gjennomføring av planen?
- Tilbys ansatte videre- og etterutdanning ihht kompetanseplan?
 - o Hvis ja, hva tilbys og til hvem og hvor mange?
 - o Hvilken type etterutdanning deltar ansatte på?
 - o Andre lokale rekrutteringstiltak, eks desentralisert sykepleierutdanning, deltakere fra kommunen?

Helhetlig tjenestetilbud

- Fokus på forebygging og rehabilitering? Status og planer?
- Bruk av individuell plan?
- Tverrfaglig samarbeid? Samhandling?
- Kompetanseoverføring?
- Velferdsteknologi, plan og gjennomføring?

